

ОБРАЗЦОВАЯ ПРАКТИКА УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Руководство
для стран с низким
уровнем дохода

2007

Международный Союз борьбы с
туберкулезом и болезнями легких

ОБРАЗЦОВАЯ ПРАКТИКА УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Руководство для стран
с низким уровнем дохода

2007

Джини Уильямс (Gini Williams), Эдит Аларсон (Edith Alarcon),
Сиринафа Джиттимани (Sirinapha Jittimane), Мариям
Валусимби (Mariam Walusimbi), Марушка Себек (Maruschka
Sebek), Эвита Берга (Evita Berga), Тереза Скатена Вилья (Tereza
Scatena Villa)

Международный Союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких
68 boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, France

Перевод данного руководства был осуществлен в рамках ТБ проекта Международного Совета
Медсестер (МСМ) на средства неограниченного образовательного гранта от Эли Лилли энд Компани.



Данная публикация осуществлена при помощи Противотуберкулезной Коалиции по предоставлению
технической помощи (ТВСТА) на средства Агентства США по Международному развитию на условиях
гранта номер. HRN-a-00-00-00018-00. Международное Агентство США по международному развитию
может не разделять взглядов автора/ов данного документа.



Редактор :

Международный Союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких («Союз»)
68 boulevard Saint-Michel, 75006 Paris, France

Автор:***Писательский комитет:***

Джини Уильямс, Союз
Эдит Аларсон, Союз
Сиринафа Джиттимани, Министерство здравоохранения, Таиланд
Мариям Валусимби, Министерство здравоохранения, Уганда
Марушка Себек, KNCV, Нидерланды
Эвита Берга, Государственное Агенство по туберкулезу и болезням легких, Латвия
Тереза Скатена Вилья, Университет Сан Пауло, Бразилия

Задействованные лица и организации

Неоценимую помощь при разработке данного руководства оказали следующие лица и организации:

- Рабочая группа по ведению больных при Секции медсестер и профессионалов смежных специальностей
- Международный Союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких («Союз»)
- Медсестры, ухаживающие за больными туберкулезом в гор. Кампала, Уганда
- Медсестры, ухаживающие за больными туберкулезом в гор. Лагос, Нигерия
- Отделение государственного здравоохранения и первичной помощи, Школа медсестринского и акушерского дела св. Бартоломея, Городской университет, Лондон, Великобритания
- Международный Совет Медсестер (МСМ)
- Отдельные лица, в их числе Лиз Роуз, Шелдон Аллен и Шантель Аллен

© Международный Союз по борьбе с туберкулезом и болезнями легких («Союз»)
Февраль 2007

Все права сохранены. Любое воспроизведение данной публикации, как целиком, так и по частям, без согласия авторов и издателей воспрещается.

ISBN : 2-914365-28-4

Сокращения

КУМ	- кислотоустойчивые микобактерии
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
АРТ	- антиретровирусная терапия
БАЕ	- базовая административная единица
CDC	- Центры контроля и профилактики заболеваний (США)
DOT	- терапия под непосредственным наблюдением
DOTC	- стратегия противотуберкулезного контроля, рекомендуемая ВОЗ
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
ИМАИ	- интегрированное ведение болезней подростков и взрослых
KNCV	- Противотуберкулезный Фонд Королевства Нидерланды
ГПБС	- государственная программа борьбы со СПИДом
ГПП	- государственная противотуберкулезная программа
ТБ	- туберкулез
Союз	- Международный союз борьбы с ТБ и болезнями легких
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
II. Образцовая практика ухода: как пользоваться данным руководством	12
1. Задание эталонов	12
2. Клинический аудит	14
3. Оценка качества помощи, предоставленной пострадавшим от ТБ	17
III. Выявление случаев активного заболевания ТБ	19
1. Эталон: осмотр пациента с подозрением на ТБ	19
2. Эталон: сбор мокроты для диагностического исследования	24
IV. Начало лечения: помощь больным, их семьям и близким контактам	31
1. Эталон: постановка на учет и оказание помощи впервые выявленным ТБ больным	32
2. Эталон: начало лечения – как организовать терапию под непосредственным наблюдением на интенсивной фазе.....	42
3. Эталон: отслеживание и обследование контактов	47
V. Помощь на интенсивной фазе: как соблюдать режим лечения	52
1. Эталон: уход и наблюдение за больным	52
2. Эталон: Отслеживание больных, не явившихся в назначенное время (отрывов)	62
VI. Помощь на фазе продолжения лечения	69
1. Эталон: оценка состояния больного на переходе от интенсивной к продолжающей фазе.....	69
2. Эталон: ведение больных на продолжающей фазе	73
3. Эталон: ведение переведенного больного	77
VII. Обследование на ВИЧ и уход за больными с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ	80
1. Эталон: анализ на ВИЧ	80
2. Эталон: уход за больными сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ ...	87
Список использованной литературы	95
Список рекомендуемой литературы	97
Приложение 1. Инструмент применения	97
Приложение 2: Клинические признаки сочетанной инфекции ВИЧ у больных ТБ	99
Приложение 3: Примерный сценарий консультаций до и после обследования на ВИЧ	100

ВВЕДЕНИЕ

Данное руководство разработано для всех, кто занимается выявлением и уходом за больными ТБ в учреждениях первичного звена здравоохранения, неотложной (стационарной) врачебной помощи и по местам проживания больных в странах с низким уровнем дохода. Его задача – улучшить качество оказания помощи больным и таким образом улучшить результаты работы программ ТБ контроля. В руководстве подробно рассказывается о том, как наилучшим образом организовать помощь для пациентов, обратившихся в учреждения здравоохранения при наличии подозрительных на ТБ симптомов, и как организовать уход за больными активной формой заболевания.

В основе руководства лежит уже существующий положительный опыт ухода за больными, и создавался этот документ в тесном сотрудничестве с медсестрами, работающими в самых разнообразных условиях. В нем изложены взгляды методического персонала Союза и участников сети медсестер и профессионалов смежных специальностей среди членов Союза. Образцовая практика представлена в форме набора определенных эталонов, которые легко адаптируются к условиям местных служб в странах с низким уровнем дохода и позволяют оценивать качество предоставленного ухода с помощью измеримых результатов. Каждый эталон соответствует важному этапу в диагностике или лечения ТБ больного согласно стратегии противотуберкулезного контроля, рекомендуемой Союзом, при режимах терапии, рекомендуемыми ВОЗ^{2,3}. На протяжении всего руководства читатели отсылаются за соответствующей информацией к опубликованному Союзом «Оранжевому Руководству» под названием «*Ведение больных туберкулезом: Руководство для стран с низким уровнем дохода*»,¹ а также к другим основным справочным материалам.

Стратегия ТБ контроля, разработанная Союзом и официально принятая ВОЗ в виде стратегии ДОТС (Таблица I.1), позволяет эффективно внедрять и оценивать результативность ряда медицинских и организационных мер, направленных на борьбу с ТБ. Как правило, ресурсы на фазах планирования, внедрения и анализа результатов идут в основном на сами эти меры, без непосредственной направленности на ключевые компоненты ухода за больным.

Возможно, это происходит потому, что само понятие «уход за больным» с трудом поддается конкретному или точному определению. В результате больные и внутри одной страны, и в разных странах получают различную по качеству помощь, поскольку ее качество зависит от отношения, мастерства и компетентности каждого конкретного медицинского работника. Наверное сейчас, когда ВОЗ рекомендует расширять сферу применения этой стратегии, данной проблеме будет уделяться все больше внимания, поскольку нужно принимать в расчет те сложности, с которыми сталкиваются многие, особенно малообеспеченные, больные, на пути к качественной противотуберкулезной помощи.⁴

Таблица I.1 СТРАТЕГИЯ ДОТС

Стратегия ДОТС основана на пяти ключевых элементах:

Постоянная политическая поддержка с целью мобилизовать кадровые и финансовые ресурсы и сделать ТБ контроль приоритетным для страны направлением в рамках государственной системы здравоохранения.

Доступ к качественной микроскопии мазка мокроты как инструменту диагностики для лиц с симптомами ТБ (самым важным из которых является длительный кашель), обращающихся в медучреждение самостоятельно или выявленных при обследовании.

Стандартизованный короткий курс химиотерапии для всех больных ТБ при условии правильно организованного ведения больного, включая терапию под непосредственным наблюдением.

Беспереывное обеспечение качественными ТБ препаратами.

Система учета и отчетности, позволяющая оценивать результаты лечения всех больных и качество работы всей программы.

Цель данного руководства - с помощью общепризнанной системы контроля качества, то есть стандартной процедуры, основанной на имеющихся научных данных и положительном опыте, предложить более конкретные рекомендации по уходу за больными в контексте стратегии ДОТС в странах с низким уровнем дохода. **В ее основе лежат преимущественно те данные, что были собраны специалистами на местах, и разрабатывалась она при участии**

как раз тех работников здравоохранения, которым предстоит применять это руководство на практике. В местах, более обеспеченных ресурсами, можно разработать дополнительные эталоны, исходя из наличия дополнительных диагностических и лечебных учреждений.

Образцовая практика ухода посредством задания эталонов и применения клинического аудита описана в главе II, где также объясняется, как применять ее на местах. Следующий этап – проверка эталонов в реальных условиях, используя встроенные в них оценочные критерии. Данное руководство предлагает основанную на научных данных практическую методику ухода за больными ТБ.

Важное замечание по поводу терминологии:

Поскольку для описания различных учреждений здравоохранения в различных странах мира используются самые разнообразные наименования, в данном руководстве будут использоваться международно принятые термины, опубликованные ВОЗ,5 и перечисленные в Таблице I.2.

Таблица I.2 Дефиниции, используемые для ТБ диагностики, лечения и организации лечебного процесса⁵

На протяжении всего документа для описания различных этапов ТБ диагностики, лечения и/или руководства медицинской помощью используются следующие термины. Лечебные ТБ учреждения и учреждения ТБ микроскопии существуют внутри учреждений общелечебной сети и структур управления здравоохранением в виде **Базовых Административных Единиц (БАЕ)**. Это не отдельно стоящие конкретные здания или корпуса, а специальное наименование для описания их предназначения и функций в рамках программы ТБ контроля.

Базовая Административная Единица*

БАЕ – это учреждение, наделенное управляющими, контролирующими и наблюдательскими полномочиями. Учреждение противотуберкулезного контроля может включать в себя несколько площадок для амбулаторного лечения, одну или более лаборатории, и один или несколько стационаров. Основной фактор – это наличие в нем управляющего или координатора (который в данном документе

* В «Оранжевом Руководстве» используется термин «административная единица».

именуется Координатором Учреждения), ответственного за противотуберкулезную помощь и ведение главного журнала учета всех ТБ больных, получающих лечение, на основании которого осуществляется мониторинг ТБ программы и подаются сведения о ее показателях в высшие инстанции. Как правило, по уровню подчинения это учреждение соответствует уровню второго субнационального административного деления, которое в разных странах может называться по-разному, например, «округ», или «область», или «район». В рамках программы ТБ контроля эти учреждения могут быть слиты вместе или разделены на операционные единицы, которыми легче управлять (по таким показателям как количество единиц населения на обслуживании, географическая площадь обслуживания и наличие лабораторных служб). Согласно рекомендациям международных экспертов, одна БАЕ должна обслуживать от 50,000 до 150,000 человек или до 300,000 человек в больших городах.

БАЕ занимается внедрением стратегии ДОТС тогда, когда присутствуют все компоненты международно рекомендуемого подхода к ТБ контролю. Среди них политическая поддержка, непрерывное обеспечение лекарствами, использование микроскопии мазка мокроты для диагностики ТБ больных, стандартная краткосрочная химиотерапия, лечение под непосредственным наблюдением по крайней мере на начальной фазе терапии и на любой фазе с назначением рифампицина, а также анализ результатов лечения для 100% больных ТБ.

Лечебное ТБ учреждение

Лечебное ТБ учреждение – это учреждение, предоставляющее ТБ больным возможность получать стандартные краткосрочные режимы химиотерапии. Лечебное учреждение ДОТС предоставляет все компоненты международно принятой стратегии ТБ контроля, включая стандартную краткосрочную химиотерапию, лечение под непосредственным наблюдением по крайней мере на начальной фазе терапии и на любой фазе с назначением рифампицина, а также отслеживание результатов лечения для 100% больных ТБ.

Учреждение ТБ микроскопии

Учреждение ТБ микроскопии (УТМ) – это учреждение, где проводится микроскопия мазка мокроты. Данное учреждение должно иметь достаточно средств и соответственно обученного персонала, чтобы правильно выполнять свои диагностические функции. По рекомендации международных экспертов, одно УТМ должно обслуживать население от 50 000 до 150 000 человек. В большинстве

случаев нагрузка персонала при этом не будет превышать рекомендуемого предела от 2 до 20 мазков в день.

II. Образцовая практика ухода: как пользоваться данным руководством

Данное руководство должно послужить инструментом для совершенствования практической деятельности, обучения и научно-исследовательской работы, что в свою очередь приведет к развитию основанной на объективных данных практики оказания помощи больным ТБ. Наша цель – улучшить качество ухода за больными посредством системы задания эталонов и клинического аудита.

1. Задание эталонов

В контексте медсестринской работы представляется полезным сформулировать определенные эталоны высококачественной помощи, с тем, чтобы пояснить, к чему конкретно следует стремиться в плане ухода за больным и его близкими. Задание эталонов предоставляет возможность планировать уход за больным на основе имеющейся информации (включая результаты исследовательской работы и соответствующие директивы), в данных конкретных условиях и при имеющихся ресурсах. Это также позволяет объективно оценить, достигнуты поставленные изначально цели или нет, поскольку сформулированы измеримые конечные результаты.

Очень важно, чтобы сами «уровни качества» задавались непосредственно на местах, ведь эталоны задумывались для того, чтобы ими одновременно и руководствовались, и приспосабливали к местным условиям. Крайне важно вызвать у людей чувство причастности к происходящему и пробудить профессиональное доверие.⁶ Эталоны, описанные в данном руководстве, предназначены к применению в странах с низким уровнем дохода, однако те же самые принципы можно использовать и для разработки дополнительных эталонов, пригодных в условиях более развитой системы здравоохранения, где есть достаточно ресурсов для более широкого спектра диагностических и лечебных процедур.

Подход Марсдена к заданию эталонов, использованный в данном руководстве, подразумевает наличие следующей структуры: определение эталона, его обоснование, необходимые ресурсы, виды профессиональной деятельности и результаты. (Таблица II.1). Это, в

свою очередь, позволяет и основывать эталоны на имеющихся научных данных, и приспосабливать их к местным условиям.

1.1 Разработка эталонов оказания высококачественной помощи в области ТБ контроля

Эталон, описываемый в данном руководстве, основан на положительном опыте работы в условиях высокой заболеваемости ТБ. Они были разработаны совместно с опытными медсестрами, которые занимаются уходом за ТБ больными и координируют меры борьбы с ТБ на местах. Их цель – дать выполнимые и конкретные рекомендации тем, кто занимается уходом за больными ТБ в странах с низким уровнем дохода и в местностях, плохо обеспеченных ресурсами.

Таблица II.1 Структура задания эталона

Компонент	Определение
Формулировка эталона	Ясная и краткая формулировка, обрисовывающая объем помощи больным с определенной проблемой или потребностью
Логическое обоснование	Какая конкретно требуется помощь на основании имеющихся данных по проблеме, и на каком уровне эта помощь должна оказываться.
Ресурсы	<p>Что необходимо иметь для обеспечения оказания помощи на заданном уровне:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кадры <ul style="list-style-type: none"> - знания и умения, требуемые от работников здравоохранения - возможность получить соответствующее практическое и теоретическое обучение - нужное количество специалистов смежных дисциплин - роль и функции руководства в отношении выполнения необходимых условий. • Оборудование <ul style="list-style-type: none"> - доступность требуемых специализированных и неспециализированных материалов - доступность печатных материалов для больных - директивы и методики, доступные персоналу. • Внешняя среда <ul style="list-style-type: none"> - условия жизни больного (напр., конфиденциальность, возможность изоляции и проч.) - условия работы персонала (напр., место для клинической и административной работы, хранения материалов и проч.)
Профессиональная	<ul style="list-style-type: none"> • Наиболее важные элементы предварительного

деятельность	<p>анализа ситуации, планирования, внедрения и оценки результатов</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выделение особых аспектов профессиональной деятельности, значимых для проблемы/потребности данного больного • Предложения по идентификации и направлению к соответствующим инстанциям оказания медицинской помощи. • Документация, необходимая для истории болезни больного и оценки конечных результатов.
Результат	<p>Ожидаемые результаты планируемого мероприятия, которые можно оценить по следующим параметрам:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уровень удовлетворения больного • Уровень удовлетворения персонала • Наличие соответствующей документации

Медсестры зачастую являются главными исполнителями или местными координаторами программ ТБ контроля, и в этом качестве вовлечены и в другие виды деятельности – они могут заведовать имеющимися расходными материалами, готовить квартальные отчеты и заниматься санитарным просвещением. Хотя по этой тематике существует много разных рекомендаций в других источниках, все же не существует пока четкого определения того, что такое «помощь, ориентированная на больного» в рамках стратегии ДОТС. Особое внимание уделяется правильному ведению документации, что немаловажно и для качественного ухода за больным, и для общего руководства медицинской деятельностью с помощью ежеквартальных отчетов. Каждому эталону соответствует измеримый результат, который следует конкретизировать для местных условий и регулярно проверять в целях контроля качества.

2. Клинический аудит

Чтобы улучшить качество оказания помощи, нужно в первую очередь обратить внимание на достоинства и недостатки имеющейся системы здравоохранения. Клинический аудит предоставляет возможность систематически проверять, насколько деятельность медработников на местах соответствует заранее оговоренным эталонам и вносить изменения с уже встроенной возможностью оценки результатов. Медработники, которые будут пользоваться данным руководством, сами убедятся в том, что почти вся их

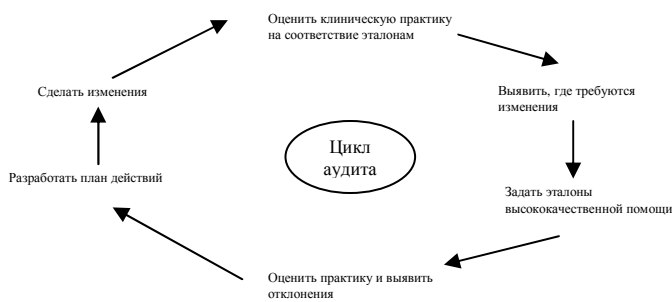
повседневная деятельность отражена в эталонах. Смысл в том, чтобы выявить, что именно необходимо улучшить и спросить себя:

- Что нужно улучшить в первую очередь, как расставить приоритеты?
- Какие из этих приоритетов позволят максимально улучшить существующую практику в данных условиях, т.е. какого масштаба изменения вообще возможны?
- Есть ли стимул для этих изменений?

2.1 Ключевые компоненты процесса клинического аудита

Главные компоненты клинического аудита таковы: задать эталоны, основанные на объективных данных; оценить, насколько существующая практика соответствует этим эталонам; выявить недостатки; разработать способы их устранения; и оценить, насколько результаты произведенных изменений соответствуют заданным эталонам (Рис П.1). Этот процесс рассматривается в виде цикла, чтобы наглядно показать развитие практики в динамике, чей прогресс нужно непрерывно и постоянно оценивать.

Рисунок П.1 Цикл аудита⁷



Важно правильно оценить достоинства данной службы здравоохранения, и, опираясь на них, мотивировать персонал. Начать лучше всего с небольших изменений там, где улучшения будут заметны за короткий период времени. Это верный способ добиться успеха с первой попытки и пробудить у персонала уверенность в своих силах и желание посмотреть по сторонам и выяснить, что еще можно улучшить в работе. Неудача запрограммирована либо там, где люди ожидают мгновенных чудес, либо там, где проблемы слишком серьезны и запущенны, и тогда персонал может потерять веру в себя и стимул к переменам.

Масштаб успеха будет зависеть от наличия яркого лидера, поддержки со стороны местного руководства, реальных возможностей персонала и его мотивации. Эталоны, изложенные в данном руководстве, предлагаются в качестве основы для разработки местных эталонов оказания помощи больным с ТБ. Прежде чем начать применять любой эталон на практике, следует определить, какие его элементы нужно сначала приспособить к данным конкретным условиям, так, чтобы этот эталон был применим и значим именно в этих условиях (например, проверить, отражает ли терминология существующие реалии). Инструмент применения эталонов на основе цикла клинического аудита помещен в форме таблицы в Приложение 1: Инструмент применения

2.2 Обучение и образцовая практика ухода

Обучение неизбежно станет важной частью образцовой практики ухода, если в знаниях и умениях персонала выявлены серьезные пробелы. Однако используемый нами в образцовой практике холистический подход означает, что нужно оценивать не только потребность в обучении как таковую, но учитывать также и местные реалии, и наличие ресурсов. Часто считается, что обучающее мероприятие само по себе способно изменить практику работы, при этом не учитываются ни жизненные обстоятельства обучаемых, ни те препятствия, которые потенциально могут помешать воплотить в жизнь рекомендуемые мероприятия.

Активные формы обучения, включающие групповую работу и обсуждения с регулярным повторением пройденного могут быть более эффективны, чем традиционный лекторский подход, когда упор делается на простом распространении информации.⁷

Работники здравоохранения, имеющие дело с ТБ больными, знают и сами, что если больному просто сказать, как принимать лекарство, не подумав о том, какие у него могут быть причины уклониться от лечения, и не предложить свою поддержку, то больной зачастую и не будет соблюдать режим лечения. Так же сложно и работникам здравоохранения изменить свой стиль работы, если при этом не учитываются реальные условия, в которых им приходится трудиться.

2.3 Научно обоснованная медицина

Сам процесс, в ходе которого происходит оценка имеющейся ситуации, планирование перемен, воплощение их в жизнь и анализ

получившихся результатов, можно оформить в виде пилотного проекта и описать в научной статье. Это, в свою очередь, послужит вкладом в развитие научно обоснованной медицины (НОМ) и мотивирует других повторить аналогичные действия.

3. Оценка качества помощи, предоставленной пострадавшим от ТБ

Оценить качество оказанной помощи бывает зачастую очень трудно, особенно когда результат не совпадает с изначально запланированным, тем не менее сделать это очень важно для того, чтобы видеть, что сработало, а что – нет, и выявить проблемы, ждущие своего решения. Иногда неожиданный результат может привести к применению мер или мероприятий, радикальное изначально задуманных. Бывает соблазн применить какое-то мероприятие, не планируя оценить его эффективность, просто потому, что есть доказательства его эффективности в других местах. Проблема здесь в том, что процесс отлаживания эффективной помощи посредством задания эталонов является контекстно-зависимым, и чтобы одна и та же мера оказалась настолько же эффективной в других условиях, возможно, придется ее видоизменить.⁸

В рамках противотуберкулезного контроля медсестры регулярно собирают данные по выявлению и исходам лечения больных ТБ, которые можно использовать для оценки целого ряда различных мероприятий, например:

- Ежеквартальный когортный анализ регулярно отражает эффективность работы программы и может выявить проблемы в том, что касается показателей абациллирования по мокроте, отрывов и т.д. Координатор Учреждения, ответственный за проведение анализа, может прорабатывать данные по результатам вместе с соответствующим персоналом, чтобы получить более ясную картину о том, что происходит на местах, попутно выявляя достоинства и недостатки службы.
- Если сравнить журналы лабораторного учета с журналами учета ТБ больных, то можно узнать, сколько положительных по мазку больных действительно начали лечение за определенный период времени.

- Данные по исходам лечения могут помочь лучше увидеть промежуточные показатели по отрывам, неудачным и смертельным исходам.
- По историям болезни больных можно отслеживать тенденции к соблюдению режима лечения.

И вообще, если выявлена какая-то проблема, то можно внести изменения в практику работы и измерить эффект этих изменений как при помощи тех же самых данных, так и применяя иные критерии оценки, такие как ощущения самого больного, реакцию персонала, и проч, в зависимости от того, кого эти изменения затронули.

III. Выявление случаев активного заболевания ТБ*

Для эффективного выявления наиважнейшее значение имеет этап диагностики. К тому времени, как человек обратился в лечебное учреждение с симптомами заболевания, он уже понял, что с ним что-то не так и что он нуждается в помощи. Если этот человек получит непонятные ему советы или к нему невежливо отнесутся при обращении, он может либо уйти и не вернуться, либо решит не выполнять полученные инструкции. Два эталона, изложенные в данном разделе, нацелены как раз на то, чтобы поставить правильный диагноз, не теряя при этом доверия и готовности пациента сотрудничать.

1. Эталон: осмотр пациента с подозрением на ТБ

1.1 Формулировка эталона

С пациентом завязываются доверительные отношения, одновременно с этим оцениваются и проверяются все подозрительные на ТБ симптомы, признаки и факторы риска.

1.2 Логическое обоснование

1.2.1 Как важно своевременно поставить диагноз

Один из основных инструментов контроля за распространением ТБ – своевременное выявление и лечение заболевания на ранних стадиях. Это мешает распространению ТБ, поскольку чем быстрее поставить диагноз больному и начать его лечить, тем скорее он перестанет быть опасным для окружающих. Для физического состояния больного это тоже важно, поскольку чем дольше тянуть с лечением, тем больше степень поражения тканей в организме.

1.2.2 Как выявлять и обследовать лиц, подозрительных на ТБ[†]

* Оранжевое руководство, главы II and VI, Приложение 1

[†] Оранжевое руководство, главы II.B1 & 2

Рекомендуется направлять всех больных с кашлем продолжительностью 2 – 3 недели или дольше на микроскопию мазка мокроты на наличие КУМ, поскольку хронический кашель – наиболее распространенный симптом ТБ.⁹ Другие симптомы включают в себя одышку, боли в грудине, потерю аппетита, потерю веса, недомогание, усталость, потливость по ночам и лихорадку. Эти симптомы тем более указывают на ТБ, если пациент вступал в контакт с человеком, чей диагноз ТБ уже подтвержден. Чем больше работники здравоохранения информированы о симптомах ТБ, тем меньше вероятность того, что они упустят случаи заболевания. Особо внимательными нужно быть при осмотре детей, поскольку их симптомы отличаются от симптоматики взрослых, у них редко выделяется мокрота, поэтому так трудно диагностировать ТБ у детей.*.

NB: Клинически-значимая лекарственная устойчивость обычно развивается из-за неправильного ведения ТБ больными работниками здравоохранения, и имеет тяжелые последствия как для больного, так и для его окружения. Предотвращение развития лекарственной устойчивости должно быть главной заботой медиков при оказании помощи каждому больному с ТБ. В первую очередь, это правильное поведение с пациентом при его первом обращении за медицинской помощью. Больше всего рискуют те пациенты, которые уже лечились от ТБ ранее. Поэтому так важно правильно выявить этих больных и назначить им режим повторного лечения.

1.2.3 Направление на соответствующие анализы

Важно вовремя направить больного на необходимые анализы, чтобы сберечь службе время и деньги. Наиболее эффективный анализ для выявления бациллярных случаев заболевания – это проверка мокроты микроскопией на наличие КУМ. Рентген грудной клетки может быть полезным для диагностики больного, отрицательного по мазку, однако одна лишь интерпретация рентгеновских снимков для выявления инфекционных случаев заболевания – способ ненадежный.[†]

1.2.4 Анализ душевного состояния больного и его познаний о ТБ

* Оранжевое Руководство Глава II.В3.4 р9-10

† Оранжевое Руководство Глава II.В3

Больной ТБ может восприниматься обществом как изгой, поэтому так важно выяснить, что больной думает и чувствует по поводу своей болезни, и принять соответствующие меры. Больной может по-разному воспринять известие о том, что у него подозрение на ТБ, в зависимости от того:

- насколько много он/а знает о болезни и понимает ее природу,
- есть ли у него/нее опыт общения с ТБ больными среди семьи или друзей и знакомых.

1.2.5 Как завоевать доверие

С самой первой встречи необходимо установить хороший контакт с пациентом, чтобы он начал доверять службе и ее советам. Это очень важно. Больной, который не верит, что ТБ излечим, может больше не вернуться за помощью. Там, где пациент должен сам платить за назначенные анализы, важно, чтобы он понимал их необходимость – особенно необходимость сдавать мокроту несколько раз.

1.3 Ресурсы

- Персонал учреждений здравоохранения, куда в первую очередь обращаются люди с симптомами ТБ, знает о ТБ и показателях его распространенности в данной местности.
- Медработник, который обследует пациента с симптомами:
 - Уполномочен на это и получил соответствующую подготовку
 - Знаком с симптомами и признаками ТБ
 - Может оценить реакцию пациента на известие о том, что у него подозревают ТБ, и принять адекватные меры
 - Может направить пациента на соответствующие анализы или к соответствующим службам.
- Больной в тяжелом состоянии будет направлен к соответствующему специалисту.
- Первичный осмотр и последующие обследования проходят в условиях конфиденциальности.
- Пациент, которому назначен анализ мокроты, получает четкие и ясные указания по правильному сбору мокроты, в атмосфере доброжелательности и доверия к рекомендациям службы.

- Пациенту даются четкие и ясные указания относительно того, когда и где он сможет получить результаты своих анализов.
- Лечение от ТБ бесплатно, и эта информация непременно доносится до больного.

1.4 Профессиональная деятельность

Медработник должен:

- С первой встречи расположить к себе пациента, внимательно выслушать его опасения и воздержаться от их оценок,
- Успокоить больного и объяснить, что вся информация личного характера останется конфиденциальной,
- Записать личные данные больного, то есть имя и фамилию, домашний и рабочий адреса, контактные телефоны и проч.
- Записать подробную историю болезни, в том числе, сведения о том, как долго присутствуют беспокоящие его симптомы и есть ли сопутствующие заболевания.
- Оценить вероятность того, что пациент болен ТБ.
- Объяснить больному, какие обследования нужно будет проводить, и почему.
- Объяснить, когда ожидать результатов анализов и каким образом пациент о них узнает – во время следующего посещения медучреждения, или медработник позвонит пациенту сам, и т.д.
- Проверить каждого пациента, получил ли он/а результаты своих анализов.
- Еженедельно сверять журнал лабораторного учета и журнал учета ТБ больных, чтобы выяснить, все ли больные с положительным мазком мокроты начали лечение.*
- Предложить соответствующую форму санпросвещения:
 - Наедине с больным: будьте тактичны и доброжелательны, какой бы ни была реакция больного на известие о ТБ, как можно яснее отвечайте на вопросы больного, постарайтесь донести до его сознания тот факт, что от ТБ есть эффективное и бесплатное лечение.
 - В группе: проводите санпросветительские беседы с больными, ожидающими очереди на прием, не забудьте выделить время для ответов на их вопросы.

* Оранжевое Руководство, Глава IV, Пр.1, стр 25

1.5 Результат

Больным своевременно ставится диагноз, при этом они получают определенное представление о своем заболевании и его лечении. Больные доверяют службе здравоохранения, что выражается в повторных посещениях медучреждения и получением результатов анализов. Документальное тому свидетельство – соответствие между журналами лабораторного учета и учета ТБ больных.

«Каждый человек с подозрением на туберкулез должен быть направлен на анализ мокроты, с тем, чтобы определить, болен ли он инфекционной формой ТБ»*

* Оранжевое Руководство Глава II.В3

2. Эталон: сбор мокроты для диагностического исследования

2.1 Определение эталона

Больной собирает образец мокроты хорошего качества, доставляет его по нужному адресу в надлежащее время и возвращается за результатом.

2.2 Логическое обоснование

2.2.1 Образцы хорошего качества

Образец хорошего качества – то есть, образец собран в достаточном объеме (3 – 5 мл), и содержит густой либо гнойный материал* – необходим для того, чтобы лаборант получил возможность разглядеть КУМ под микроскопом, и, соответственно, чтобы благодаря этому служба смогла выявлять наиболее заразных больных. Если образец плохого качества (например, содержит только слюну), то КУМ могут быть не обнаружены, даже если больной на самом деле бациллярный.

2.2.2 Правильная маркировка и заполнение направлений на лабораторное исследование мокроты

Правильное ведение документации помогает сберечь время и избежать ошибок. Очень важно следить за тем, чтобы в направлении на анализ мокроты указывалась правильная информация†, а контейнер с мокротой был соответствующим образом маркирован, чтобы не возникало недоразумений ни при поступлении образца в лабораторию, ни при отсылке обратно его результата. Если при этом возникнет какая-либо путаница, то больному могут выдать не его результат и/или назначить не предназначенное ему лечение.

2.2.3 Как свести всевозможные задержки к минимуму

Нужно постараться как можно быстрее доставить образцы в лабораторию и там без промедления сделать анализ. Только так можно быстро остановить распространение ТБ. Тесное

* Оранжевое Руководство, стр 64

† Оранжевое Руководство, прил. 2, Форма 1

сотрудничество с лабораторией приносит быстрые результаты, благодаря чему положительный по мазку больной начнет лечение как можно скорее. Задержки, и, соответственно, отрывы больных, возникают, например, тогда, от больного требуют забрать результат анализа самостоятельно. Гораздо лучше, когда больному сообщают результат анализа, и еще лучше, когда он получает его не от лаборанта, а от того медработника, который ведет этого больного. В таком случае больной имеет возможность получить четкую и ясную информацию о лечении и уходе.

2.2.4 Как наладить хорошие взаимоотношения с больным

На этом этапе больной может нервничать и чувствовать себя перегруженным информацией. Важно убедиться в том, что больной понял, из чего состоит процесс лечения, и вызвать его на разговор обо всех проблемах, которые у него могут возникнуть в этой связи. Больной может больше и не вернуться для последующих обследований, если ему покажется, что с ним обходятся грубо или невнимательно. Ваше внимание к больному на этом этапе – залог хороших отношений с больным и отсутствия проблем со взаимопониманием в будущем.

2.2.5 Больной и безопасность персонала

Важно обеспечить защиту от заражения как больных, так и персонала, чтобы ограничить распространение заболевания*.

2.3 Ресурсы

- Функциональная, хорошо обеспеченная материалами лаборатория, которая в состоянии ежедневно выполнять микроскопические исследования мокроты[†] при наличии действующей системы контроля качества.
- Медработник, в чьи обязанности входит направлять пациентов на лабораторные исследования, обладает достаточным уровнем знаний и умений, чтобы научить больного собрать качественный образец материала, и рассказать, когда и куда этот образец отнести.

* Оранжевое Руководство, Глава VI, Прил 1

† Оранжевое Руководство, Глава IV С

- Имеются в наличии пригодные для сбора мокроты контейнеры – с широким горлышком, одноразовые, с завинчивающейся крышкой.
- Имеются в наличии бланки направлений на анализ мокроты и журналы лабораторного учета, которые своевременно заполняются компетентными медработниками.
- Есть место, где можно безопасно хранить образцы материала, если до отправки их в лабораторию они остаются в медучреждении.
- Если лаборатория находится за пределами медучреждения, должна быть возможность безопасно и как можно быстрее отвезти образцы в лабораторию. Если медучреждение не располагает транспортными средствами, больные должны получить четкие и ясные указания, куда именно они должны принести материал на анализ*.
- Есть отлаженная система получения результатов анализов, лучше всего, когда кто-то из административного подразделения в повседневном порядке собирает результаты.
- Конкретное лицо из числа персонала несет ответственность за организацию всего процесса, в случае его отсутствия на работе эту функцию выполняет его официальный заместитель.
- Между лабораторией и административным подразделением работает хороший канал связи.

2.4 Профессиональная деятельность

Медработники, задействованные в сборе образцов мокроты на исследование, должны придерживаться следующих правил:

- Образец, собранный под руководством и наблюдением компетентного лица, скорее всего, превзойдет по качеству образец, собранный больным самостоятельно.
- Мокроту на анализ нужно собирать на свежем воздухе. Если это невозможно, тогда либо в специально для этого предназначенной хорошо проветриваемой комнате, либо попросить больного собрать мокроту рано утром дома и самому принести по месту назначения.
- Нужно позаботиться о том, чтобы больной мог уединиться для сбора мокроты, никому не понравится откашливать мокроту на глазах других людей.

* Оранжевое Руководство, Глава VI

- Три образца (один при обращении, один утренний, собранный дома и привезенный больным самостоятельно, и еще один на приеме; если больной госпитализирован, то три утренних порции мокроты) отсылаются вместе с полностью заполненными направлениями на анализ мокроты. В некоторых странах национальные директивы оговаривают только два образца. Рекомендуется взять первый образец немедленно по обращении, под руководством персонала, до того, как больной покинет медучреждение.* Пошаговое руководство конкретными действиями в этом процессе представлено в Таблице III.1. Эти же принципы нужно применять и при объяснении больному, как правильно собирать мокроту дома, наряду с объяснением, когда и куда нести подготовленный образец.
- Образцы мокроты, собранные ранним утром, лучше всего годятся для диагностики.
- Если больной в очень тяжелом состоянии, его нужно сразу направить к специалисту для дальнейшего обследования.
- Должен быть специально назначенный человек, который будет следить за механизмом бесперебойного получения результатов и поддерживать хороший контакт с лабораторией, чтобы свести все задержки к минимуму. Задержки в передаче информации можно значительно сократить, если лаборатория будет отчитываться напрямую одному конкретному лицу в административном подразделении, а уже это лицо будет передавать информацию по назначению.
- Если получен один или несколько положительных результатов микроскопии мокроты, пациент ставится на учет как больной ТБ и начинает лечение (Глава IV). Если все анализы на наличие КУМ отрицательны, а симптомы продолжают наличествовать, такого больного нужно направить к компетентному специалисту для дальнейшего обследования. Если пациенту будет поставлен диагноз ТБ, его возьмут на учет как больного ТБ, отрицательного по мазку, и начнут лечение.

2.5 Результат

- Лаборатория получает соответствующее количество высококачественного материала для исследований.

* Оранжевое Руководство Глава II.B 3.1

- Отлажена система (с оговоренными сроками обработки анализов от момента получения образца до получения больным результата) передачи правильных результатов без задержек.
- Из журнала лабораторного учета видно, сколько было проведено анализов на одного больного, и процент положительных результатов среди больных, обратившихся за диагнозом или при повторном обращении.
- Сведения журналов лабораторного учета, учета ТБ больных и истории болезни соотносятся между собой.

Таблица III.1 Образцовый сбор мокротыб

<p>Маркировка</p> <ul style="list-style-type: none"> • Перед употреблением на внешнюю сторону контейнера наклеивается аккуратно заполненная этикетка. • Сведения на этикетке должны включать в себя наименование/код медицинского учреждения, имя и фамилию больного, дату получения образца, и его номер - 1, 2 или 3 (возможны разные варианты записи, но следует всегда придерживаться согласованной формы) <p>Сбор мокроты</p> <ul style="list-style-type: none"> • Объяснить больному, зачем этот анализ нужен. • Каждое действие объясняется подробно и не торопясь, на языке, понятном пациенту. • Попросить пациента прополоскать рот водой, особенно если он недавно поел, перед тем, как отхаркнуть мокроту в контейнер. • Выдать пациенту промаркированный контейнер. • Попросить пациента быть осторожным при отхаркивании, сплюнуть мокроту непосредственно в баночку и постараться не запачкать внешнюю сторону контейнера из гигиенических соображений и соображений безопасности. • Медработник демонстрирует, как откашлять мокроту из глубины грудной клетки, начиная с глубокого дыхания. • Медработник наблюдает за сбором мокроты со стороны, но не стоит непосредственно перед человеком, пытающимся откашлять мокроту. • Закрыть крышку контейнера осторожно и плотно.

- Проверить качество собранного образца в присутствии пациента – если материала недостаточно (например, собрана только слюна), попросить пациента откашлять в контейнер еще раз.

Предотвращение распространения инфекции

- Медработник наблюдает за сбором мокроты, но при этом не стоит непосредственно перед пациентом.
- Пациент и медработник моют руки мылом и водой после окончания процедуры.
- С образцом нужно обращаться аккуратно, крышка должна быть плотно притерта. В идеале нужно иметь отдельную, хорошо проветриваемую площадку для сбора мокроты, желательно, за пределами здания, но туалеты лучше для этой цели не использовать.
- С мокротой нужно обращаться очень осторожно*.

Хранение мокроты

- Как только образец мокроты собран, его нужно как можно быстрее отправить в лабораторию.
- Записать дату сбора образца и дату его отправки в лабораторию.
- При необходимости объяснить пациенту, как правильно хранить мокроту дома, чтобы предотвратить заражение других, т.е., в контейнере с плотно закрытой крышкой, беречь контейнер от детей.

Документация

- Определить, является ли образец «диагностическим» или «контрольным»
- Заполнить направление на анализ мокроты и ясно указать, с какой целью делается анализ, т.е., для диагностики или для контроля за лечением, указывая месяц терапии (обычно второй или пятый).[†]
- Вести журнал лабораторного учета аккуратно и правильно.[‡]

* Оранжевое Руководство Глава VI. Приложение 1

† Оранжевое Руководство Приложение 2, Форма 1

‡ Оранжевое Руководство Приложение 2, Форма 2

- Даты приема образцов на анализ вносятся в журнал лабораторного учета, журнал учета ТБ больных и историю болезни пациента, согласно существующим правилам.
- Даты получения результатов, а также сами результаты своевременно вносятся в журнал лабораторного учета, журнал учета ТБ больных и историю болезни пациента, согласно существующим правилам.

IV. Начало лечения: помощь больным, их семьям и близким контактам^{*}

Лечение нужно начинать сразу, как только поставлен диагноз ТБ, т.е., либо имеется один или несколько лабораторных результата «положительный по мазку», ЛИБО вероятность того, что у больного ТБ очень высока, больной в тяжелом состоянии и его осмотрел соответствующий специалист.[†] Порядок оказания помощи, описанный в нижеследующих эталонах, подразумевает, что больной получает лечение режимами терапии, рекомендуемыми ВОЗ.2,3

Экспериментально доказано, что прием лекарств по режиму в течение длительного времени НЕ является естественным человеческим поведением, и поэтому, чтобы больной мог успешно закончить необходимый ему 6 – 8 месячный курс химиотерапии, ему требуется помощь со стороны.¹¹ Эталоны, представленные в этой главе, описывают физическую, социальную и психологическую помощь больному, необходимую тогда, когда больному поставлен диагноз и начато лечение. Их цель – в максимальной мере использовать все потенциальные возможности больного соблюдать режим лечения.

Все больные с диагнозом ТБ непременно должны стоять на учете в соответствующей административной единице (см. Таблицу I.2), только так можно регулярно следить за их состоянием и оценивать качество работы ТБ программы. Каждая административная единица должна быть либо организационно связана с рядом лечебных ТБ учреждений, либо предоставлять больным возможность постоянно получать помощь и лечение непосредственно в самой этой административной единице. Каким бы образом ни была организована эта служба, все больные должны стоять на учете при административной единице, обслуживающей ту территорию, где находится их лечебное учреждение. Координатор Учреждения обязан:

- Определить, в какой административной единице больного нужно поставить на учет (обычно в той, где был поставлен диагноз, но не обязательно именно там, особенно это касается

^{*} Оранжевое Руководство Глава III

[†] Оранжевое Руководство Глава III. A1 p12

крупных ТБ центров в больших городах или больниц на базе учебных заведений, где административных единиц по ТБ нет).

- Внести больного в журнал учета больных ТБ этой административной единицы.
- Правильно вести журнал учета больных ТБ.
- Следить за правильностью записей в истории болезни больного (если такая форма используется) и в карте ТБ лечения.
- Следить за тем, правильно ли назначены режимы терапии и дозировки лекарств.
- Подобрать лечебное учреждение, где больной сможет получать правильно организованное лечение под непосредственным наблюдением, ДОТ.
- Следить за тем, чтобы все бациллярные по мазку больные начали лечение.
- Проверять наличие отрывов и курировать системы отслеживания больных, не соблюдающих назначенные сроки приема, включая механизм отслеживания не явившихся в назначенное время бациллярных по мазку больных («ранний отрыв»).
- Отчитываться о результатах по всем больным в ведении данной административной единицы*.

1. Эталон: постановка на учет и оказание помощи впервые выявленным ТБ больным

1.1 Определение эталона

Каждый больной правильно поставлен на учет, начал лечение утвержденным режимом терапии, получил реальную помощь, психологическую поддержку и информацию, в зависимости от своей конкретной жизненной обстановки и обстоятельств.

1.2 Логическое обоснование

1.2.1 Выявление соответствующей административной единицы

В некоторых крупных медицинских заведениях административных единиц по ТБ не существует, потому что у них нет возможности

*

предложить больному постоянное медицинское наблюдение после выписки. В отношении больных, которым поставлен диагноз ТБ в таком учреждении, необходимо сразу определить, в какую административную единицу его направить после выписки. Аналогичная ситуация возникает и в больших городах, когда ряд крупных ТБ центров могут быть перегружены больными. Трудно приходится и самому учреждению, которое пытается справиться с потоком больных, и самим больным, вынужденным зачастую издалека добираться в центр в поисках помощи. Затраты времени и денег обременительны и для больных, которым тяжело добираться на лечение, и для самого такого заведения, не имеющего возможности отслеживать тех больных, которые не являются в назначенное время на прием. Поэтому как только больному поставлен диагноз ТБ, ему нужно дать возможность выбрать другую, более удобную для него административную единицу и разгрузить, таким образом, крупный ТБ центр. Этот процесс должен осуществляться быстро.

В отношении ТБ больных, направленных в другую административную единицу (либо по причине отсутствия возможности получать лечение там, где был поставлен диагноз, либо в целях удобства для больного) важно сохранить запись об этом больном там, где был поставлен диагноз ТБ, чтобы иметь возможность проверить, поставлен ли больной на учет и начал ли лечение в той административной единице, куда его направили. В идеале, эти сведения должны храниться в лабораторном журнале.

1.2.2 Четкое, правильное и своевременное ведение документации

Вся документация, включая журнал учета ТБ больных, карту лечения и любые формуляры, выдаваемые больному на руки, должна заполняться правильно и аккуратно. Чем раньше записать те или иные сведения, тем легче записать их правильно и не забыть вписать результаты или другие важные детали.

Важно подробно записать адрес больного, а также координаты его близкого друга или родственника, через которого можно связаться с больным. Чем раньше записать эти сведения, тем лучше, на тот случай, когда больной вдруг по каким-то причинам исчезнет и его придется разыскивать (см. эталон V.2). Поскольку не каждый больной согласится дать службе свои точные координаты при первом контакте, когда у него еще нет полного доверия к ее работникам, важно периодически спрашивать больного, актуальны ли еще

имеющиеся у службы сведения, и не будут ли они изменяться в будущем.

1.2.3 Выбор и запись соответствующей категории лечения и дозировки препаратов

Если ТБ лечить неправильно, может развиваться лекарственная устойчивость. Чрезвычайно важно выяснить, лечился ли больной от ТБ когда-либо в прошлом, поскольку от этого зависит выбор нужного этому больному лечения. В зависимости от нужного им режима терапии, больных делят на категории,^{2,3} и выбранную категорию нужно правильно и аккуратно записать в карту лечения и в журнал учета ТБ больных. Эта запись нужна не только для того, чтобы больной получил правильное лечение, но и для того, чтобы по ежеквартальным отчетам можно было оценивать и индивидуальный прогресс больного, и общее качество работы программы.¶

1.2.4 Возможность сделать анализ на ВИЧ

Поскольку существует непосредственная связь между ВИЧ и ТБ, рекомендуется после постановки диагноза ТБ предлагать всем больным сделать анализ на ВИЧ, чтобы при необходимости можно было лечить оба эти заболевания в комплексе. Об этом более подробно рассказывается в Главе VII.

1.2.5 Анализ социального положения и психологического состояния больного

Больной, которому только что поставлен диагноз ТБ, может очень этого диагноза испугаться. Общество зачастую относится к больным ТБ как к изгоям, и больной может почувствовать себя отвергнутым всеми и предоставленным самому себе. Очень важно с самого начала объяснять больным природу этого заболевания и особенности его лечения, во избежание опасностей, описанных в Таблице IV.1. Тщательный анализ жизненных обстоятельств каждого больного очень важен – этим вы не только демонстрируете свой интерес к больному как к человеку, а не просто носителю ТБ, но и в результате можете составить ориентированный именно на этого больного план ухода.

1.2.6 Анализ уровня и глубины познаний больного о ТБ

Каждый больной имеет разный уровень познаний и представлений о ТБ, в зависимости от того, что он слышал об этой болезни, и знает ли он кого-нибудь, кто ТБ уже болел. Важно выяснить, что именно больному известно, и, исходя из этого, предоставить ему нужную информацию, развеять заблуждения и сосредоточиться на том, что вызывает у больного наибольшие опасения. Медработник, который с энтузиазмом делится познаниями и понятно объясняет больному все вопросы, которые важны именно для этого больного, повышает шансы больного на успешное соблюдение режима лечения. Можно использовать и соответствующие наглядные пособия, но они ни в коем случае не должны замещать беседы с больным с глазу на глаз, когда больной за один раз получает сведений ровно столько, сколько необходимо для его личных нужд и обстоятельств.

1.2.7 Как дальше строить хорошие отношения с больным

Диагноз ТБ может оказаться большим ударом для человека, и повлечь за собой массу сложностей, которые ему придется с этого момента преодолевать. Хорошие взаимоотношения строятся с теми, кто умеет внимательно слушать. С самого начала курса лечения нужно найти время для того, чтобы выслушать больного, ответить на его вопросы относительно заболевания и назначенного лечения, объяснить, как может измениться их образ жизни из-за такого диагноза и терапии. Это поможет больным соблюдать режим лечения и не пропускать повторные визиты в медучреждение. Если больной считает, что медработник с ним груб, или у него нет времени уделить ему внимание, то ему не захочется приходить снова. Лучше вложить в больного больше времени и сил с самого начала, чем потерять их потом, бегая за оторвавшимися от лечения больными, имея в итоге неудачные исходы и длительное повторное лечение.

Таблица IV.1 Возможные эмоциональные реакции на диагноз ТБ и способы помочь с ними справиться

Возможная эмоциональная реакция	Как помочь с ней справиться
Больной испуган	Создать дружелюбную обстановку Проявить заинтересованность в страхах больного
Он боится: <ul style="list-style-type: none"> • принимать лекарства • умереть • побочных эффектов препаратов • самого заболевания ТБ • заразить других • стать изгоем общества и подвергнуться дискриминации • потерять работу • потерять жилье • ВИЧ-инфекции 	Санитарное просвещение <ul style="list-style-type: none"> • больных • их семей • коллег по работе • местного населения • отслеженных контактов
Отказ/нежелание поверить в свой диагноз	Информация/моральная поддержка (привлечь значимых для больного людей, напр, близких родственников, которые тоже могут предложить психологическую поддержку)
Другие приоритеты, которые отодвигают болезнь на второй план	Проявить неподдельное участие – помочь больному решить его конкретные проблемы
Душевная сумятица <ul style="list-style-type: none"> • чувство вины • гнев 	Помочь распознать эти чувства Проверить, правильно ли воспринимаются и понимаются полученные сведения (больным и его семьей)
Сопутствующие заболевания <ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ-инфекция и СПИД 	По возможности привлечь соответствующие вспомогательные службы Рассказать больному о том, какие местные службы могут ему помочь Предложить тест на ВИЧ, психотерапию и постоянную помощь и участие.
Недостаток социальной поддержки, напр, больной живет в одиночестве	Найти людей, способных помочь в этой ситуации – друзья, родственники, местные общественные организации и проч.

--	--

1.3 Ресурсы

- В тех местностях, где основная масса больных обращается за помощью в один крупный и хорошо известный ТБ центр, нужно создать такую систему, когда больному с диагнозом ТБ предлагается возможность перевестись в такое административная единица (единицу), где он сможет получать постоянную помощь. После направления в эту административную единицу больной встает там на учет и начинает лечение. Региональный Координатор должен курировать эту систему и следить за тем, чтобы больной явился и встал на учет в той административной единице, куда его направили.
- Должны иметься в наличии бланки карт ТБ лечения и журналы учета ТБ больных, а медработники должны уметь заполнять их правильно, аккуратно и своевременно*.
- Необходимо иметь хорошие навыки общения (Таблица IV.2), чтобы:
 - Оценить уровень информированности больных о ТБ и его лечении
 - Обеспечить больных правильной информацией в соответствии с их потребностями и уровнем понимания
 - Показать, что они небезразличны службе
 - Побудить их приходить на повторный прием в назначенные сроки
- Медработники, ответственные за постановку диагноза ТБ, также достаточно компетентны, чтобы выбрать и задокументировать правильную категорию лечения, и начать соответствующий режим терапии.
- Медработник достаточно знает о заболевании ТБ и его лечении, чтобы оценить, какой объем информации нужен каждому конкретному больному и уметь правильно отвечать на вопросы больных.
- Медработники имеют возможность читать соответствующую справочную литературу о ТБ и противотуберкулезной помощи.

* Оранжевое Руководство Приложение 2 Formas 3 and 4

- Имеются в наличии информационные листовки на доступных больным языках, которые можно выдать в подкрепление устной беседы
- Всегда есть кто-то, к кому больной может обратиться за советом в случае проблемы, и больной точно знает, как и к кому обращаться при необходимости.

Таблица IV.2 Как правильно общаться

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Внимательно слушать. • Задавать вопросы открытого типа, например, «что именно», «каким образом», «почему», чтобы вызвать собеседника на подробный ответ. • Мысленно ставить себя на место больного. • Интересоваться верованиями, ценностями, традициями и привычками больного и уважать их. • Обращаться с больным как с равным, не ставить себя выше больного. • Улыбаться и смотреть на больного во время разговора. • Проверять, правильно ли вы поняли больного, кратко повторяя вслух только что от него услышанное. • Помогать взглянуть на ситуацию в долгосрочной перспективе. • Использовать тактильный контакт (пожать руку, похлопать по плечу) там, где это уместно, чтобы подбодрить и показать свое участие. |
|---|

1.4 Профессиональная деятельность

- Больные, которым поставлен диагноз ТБ в административных единицах внутри крупных центральных медицинских заведений, должны иметь возможность встать на учет и начать лечение в той административной единице, постоянное посещение которой для них удобнее. Больные должны выбрать административную единицу из официального списка таковых, и, когда они определятся с выбором, им нужно подробно и понятно объяснить, что им нужно как можно быстрее встать на учет и начать лечение в этой административной единице. Самое главное, чтобы медработник, который проводит предварительные беседы с больным, был в состоянии ответить на любой вопрос и проверить, понял ли больной, что ему надо теперь делать и

почему. Этот медработник должен также внести в документацию сведения о том, в какую именно административную единицу был направлен больной, в идеале – в журнал лабораторного учета и дополнительно в карту перевода, в зависимости от того, какая система принята на месте.

- Медработник в той административной единице, где больной встал на учет, должен провести предварительную беседу с больным, в ходе которой выяснить, сталкивался ли больной с ТБ ранее, насколько может помочь ему семья и окружение, что он думает о лечении и его результатах. В таблице IV.3 перечислены темы обсуждений и вопросы, которые нужно задавать в ходе первого собеседования с больным, у которого недавно выявлен ТБ.
- Информацию и помощь нужно предоставлять в соответствии с потребностями конкретного больного, и убедиться, что больной понял: как распространяется ТБ; как его лечат; что лечение ТБ – бесплатное; как важно лечиться регулярно, под наблюдением, и пройти весь курс полностью; когда и куда можно обратиться за помощью; а также как различить серьезные и безвредные для здоровья побочные эффекты препаратов.
- Медработник должен обсудить с больным, чего следует ожидать во время периода лечения, выяснить, что может помешать больному закончить полный курс лечения, проявить эмоциональное участие к больному и выяснить, нужно ли больному принимать лекарства в лечебном учреждении за пределами данной административной единицы.
- Медработник и больной разрабатывают совместный план лечения, основанный на индивидуальных потребностях и обстоятельствах пациента.
- Больного заносят в соответствующую категорию и должным образом ставят на учет.*
- В журнал учета больных ТБ и в карту лечения больного вносятся все необходимые сведения: даты, подробная контактная информация, вид административной единицы, очаг заболевания, результаты, категория лечения, режим терапии и в каком лечебном ТБ учреждении больной будет получать ДОТ, лечение под непосредственным наблюдением.†

* Оранжевое Руководство Глава IV D1.2

† Оранжевое Руководство Приложение 2 Formas 3 and 4

- Регулярно и в оговоренные сроки оценивается степень влияния ТБ и лечения на больного и его семью.

1.5 Результаты

Больные в надлежащем порядке ставятся на учет в соответствующей административной единице, и вся информация о больных, включая все результаты, надлежащим образом вносится в карту лечения и журнал учета ТБ больных. Больные понимают природу своего заболевания, как его лечат, и куда при необходимости им можно обратиться за помощью. Предварительный анализ ситуации и состояния больного ложится в основу индивидуального плана помощи, ориентированной на больного, что позволяет обойти возможные препятствия для получения лечения, включая выбор наиболее приемлемого для больного «ТБ лечебного учреждения», где он будет получать ДОТ. Успех применения этого эталона можно измерить по следующим показателям: сравнение сведений в журнале учета ТБ больных с картами лечения ТБ больных и журналами лабораторного учета, показатели отрывов на интенсивной фазе и непосредственные впечатления больных.

Таблица IV.3 Тематика первых собеседований с больным

Тема	Вопросы
Знания о ТБ	Что Вам сказали о Вашем диагнозе? Как Вы думаете, каким образом можно заразиться ТБ? Что Вам известно о ТБ?
Предыдущее лечение от ТБ, какие были проблемы с лечением, насколько высока потенциальная вероятность повторного отрыва	Лечились ли Вы от ТБ ранее? Если да, то когда, где и как долго? Какие препараты Вы принимали от ТБ? Как Вы тогда справлялись? Были ли проблемы?
Знания о лечении от ТБ NB: Больных женского пола нужно предупредить о взаимном	Что Вам известно о лечении ТБ? Как вы думаете, что будет, если Вас не лечить? Как Вы собираетесь наладить

<p>действию рифампицина и оральных контрацептивов</p>	<p>регулярный прием таблеток? Известно ли Вам, что лечение от ТБ – бесплатное?</p>
<p>Знания о возможных побочных эффектах препаратов</p> <p>NB: Больных нужно предупредить, что из-за приема рифампицина их моча приобретет красный цвет, и что это абсолютно нормально и неопасно.</p>	<p>Бывали ли у Вас побочные реакции на прием каких-либо лекарств? Что Вам известно о побочных эффектах противотуберкулезной терапии?</p>
<p>Отношение к диагнозу</p>	<p>Что Вы почувствовали, когда узнали о своем диагнозе ТБ? Что подумают об этом Ваши родственники и друзья?</p>
<p>Возможные препятствия для получения помощи: особенности образа жизни, затраты, расстояние между медучреждением и домом, часы приема</p>	<p>Есть ли у Вас сейчас и другие проблемы со здоровьем? Если да, то какие? К кому еще Вы обращаетесь, когда болеете? Где Вы сейчас живете? Как долго Вы сможете там оставаться? Как вы добираетесь до клиники? Сколько времени у Вас уходит на дорогу? Сколько это Вам стоит? Приходится ли Вам содержать кого-то еще (детей, пожилых или больных родственников)? Вы работаете или безработный? Что может Вам помешать приходить на прием? Употребляете ли Вы алкоголь, курите или принимаете наркотики? (более подробно раскрыть эту тему позже в анализе) Если да, нужна ли Вам помощь, чтобы справиться с этой привычкой или в этом нет необходимости?</p>
<p>Доступная социальная поддержка: семья, друзья, общество</p>	<p>К кому Вы можете обратиться в трудную минуту (персонал/семья/друзья)? Чем мы</p>

	можем Вам помочь?
Заключение	<p>Есть ли у Вас ко мне еще вопросы? Что еще Вас беспокоит? Что Вы намерены теперь делать? Напомнить больному, что по всем следующим вопросам он может обратиться к медсестринскому персоналу:</p> <ul style="list-style-type: none"> - побочные эффекты терапии - как добраться на прием - дополнительные лекарства от других болезней - любые обстоятельства, затрудняющие получение лечения

NB: Отслеживание контактов подробно описано в эталоне IV.3

2. Эталон: начало лечения – как организовать терапию под непосредственным наблюдением на интенсивной фазе

2.1 Определение эталона

DOT организуется в наиболее удобной и надежной форме, при этом учитываются потребности и желания больного, а также наличие ресурсов на местах.

2.2 Логическое обоснование

2.2.1 DOT – лечение под непосредственным наблюдением

DOT – это процесс, целью которого является: 1) помочь больному завершить полный курс лечения от ТБ и 2) задокументировать факт приема препаратов больным. DOT рекомендуется назначать всем бациллярным по мазку мокроты ТБ больным на интенсивной фазе лечения, на фазе продолжения тех режимов, которые содержат рифампицин, и на протяжении всего режима повторного лечения, поскольку доказано, что благодаря этой мере сокращается вероятность развития лекарственной устойчивости.⁹

2.2.2 Свести затраты больного к минимуму – подобрать наиболее удобное для больного лечебное учреждение, где он сможет получать ДОТ

Важно помочь больному свести его затраты на лечение к минимуму. Хотя само лечение в основном бесплатно, транспорт может быть дорогим, а время, которое придется потратить на получение ДОТ, может быть отнято у работы и/или семьи. Если сократить эти затраты, то больной сможет с большей степенью вероятности соблюдать режим лечения. Сделать это можно, если подобрать для больного такое лечебное ТБ учреждение, которое больному наиболее удобно посещать. Важно дать больному возможность самому выбрать такое учреждение, которое было бы близко расположено к его месту работы или жительства, или устраивало бы его по каким-либо другим личным причинам.

NB: Некоторые больные предпочитают посещать учреждения далеко от дома, чтобы сохранить анонимность.

2.2.3 Убедиться, что персонал, ответственный за применение ДОТ, обладает необходимыми для этого знаниями, умениями и пользуется поддержкой руководства

ДОТ нужно применять с душой и участием. Если человек, ответственный за наблюдение за лечением, к примеру, не понимает толком, в чем заключается его роль, неприветлив с больным, или не обращает внимания на жалобы, пациент может разочароваться в службе и перестать приходить на лечение. Аналогичным образом, если ответственный за ДОТ человек не получает должной поддержки от руководства или его никто не контролирует, он/а может потерять стимул к добросовестному выполнению своих обязанностей или давать больному неправильную информацию.

2.2.4 Поддерживать хорошие отношения с больным

Очень важно рассказать больному обо всех разных возможностях организации ДОТ, которые предоставляет данная административная единица. Выбранная форма организации ДОТ должна устраивать и медработников, и больного, иначе она не будет успешной. Чтобы побудить больного сотрудничать, медработники должны постоянно подчеркивать, что речь идет скорее о помощи, чем о надзоре.

2.2.5 Документировать каждый прием лекарства

Каждая принятая доза препаратов и каждый полученный результат микроскопии мазка мокроты на наличие КУМ немедленно заносится в карту лечения больного, таким образом можно оценивать прогресс лечения больного и выявлять отрыв от лечения ежедневно.

2.3 Ресурсы

- Каким бы образом ни было организовано лечение под наблюдением, оно должно быть прагматичным, осуществимым и приемлемым, как для больного, так и для административной единицы, при которой больной состоит на учете.
- Существующие возможности организации ДОТ при лечебных ТБ учреждениях за пределами административной единицы должны быть четко определены в местных и/или государственных руководствах и инструкциях.
- Сами больные должны быть как можно больше вовлечены в процесс выбора способов организации своего лечения, и быть к этому соответствующим образом подготовлены.
- Карта лечения больного должна находиться у наблюдателя за лечением, и этот человек должен быть способен заполнять ее правильно, аккуратно и вовремя.*
- Помимо получения лечения внутри самой административной единицы могут существовать разные альтернативные варианты, в зависимости от условий на местах и имеющихся ресурсов. Однако при этом должен неукоснительно соблюдаться следующий принцип: больной должен глотать таблетки под наблюдением соответственно обученного и контролируемого лица.⁹

2.3.1 Возможные варианты организации ДОТ за пределами административной единицы

Больной может получать ДОТ за пределами административной единицы при условии соблюдения следующего принципа: больной должен глотать таблетки под наблюдением соответственно обученного и контролируемого лица.⁹ Больной может ежедневно приходить в заранее оговоренное лечебное учреждение и получать свое лекарство от медработника. ДОТ может предлагаться на базе целого ряда лечебных учреждений, и больного нужно направлять в удобное именно ему, т.е., туда, куда выберет больной. В зависимости

* Оранжевое Руководство Приложение 2 Форма 3

от местных условий можно организовать и другие формы ДОТ, но только если есть возможность их регулярно контролировать со стороны административной единицы.

2.3.2 Персонал, ответственный за непосредственное наблюдение за лечением

Лица, назначенные ответственными за ДОТ, должны быть выбраны поименно, обучены, и иметь возможность выполнять свои задачи на высоком уровне качества. В большинстве случаев для этого достаточно ежемесячных проверочных визитов Координатора Учреждения.

2.3.3 Как выбрать подходящего наблюдателя

Человек, ответственный за непосредственное наблюдение за лечением, должен:

- Быть приемлемым для больного.
- Сам хотеть взять на себя эту задачу.
- Быть ответственным и заботливым.
- Уважать право больного на конфиденциальность.
- Быть преданным своему делу.
- Быть готов углублять свои познания с помощью посещения курсов обучения и переподготовки.
- Понимать суть своей работы.

2.3.4 Обучение

Содержание обучения лиц, ответственных за непосредственное наблюдение за лечением, должно быть четко определено, само обучение должно иметь стандартную форму и проводиться регулярно.

Ответственное лицо должно знать:

- О том, какими путями передается ТБ, и как происходит процесс заболевания.
- О лечении ТБ и возможных побочных эффектах.
- О том, когда больного нужно направить обратно в ту административную единицу, где он стоит на учете.

Ответственное лицо должно уметь:

- Наблюдать за приемом и записывать сведения о препаратах, принятых в соответствии с инструкциями по приему.
- Разыскивать больных, не явившихся за лечением – после 1 пропущенного дня.
- Напоминать больным, когда им назначен врачебный прием.
- Ободрять и утешать больных.
- Направлять больных обратно в административную единицу при возникновении проблем.
- Направлять пациентов с подозрением на ТБ в соответствующее местное учреждение здравоохранения.
- Распространять знания о ТБ среди местного населения/на рабочем месте
- Посещать курсы переподготовки.

2.3.5 Контроль

Каким бы образом ни было организовано лечение под наблюдением, с соответствующей административной единицей должна сохраняться хорошая обратная связь. Больной не должен забывать о контрольных визитах к лечащему врачу, а Координатор Учреждения должен регулярно, по меньшей мере раз в месяц, навещать наблюдателя за лечением. Нужно выработать определенную систему, благодаря которой можно было бы как можно быстрее выявить любую проблему, доложить о ней руководству и ее решить. Координаторы должны иметь транспорт для ежемесячных контрольных визитов. Если невозможно организовать надлежащий контроль, то никакие альтернативные варианты ДОТ вне административной единицы не должны рассматриваться.

При ЛЮБЫХ обстоятельствах ответственность за помощь больным, включая организацию лечения под непосредственным наблюдением, лежит только на руководстве местной административной единицы и ее персонале*

2.4 Профессиональная деятельность

- Обстоятельства и нужды каждого больного оцениваются до начала лечения.
- ДОТ организуется с учетом этих обстоятельств и нужд, а также местных ресурсов.

* Оранжевое Руководство Глава III.A.3

- Со всеми задействованными лицами проводятся подробные беседы и составляется четкий план, где оговорена сфера ответственности каждого.
- Координатор Учреждения обеспечивает ежемесячные контрольные визиты и оказывает поддержку наблюдателю за лечением больного.
- Конечная ответственность за успех лечения лежит на Координаторе Учреждения.
- Между всеми, задействованными в оказании помощи ТБ больному, от административного подразделения до стационара или клиники до наблюдателя за лечением, должна существовать хорошая связь.

2.5 Результаты

ДОТ применяется успешно. Это можно видеть из карт лечения, где записана каждая принятая доза и любой пробел имеет объяснение.

3. Эталон: отслеживание и обследование контактов

3.1 Определение эталона

Отслеживание и обследование контактов осуществляется согласно утвержденным на местах протоколам

3.2 Логическое обоснование

3.2.1 Выявление наиболее уязвимых контактов

Рекомендуется обследование лиц из ближайшего окружения больного, поскольку для них вероятность ТБ инфицирования особенно высока. В зависимости от имеющихся ресурсов этот процесс может принимать различные формы, однако как минимум лица, проживающие под одной крышей с бацилярным по мазку больным ТБ и имеющие симптомы заболевания должны быть обследованы на ТБ. Дети до 5 лет и ВИЧ-инфицированные наиболее рискуют при контакте с положительным по мазку мокроты больным ТБ, и поэтому должны обследоваться в первую очередь. ¶¶

3.2.2 Выявление бацилярных больных

Обследование контактов – наиболее эффективный метод активного выявления, поскольку лица из ближайшего окружения недавно выявленного бациллярного по мазку больного ТБ с наибольшей степенью вероятности либо инфицированы, либо сами болеют активной формой заболевания. 12

Обследование может выявить человека, который послужил источником заражения и сам не подозревает о своем заболевании, не обращаясь поэтому за лечением и заражая окружающих. Хотя такое и возможно, зачастую источник заражения взрослого человека ТБ остается неизвестным, поскольку больной мог заразиться в любой момент своей жизни. Если же больным оказывается ребенок, то, вероятнее всего, он недавно заразился ТБ от взрослого больного активным ТБ, который может проживать с ним под одной крышей, быть близким родственником или другом семьи.

3.2.3 Санпросвещение

Обследование как минимум членов семьи больного дает ценную возможность рассказать о ТБ потенциально инфицированным людям, которые будут в этом случае способны распознать у себя признаки и симптомы ТБ и вовремя обратиться за помощью, если в будущем у них разовьется активное заболевание. Это также важно в тех условиях, когда ограниченные ресурсы позволяют обследовать только ближайшее окружение больного. Сами больные должны быть в состоянии достаточно знать о своем заболевании, чтобы рассказать о нем тем лицам, которые вступали с ними в контакт и обнаруживают у себя признаки и симптомы заболевания.

3.2.4 Превентивная терапия

Лечение латентной ТБ инфекции для предотвращения развития активного заболевания показано, в первую очередь, детям и другим лицам из групп риска, инфицированным больным. Лечение состоит из ежедневного приема изониазида в дозировке 5 мг/кг на протяжении как минимум 6 месяцев.* До начала химиопрофилактики нужно тщательно проверить, не развилась ли уже активная форма заболевания, чтобы исключить вероятность монотерапии, способной привести к развитию лекарственной устойчивости.

* Оранжевое Руководство р 23

Там, где это возможно, следует сделать туберкулиновую пробу, которая может показать наличие латентной инфекции, и предложить химиопрофилактику лицам из групп высокого риска. Там, где нет возможности сделать туберкулиновую пробу, Союз рекомендует предлагать химиопрофилактику при отсутствии активного заболевания всем детям до 5 лет, проживающим под одной крышей с бациллярным по мазку больным ТБ. Данные исследований свидетельствуют о том, что это наиболее эффективный и удобный способ профилактики ТБ у детей.¹²

3.2.5 Тактичность и сохранение конфиденциальности

Часто отслеживание контактов – процесс, достаточно болезненный для пациента, который может чувствовать себя беззащитным и уязвимым перед мнением общественности, для которой ТБ – позорная болезнь. Поэтому так важно действовать как можно более тактично и осторожно. Нужно стараться любыми способами сохранить личность больного в секрете. Иногда больные не хотят, чтобы об их болезни знали даже супруги и родственники. Иногда больные чувствуют себя виноватыми в том, что заразили самых близких им людей. Некоторым, однако, помогает мысль о том, что их ближайших родственников обследуют и при необходимости предоставят лечение. Как говорилось выше, разные больные по-разному реагируют на свой диагноз, поэтому так важно оценивать каждого больного индивидуально, и помогать именно так, как этого требуют обстоятельства и особенности личности больного.

3.3 Ресурсы

Самое важное – узнать от больного, не проживает ли он под одной крышей с детьми до 5 лет, а также нет ли у близких ему людей признаков и симптомов ТБ*. Если да, то их можно обследовать и при необходимости лечить.

- ТБ больные могут за время болезни научиться распознавать симптомы ТБ у других людей, и если сами они получили хорошее лечение, достаточно поддержки и информации, то и другим посоветуют обратиться за помощью. Таким образом, сами ТБ больные могут послужить главным ресурсом для выявления ТБ.

* Оранжевое Руководство Глава III.C

- Требуется время и место для того, чтобы с глазу на глаз обсудить с больным, как важно выявить и обследовать тех, с кем общался больной и кто может быть теперь инфицирован ТБ, особенно если это ребенок до 5 лет или известный больному носитель ВИЧ-инфекции.
- Медработники, вовлеченные в процесс ухода за больными ТБ, должны понимать природу болезни и пути ее распространения, чтобы правильно оценить уровни риска и расставить приоритеты по обследованию тех, кому это действительно необходимо.
- Больной, его родственники и знакомые нуждаются в утешении и подбадривании, а также в ясной и правильной информации о ТБ, и о том, что с ними может случиться в результате контакта с заболеванием. Некоторых обследуют и при необходимости либо назначают химиопрофилактику, либо полноценное лечение. С другими просто побеседуют, дадут ряд советов и настоятельно порекомендуют обратиться за помощью при появлении симптомов.

3.4. Профессиональная деятельность

Рекомендуется назначать полноценное лечение детям до 5 лет, у которых наблюдаются симптомы ТБ, и которые проживают под одной крышей с недавно выявленным бациллярным по мазку больным ТБ. Все остальные дети до 5 лет, проживающие в той же семье, при отсутствии симптомов должны пройти курс химиопрофилактики.*†††

Медработник, работающий с впервые выявленным больным, должен:

- Внимательно изучить обстоятельства жизни больного и определить, сколько у него было контактов, сколько может быть потенциальных активных случаев заболевания и кто наиболее рискует быть инфицированным
- Использовать хорошие навыки общения, чтобы обсудить с больным процесс отслеживания и обследования контактов, и соответственно реагировать на опасения больного.

* Оранжевое Руководство Глава III.C

- Поддерживать открытый диалог с больным о контактах на протяжении всего периода лечения, обучить больного распознавать возможные случаи заболевания среди родных и знакомых и побуждать их обращаться за помощью.
- Просвещать больного и членов его семьи (с согласия больного) на предмет ТБ.
- Четко и ясно записать в карту лечения больного все контакты больного из групп высокого риска, указать, кого из них обследовали и какие действия были предприняты в этом отношении (можно приложить к карте лечения больного отдельный лист бумаги с начерченной вручную таблицей, наподобие такой, что предлагается в Рисунке IV.1).

NB: Медработник или наблюдатель за лечением, который посещает больного, лечащегося от ТБ, на дому, должен внимательно наблюдать за другими членами семьи больного и использовать каждый свой визит, чтобы еще раз напомнить домочадцам больного, как важно уметь распознать свои симптомы и самим обратиться за помощью.

3.5 Результат

Выявлены контакты, подверженные наибольшему риску заражения, и в их отношении предприняты соответствующие меры. Есть документальная запись, подтверждающая количество выявленных контактов, сколько из них были обследованы, с возможностью анализа результатов и принятых мер.

Рисунок IV.1 Пример оформления сведений о домашних контактах больного

ФИО	Возраст	Вес	Симптомы	Дата обследования*	Результат*	Принятые меры

* Если есть возможность обследования

V. Помощь на интенсивной фазе: как соблюдать режим лечения

Для многих людей диагноз ТБ – настоящий удар, есть люди, которые отказываются в это верить, но есть и такие, кто испытывают облегчение, узнав, в чем дело, и что можно получить лечение. Реакция людей зависит от множества факторов, включая их культурные обычаи и ценности, наличие прошлого опыта и познаний о болезни.

Несмотря на то, что ТБ более распространен среди групп риска, им может заболеть каждый, и поэтому так важно дать больным возможность рассказать о своих опасениях в связи с их личными жизненными обстоятельствами. Медсестры и другие работники здравоохранения играют важную роль, поскольку именно они должны окружить всех ТБ больных своей заботой.¹³ Выздоровление больного зависит от того, прошел ли он полный и непрерывный курс терапии, а это возможно лишь тогда, когда больной и служба здравоохранения способны сотрудничать между собой. Эталоны, изложенные в этой главе, описывают, каким образом предоставить больному наилучшие возможности соблюдать предписанный ему режим лечения.

1. Эталон: уход и наблюдение за больным

1.1 Определение эталона

Прогресс больного и организация ДОТ отслеживаются по расписанию, согласованному с Координатором Учреждения, всеми медработниками и другими лицами, ответственными за помощь ТБ больным.

1.2 Логическое обоснование

1.2.1 Учитывать приоритеты больного

Больные ТБ часто имеют много разных других проблем, которые могут казаться им поважнее их состояния, и это может повлиять на способность больного соблюдать режим лечения. Чтобы больной чувствовал, что он может без стеснения рассказать о своих сложностях, к нему нужно относиться с уважением. Служба должна уметь своевременно реагировать на проблемы больного, чтобы свести к минимуму вероятность прерывания лечения. Если больной доверяет службе, он, скорее всего, сообщит ей правильную контактную информацию. Да и в других случаях, он, скорее всего, предупредит службу, если по каким-то обстоятельствам вынужден пропустить прием, например, если должен ехать в другую местность на похороны. Очень важно, чтобы больной мог свободно общаться с медработником, и делиться сведениями такого рода, чтобы можно было обсудить возможность альтернативных мер и предотвратить отрыв от лечения.

1.2.2 Как справляться с побочными эффектами препаратов

Больному нужно рассказать о возможных побочных эффектах препаратов, чтобы он мог вовремя распознать их у себя и обратиться за помощью. Больной с тяжелыми побочными эффектами, такими как желтуха или серьезное расстройство пищеварительного тракта, должен получить указания немедленно прервать прием лекарств и обратиться к врачу. Безвредные побочные эффекты, такие как тошнота или кожный зуд, не настолько опасны, чтобы заменять препараты на другие, но способны значительно расстроить больного, и поэтому медработник должен серьезно отнестись к подобным жалобам. Психологическая поддержка, медикаментозное облегчение симптомов и участие медработника могут облегчить состояние больного и побудить его продолжать прием препаратов. Во всех случаях важно выяснить, вызваны ли жалобы больного реакцией на прием ТБ препаратов или указывают на дополнительную, не связанную с ТБ лечением, проблему, требующую врачебного вмешательства. Если этого не сделать, то может получиться так, что режим ТБ терапии будет изменен зря, и/или другая болезнь на этом фоне останется незамеченной.

1.2.3 Что делать, если больной не явился вовремя

С больным, который не явился в назначенное ему время, нужно как можно быстрее связаться, чтобы перерыв в лечении был минимальным (см Эталон V.2). Незамедлительное, последовательное

и доброжелательное отслеживание неявившихся вовремя больных, хотя и занимает немало времени, показывает больным, что о них заботятся, и это, в свою очередь, может побудить их продолжить лечение.

1.2.4 Контрольный анализ мокроты

Контрольный анализ мазка мокроты на наличие КУМ требуется для того, чтобы подтвердить абациллирование больного по мазку. Это важно не только для того, чтобы оценить прогресс данного конкретного больного, но и для того, чтобы правильно управлять процессом лечения (например, перейти от начальной интенсивной фазы к фазе продолжения). Так же, как и для диагностики, для правильного и своевременного отчета о результатах нужно правильно заполнять формы направления на анализ мокроты и маркировать контейнеры для сбора мокроты, отмечая цель анализа (контроль за лечением).

1.2.5 Правильное ведение документации

На всем протяжении интенсивной фазы нужно своевременно и правильно заполнять карту лечения, журнал учета больных ТБ и лабораторный журнал, чтобы можно было не только следить за состоянием каждого больного, но и ясно видеть, насколько регулярно больной получает лечение на интенсивной фазе.

1.2.6 Опека лица, ответственного за лечение под наблюдением

Человек, назначенный наблюдателем за приемом лекарств, должен чувствовать себя нужным и важным участником процесса ухода за больным, чтобы он не терял энтузиазма сам и продолжал поддерживать энтузиазм в больном. Нельзя считать его помощь чем-то само собой разумеющимся.

1.3 Ресурсы

- Медработники, которые достаточно знают о ТБ и понимают особенности его лечения.
- Медработники, которые могут распознать тяжелые побочные эффекты ТБ препаратов и направить больного за медицинской

помощью, и могут сами справиться с побочными эффектами, неопасными для больного*.

- Медработники, которые понимают, какие факторы влияют на способность больного соблюдать режим лечения (Таблица V.1), способны на заботу о больном и готовы взять на себя ответственность за результаты лечения.
- Доступ к необходимым бланкам и журналам и медработники, способные заполнять их правильно и своевременно.
- Каждое административная единица и соответствующее ему учреждение ТБ лечения должно иметь систему отслеживания оторвавшихся от лечения больных (см. эталон V.2).
- Сотрудничество со вспомогательными службами и другими организациями, которые могут помочь больному.
- Возможность госпитализации больных в тяжелом состоянии, хотя это может означать дополнительные расходы для больного.
- Контроль для поддержания качества оказания помощи на хорошем уровне
- Регулярная проверка и опека той службы, что занимается наблюдением за лечением.

1.4 Профессиональная деятельность

- Для каждого больного нужно оценить по набору параметров в Таблице V.1 вероятность того, что этот больной/ая будут соблюдать предписанный режим лечения.
- В конце интенсивной фазы лечения нужно провести медицинский осмотр больного, чтобы оценить, насколько успешно идет процесс лечения и абациллирован ли больной по мазку мокроты.[†] Образцы мокроты собираются и направляются на анализ за неделю до того дня, когда требуются результаты, чтобы можно было оценить, готов ли больной к переводу на фазу продолжения лечения. Если больной не готов, то есть, результат микроскопии мазка мокроты остается положительным, интенсивную фазу продлевают еще на один месяц. Если у больного с самого начала диагностирован внелегочный ТБ, нужно искать другие физические признаки улучшения состояния. Верные признаки

* Оранжевое Руководство Глава III. А 4.4

† Оранжевое Руководство Глава IV А3

положительной динамики в этом случае – общее симптоматическое улучшение, а также прибавка в весе.

- До 25 % больных могут оставаться бациллярными по мазку даже после двух месяцев правильного лечения. Большинство из них вылечится в ходе последующей терапии. Однако для всех больных, которые остались положительными по мазку после 2 месяцев лечения, нужно провести следующий анализ:
 - Режим терапии, предписанный на интенсивную фазу, напр., был ли он правильным?
 - Были ли у больных какие-либо проблемы с приемом предписанных препаратов?
 - Правильно ли больной понял предписания по приему препаратов, напр, принимал ли он правильную дозу через правильные промежутки времени?
 - Были ли какие-либо проблемы с лицом, ответственным за наблюдение за лечением данного больного?

- Помощь больному нужно планировать и регулярно оценивать, насколько она отвечает потребностям данного больного.
- Как и на протяжении всего курса лечения, тяжелые побочные эффекты препаратов нужно отслеживать, документировать и направлять к соответствующему специалисту как можно быстрее.
- Легкие побочные эффекты препаратов нужно отслеживать, документировать и справляться с ними в самом административном подразделении.*
- Документацию, включая журнал учета ТБ больных, карты лечения и журналы лабораторного учета, нужно заполнять своевременно. Еженедельно специально назначенное для этого лицо должно сверять карты лечения с журналом учета ТБ больных, чтобы убедиться в правильности и полноте информации, особое внимание нужно уделять переносу результата анализа мазка мокроты на 2 месяце лечения в журнал учета ТБ больных.
- Нужно поддерживать запасы препаратов и расходных материалов.†
- Если больной не явился на ДОТ, необходимо сделать об этом ясную отметку в карте лечения. К больному нужно приехать на дом, выяснить, почему это случилось и обеспечить возобновление лечения.

* Оранжевое Руководство Глава III.A.4.4

† Оранжевое Руководство Глава IV E

- Возможно, понадобится связь с другими местными службами, чтобы обеспечить больных необходимой поддержкой в зависимости от их нужд.

1.5 Результаты

Интенсивная фаза лечения успешно завершена. Это можно проверить с помощью карты лечения больного ТБ и журнала учета ТБ больных.

Таблица V.1 Факторы, которые могут препятствовать больному соблюдать режим лечения

Социально-экономические факторы, относящиеся к больному	Что можно сделать
Нет личных средств	Помочь получить все полагающиеся больному пособия/материальную помощь
Другие важные для больного приоритеты	Оценить ситуацию и помочь, где и в чем возможно Подогнать организацию лечения под конкретные обстоятельства больного
Возрастные особенности, напр., ребенок, подросток, пожилой человек	Давать соответствующие возрасту советы, при необходимости привлечь к уходу других людей, подходящих возрасту больного
Потеря работы – из-за «позорной болезни» и/или дискриминации	Посоветовать, куда можно обратиться за помощью, напр, местные НГО
Негде жить – либо жилье утрачено из-за «позорной болезни» и/или дискриминации	Помочь, если это возможно, напр, привлечь общественные организации Обсудить и договориться о том, как в этих обстоятельствах организовать лечение
Индивидуальные особенности больного	Что можно сделать

Личные и культурные верования, предрассудки о ТБ	Узнать, какие, и просветить
Общественные и семейные обязанности/ограничения, напр, необходимость ехать на похороны, помогать родственникам и проч.	Предвидеть такую возможность и заранее обсудить с больным ход лечения, и что делать, если ему придется непредвиденно уехать
Апатия, пессимизм, депрессия, уход в себя	Оценить степень тяжести душевного состояния и помочь с ним справиться
Отсутствие системы социальной поддержки	Выявить возможные каналы оказания помощи: медучреждение, доброволец из местных, другой больной или объединение больных, общественная организация и проч.
Недовольство медработниками, негативный опыт общения со службами здравоохранения в прошлом	Оценить глубину проблемы и уровень ожиданий больного. Поделиться своими выводами, если нужно. Подать личный положительный пример.
Уклонение от лечения в прошлом Нетерпеливость, недовольство медленным ходом лечения/реакцией организма на лечение	Выяснить обстоятельства прошлого отрыва. - что помешало больному в прошлом? Откорректировать уровень ожиданий. Успокоить.
Инвалидность по зрению или слуху	Выбрать наилучший способ общаться – посоветоваться с теми, кто постоянно ухаживает за этим больным
Больной не в состоянии точно следовать плану лечения	Выяснить, почему, и устранить причину
Чувство стыда – из-за отношения общества к больным ТБ как к изгоям	Просвещать и успокаивать. Оберегать тайну болезни. При необходимости работать с больным, его семьей и группами населения
Чувство потери контроля над	Везде, где это возможно,

собственной жизнью	предоставлять больному свободу выбора, напр, где он/а будет получать лечение
Алкоголизм и наркомания	Если можно, направить за дополнительной помощью. Если нет – принять это как данность и помогать все равно.
Страх из-за того, что имеет положительный ВИЧ-статус	Проявлять неизменное участие, предлагать психологическую поддержку Направить за дополнительной помощью, если это уместно и доступно
Индивидуальные особенности лечения	Что можно сделать
Сложность и/или длительность лечения	Объяснять, обо всем рассказывать, поддерживать и сочувствовать
Характеристики лекарств (количество таблеток, возможные осложнения)	Предложить свое участие и поддержку, доступно объяснить, какие могут быть побочные эффекты и когда нужно обязательно обращаться к врачу. Предложить помочь справиться с побочными эффектами, когда это возможно*. О тяжелых побочных эффектах немедленно сообщать и направлять к специалистам.
Взаимодействие лекарств и питания больного, напр, тошнота	Оценить степень тяжести проблемы и дать советы по поводу диеты и времени приема препаратов
Особенности заболевания	Что можно сделать
Сопутствующие заболевания - диабет - недоедание	Посоветовать соответствующую диету, узнать о лечении диабета Оценить, насколько доступно больному питание и посоветовать соответствующую

<p>- ВИЧ/СПИД</p> <p>- проблемы с психикой</p>	<p>диету</p> <p>Выяснить статус больного, предложить тестирование и психотерапию, наладить связь с соответствующими службами, особенно если больному назначена антиретровирусная терапия</p> <p>Проверить, не принимает ли больной конфликтующие препараты, напр, противопсихотические средства. Наладить тесную связь с лицом, осуществляющим уход за больным. При отсутствии такового, выяснить, откуда можно получить дополнительную помощь</p>
<p>Организационные особенности</p>	<p>Что можно сделать</p>
<p>Невозможность доступа к клинике/наблюдателю за лечением</p>	<p>Организовать лечение в форме, наиболее приемлемой для больного</p>
<p>Долгие часы ожидания в клинике</p>	<p>Свести к минимуму прием больных в клинике. Ре-организовать службу так, чтобы укоротить часы ожидания.</p>
<p>Разбросанные, нескоординированные службы</p>	<p>Наладить хорошую связь с другими службами, совместно пользоваться протоколами и проч.</p>
<p>Кадровые проблемы (отсутствие стимулов хорошо работать, нехватка кадров, перегрузка)</p>	<p>Прислушивайтесь к своему персоналу, дайте им понять, что их труд ценят, разработайте схему поощрений, напр, награды за хорошую работу/возможность повысить квалификацию и проч.</p>
<p>Презрительное отношение и дискриминация ТБ больных со стороны персонала</p>	<p>Кампании по санпросвещению в данном учреждении, постоянные беседы с персоналом</p>

2. Эталон: Отслеживание больных, не явившихся в назначенное время (отрывов)

Должна существовать система отслеживания лечащихся больных, пропустивших назначенное время приема (отрывов). Наибольшего успеха можно добиться, если для этого применять нестандартные, гибкие и ориентированные на каждого конкретного больного методы. То, как медработник обращается с больным, неизбежно повлияет на его/ее готовность соблюдать время приема в будущем.

В большинстве случаев для того, чтобы больной благополучно продолжил лечение, требуется всего лишь выяснить конкретную, зачастую очень банальную, причину его отсутствия, и помочь ее устранить. Поэтому так важно выяснить, что именно могло помешать больному вовремя явиться. Хотя бывает и так, что больной либо пропадает бесследно, либо не желает больше лечиться; тем не менее, очень важно прилагать все усилия, чтобы вернуть на лечение как можно больше оторвавшихся больных.

NB: При любых обстоятельствах обязательно должна существовать четко определенная система отслеживания отрывов от лечения. Тем не менее, при высоких показателях отрывов (выше 10 %) любая система отслеживания отрывов теряет смысл без анализа работы всей службы как таковой. Этот анализ необходим для того, чтобы выявить и устранить более масштабные проблемы, затрудняющие больным соблюдение режима лечения.

2.1 Определение эталона

Не явившиеся вовремя на прием больные разысканы, причины их неявки выявлены и устранены, и их лечение возобновляется в кратчайшие сроки.

2.2 Логическое обоснование

2.2.1 Разыскиваются в первую очередь наиболее заразные больные

В первую очередь надо разыскивать больных, бациллярных по мазку мокроты, поскольку именно они наиболее опасны для окружающих и наиболее рискуют умереть без правильного лечения. Нужно

приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить именно этим больным полноценный и непрерывный курс терапии. Если соблюдать это условие, то количество заразных больных среди населения сократится, развитие лекарственной устойчивости будет предотвращено, больше больных вернут себе здоровье, и меньше больных умрет.

2.2.2. Немедленные действия

Оторвавшиеся больные должны выявляться как можно быстрее, чтобы избежать длительных перерывов в лечении. Чем быстрее их разыскать и убедить вернуться в лечебное учреждение, тем больше вероятность того, что их состояние за это время не слишком ухудшилось.

2.2.3 Четкое, правильное и своевременное ведение документации

Как только больной начал лечение, нужно сразу записать правильную и подробную контактную информацию, и регулярно проверять ее на актуальность (см. Эталон IV.1)

Ясные и вовремя сделанные пометки в карте лечения больного должны сразу привлечь внимание персонала к тому, что больной пропустил прием. Карты лечения – бесценный источник информации о том, какой объем лечения был получен и насколько регулярно больной принимал лекарства. Помимо того, они помогают больному видеть прогресс своего лечения и понимать, насколько важно принять каждую дозу препарата.

2.2.4 Текущий анализ причин неявки больных

Собирать сведения о том, почему больной не явился на лечение, необходимо не только для того, чтобы выявить и устранить препятствия к получению лечения для каждого конкретного больного. Если у больного есть некая проблема, можно организовать его лечение так, чтобы эту проблему обойти. Однако если целый ряд больных жалуется на одну и ту же проблему, то, возможно, причина кроется в самой службе, и тогда уже требуются более радикальные меры.

2.2.5 Как использовать гибкие и нестандартные подходы

Для того, чтобы решить проблемы, выявленные при анализе причин неявки больных, требуется гибкость самой службы. Возможно, потребуются открыть дополнительную клинику для нужд больных в определенной местности; изменить время работы лечебного учреждения, например, так, чтобы персонал мог обслуживать больных рано утром или поздно вечером; возможно, потребуется видоизменить содержание санпросветительских бесед с больными при обращении и/или в ходе лечения и проч.

2.3 Ресурсы

- В каждой административной единице и лечебном ТБ учреждении должен быть единый порядок отслеживания оторвавшихся больных (включая согласованные сроки их отслеживания). Координировать этот процесс должны конкретные люди с четко определенными обязанностями, а контролировать – Координатор Учреждения.
- Требуется квалифицированный персонал, который понимает важность непрерывного лечения, как внутри ТБ службы, так и в любой другой организации, которая помогает оказывать помощь ТБ больным, напр, социальные работники, аптекари и проч. Все люди, задействованные в организации помощи ТБ больным, должны постоянно напоминать своим подопечным, как важно пройти полный курс лечения.
- Наличие хорошей связи с больными, их семьями и местным населением может помочь разыскать больного, который не явился в клинику в назначенное время.
- Крайне важно иметь хорошие каналы связи как внутри, так и между организациями, задействованными в оказании помощи больным.
- С самого начала больные должны знать, что будут приложены все усилия к тому, чтобы они получили полный курс лечения, и какие меры будут приняты, если они не придут на прием. Нужно просить больных предупреждать о том, что они не смогут прийти в назначенное время, чтобы медработник смог перенести время приема на более удобное. При этом следует подробно объяснить больному, к кому и каким образом нужно обращаться в таких случаях. Больные при этом должны быть уверены в том, что к ним отнесутся с уважением и пониманием.

- Правильное, аккуратное и своевременное ведение документации, при достаточном запасе бланков карт лечения, крайне важно для контроля за соблюдением режима лечения и посещаемости.

2.4 Профессиональная деятельность

Задействованный медработник:

- Организует такую систему, при которой карты лечения всех больных, ожидаемых на прием в данный день, складываются в один лоток, и, по мере появления и отметки о получении лечения каждого больного, перекладываются во второй лоток, таким образом, сразу видно, кто из ожидаемых на прием больных не явился на лечение в этот день.
- Обеспечивает правильное и своевременное заполнение документации. Если больной не пришел за лечением, графа в карте лечения, предназначенная для записи даты приема, не заполняется, таким образом по карте сразу будет видно, что больной на прием не явился. Точно также следует поступать, если больной неожиданно уходит домой из стационара. Карты лечения – основной инструмент контроля за состоянием больного и соблюдением режима лечения.
- Обеспечить, чтобы со всеми больными, чьи карты лечения остались в первом лотке, как можно быстрее, желательно уже к концу рабочего дня, связались лично или по телефону, и убедили их вернуться в соответствующее учреждение для продолжения лечения.
- Уметь спокойно и убедительно попросить оторвавшихся больных вернуться на лечение. Если больному покажется, что там, где он получал лечение, за неявку его будут ругать и стыдить, его будет трудно заставить вернуться.
- Поддерживать постоянную связь с другими службами, которые задействованы в уходе за больными (и пользуются их доверием), напр, социальными работниками, преподавателями, аптекарями и проч, чтобы они тоже помогали больным соблюдать режим лечения и облегчали контроль за посещаемостью.
- Выяснить, почему больной не явился на прием. Существует масса причин, по которым люди могут не попасть на прием в назначенное время, и поэтому спрашивать о причине неявки

нужно достаточно дружелюбно и непредвзято. Может случиться и так, что выяснить местонахождение больного удастся только после многократных неудачных попыток. Если же после 2 месяцев поисков пациент так и не найден, его следует официально занести в категорию «отрыв от лечения», и сделать об этом соответствующую отметку в документации. Если больной после этого все же появится в лечебном учреждении, ему потребуется повторное обследование, как если бы он явился впервые, напр, анализ мокроты на ТБ.

- Уметь конструктивно договориться с больным, который не может (или не хочет) возвращаться в лечебное заведение для продолжения лечения, и разработать альтернативный план ухода, приемлемый и для больного, и для медсестры. Следует также рассмотреть возможность применения поощрений/стимулов (см.ниже).
- Не опускать руки, если больного не удалось найти, а связаться с его друзьями или родственниками и попросить их передать больному соответствующую информацию и убедить прийти в клинику в любое удобное для него/нее время.

NB: Если показатели числа больных, не являющихся на лечение вовремя, постоянно высоки, то работникам здравоохранения нужно обратить внимание не столько на больных, сколько на саму службу в целом, и попытаться выяснить, в чем проблема, при этом можно и нужно обращаться за помощью и к непосредственному начальству, и, при необходимости, к руководителям программы ТБ контроля.

2.4.1 Альтернативные планы оказания помощи

Если больному трудно соблюдать режим лечения из-за проблем с транспортом, нежелания выполнять указания или просто забывчивости, то для такого больного можно разработать альтернативный план помощи. Такой план должен быть согласован с больным и медработником в соответствии с местными/государственными правилами. Любые изменения нормального порядка получения лечения под наблюдением должны быть запротоколированы в документации на больного и их выполнение регулярно проверяться Координатором Учреждения.

2.4.2 Поощрения/стимулы

Использование системы поощрений для того, чтобы побудить больного соблюдать режим лечения оговаривается в

местных/государственных инструкциях. В Таблице V.2 даются примеры поощрений и стимулов, используемых в самых разных условиях. Не забывайте, что просто хвалить больного за то, что он пришел вовремя или искренне радоваться его приходу – тоже может сработать как достаточно мощный стимул.

С одной стороны, применение более конкретных или материальных стимулов может улучшить взаимоотношения больного и медработника, с другой стороны, оно может значительно их усложнить. Такие меры нужно очень тщательно организовывать, и разработать ряд четких «правил», обязательных как для больного, так и для медработника. Например, если медработник сначала обещает больному какое-то конкретное поощрение, а потом не выполняет свое обещание, отношения между ним и больным могут сильно пострадать. Если медработник ожидает от больного строгого выполнения всех правил, он и сам должен поступать так же. На чужой роток не накинешь платок - если медработник не выполняет обещаний, об этом быстро узнают не только его больные, но и все местные жители.

При поощрении больных важно различать действительные потребности больного и потребности, приписываемые им со стороны. Многие медработники считают, что больные должны взять на себя полную ответственность за свое здоровье, и, соответственно, лечение, поскольку этим они ограждают окружающих от своего заболевания. Такое мнение может помешать им в работе с больными, потому что те больные, которые сами живут в нищете и страдают от социальной несправедливости, могут стать равнодушны к проблемам окружающих.

По тем же причинам некоторые больные могут потерять чувство самоуважения, и начать считать себя недостойными посторонней помощи. Зачастую именно применение стимулов позволяет коренным образом изменить качество взаимоотношений больного и медработника. Участие и забота медперсонала, в сочетании с лечением под наблюдением и программой стимулирования, воспринимаются больным как то самое «внимание», которого он, может быть, не чувствовал к своей персоне годами. Близкое знакомство с больным – залог успешного применения системы поощрений и, в конечном итоге, успеха всего лечения. Тем не менее, также важно и подготовить больного к тому, что лечение когда-нибудь закончится, поскольку резкое прекращение всяких отношений может сильно выбить человека из колеи.

2.5 Результат

Перерывы в лечении сведены к минимуму. По карте лечения можно проследить показатели явки больного на лечение и видеть каждую пропущенную дозу. По каждому пропустившему лечение больному имеются следующие сведения: причина неявки, принятые меры, также можно посчитать, сколько больных пропускало лечение, сколько из них удалось разыскать, и сколько из них продолжило лечение.

Таблица V.2 Примеры поощрений/стимулов

- Организация групп взаимной поддержки
- Церемонии награждения, напр, выдача грамот за успешное завершение лечения
- Возмещение расходов на транспорт
- Питание
- Визиты/тел.звонки медработников своим больным в стационаре, просто чтобы их подбодрить и утешить
- «Благодарственные чаепития» для родственников ТБ больных, чтобы выразить признательность за их помощь
- Не забывать поздравить больного с днем рождения/памятной датой, чтобы просто сделать им приятное
- Вознаграждение за завершение интенсивной/продолжающей фазы лечения

VI. Помощь на фазе продолжения лечения

По мере продолжения лечения симптомы больного начинают постепенно угасать, а сам больной привыкает к терапии. Эталоны, изложенные в данной главе, направлены на особенности того периода лечения, когда больной начинает меньше зависеть от ТБ службы и возвращается к своей «нормальной» жизни. Противотуберкулезная терапия продолжается по меньшей мере полгода, и те перемены, что происходят в режиме лечения больного и его личной жизни, когда больной начинает выздоравливать, могут отрицательно сказаться на его способности довести лечение до конца. Изменения образа жизни и любые другие изменения, которые случаются в жизни человека за полгода, могут осложнить получение или сами усугубиться противотуберкулезной терапией. Поэтому так важно приложить все усилия к тому, чтобы не потерять в это время контакт с больным и соответствующим образом модифицировать оказываемую ему помощь при любом изменении его личных обстоятельств.

1. Эталон: оценка состояния больного на переходе от интенсивной к продолжающей фазе

1.1 Определение эталона

В конце интенсивной фазы проводится оценка состояния больного и разрабатывается план ухода за больным на фазе продолжения лечения, когда больной, скорее всего, будет меньше общаться с административным подразделением.

1.2 Логическое обоснование

1.2.1 Как руководить изменениями в курсе лечения

Когда больной начинает лучше себя чувствовать, у него могут появиться другие приоритеты, отвлекающие его от лечения. Если во время интенсивной фазы больной получал ДОТ, лечение под наблюдением, а с наступлением продолжающей фазы ДОТ прекратилось, он может воспринять это как своего рода намек на то, что принимать лекарства теперь не так уж и необходимо. Поэтому

так важно постоянно напоминать больному, что он должен продолжать непрерывное лечение.

1.2.2 Повторный анализ потребностей больного

Повторный анализ физических, социальных и психологических потребностей больного поможет спланировать ориентированную на больного помощь на фазе продолжения лечения, когда больной/ая берет на себя больше ответственности за свое лечение. Может потребоваться дополнительная поддержка, если, например, больной ВИЧ-инфицирован. Совместно с больным нужно выявить, какие еще источники поддержки существуют на тот случай, если ему понадобится постоянный уход даже после успешного завершения курса лечения.

1.2.3 Как справляться с непредвиденными обстоятельствами

В жизни может случиться все, что угодно, разные события могут повлиять на ход лечения или на возможность больного продолжать терапию. Больной может потерять близкого человека, сменить место работы, или вдруг переехать. Для медработника важно быть готовым к неожиданному повороту событий в жизни больного, и помочь ему приспособиться к новым обстоятельствам, не прерывая лечения. Главное – обсудить это с больным заранее, до момента перевода на новую фазу лечения, поскольку на фазе продолжения терапии больному гораздо реже приходится обращаться в службу.

1.3 Ресурсы

- Хорошие навыки общения и умение правильно оценить обстоятельства больного приобретают еще большую значимость в момент изменения режима лечения.
- Нужно выделить достаточно времени на то, чтобы закрепить в сознании больного настойчивую необходимость продолжать лечение, и убедить его сообщать медучреждению обо всех грядущих изменениях личных обстоятельств, которые могут помешать ему продолжить лечение и/или являться на прием в назначенное время.
- Медработники должны знать о сроках направления мазков мокроты больного в лабораторию согласно категории лечения больного. (Пошаговое руководство конкретными действиями в этом процессе представлено в Таблице III.1. Эти же принципы

нужно применять и при объяснении больному, как правильно собирать мокроту дома, наряду с объяснением, когда и куда нести подготовленный образец.)

- На этом этапе особую важность приобретает правильное ведение документации по направлению на анализ и результатам микроскопии мокроты, в соответствии с эталоном III.2.
- Требуется наличие квалифицированной лабораторной службы, которая без опозданий обрабатывает и вовремя выдает контрольные анализы микроскопии с тем, чтобы режим лечения мог изменяться в положенные сроки.

1.4 Профессиональная деятельность

1.4.1 Документация

Крайне важно, чтобы вся документация заполнялась грамотно и своевременно, так, как это описано в III.2. В направлениях на анализ мокроты должна ясно указываться цель анализа – контроль за лечением, а также отмечаться, на каком месяце терапии этот анализ взят. Результаты анализов и любые изменения в режиме терапии должны немедленно вноситься в карту лечения и журнал учета ТБ больных. Это особенно важно для анализа мазка мокроты в конце интенсивной фазы лечения – отсутствие какой-либо записи или запись «мазок не делался» в журнале учета ТБ больных может указывать на отрыв или неадекватный контроль за лечением, и требует немедленного расследования.

1.4.2 Практические рекомендации для больных, переходящих к приему лекарств на дому

Полезно обсудить с больным, что именно может ему помочь не забывать принимать таблетки (например, принимать лекарство перед каким-нибудь регулярным событием, таким как прием пищи). Лекарства нужно хранить в безопасном, темном и сухом месте, недосягаемом для детей. Именно теперь так важно сохранить с больным доверительные отношения, поскольку от их наличия зависит, будет ли больной, если что случится, сообщать вам о своих проблемах.

Нужно также подумать и о всех потенциальных сложностях, с которыми может столкнуться больной в новых обстоятельствах, таких как: новый распорядок его дня, вероятность того, что лекарства

потеряются или будут украдены, пристрастие больного к алкоголю и проч. (Таблица V.1).

1.4.3 Постоянная помощь и контроль за лечением

Больной должен знать о том, когда ему приходится на контрольный прием, какие нужны обследования и анализы. Больным нужно также напоминать о том, что побочные эффекты препаратов – явление редкое, и одновременно учить распознавать их признаки и сообщать о таких проявлениях побочных эффектов как, например, кожная сыпь, желтуха, расстройства зрения, желудочно-кишечные расстройства и покалывания в пальцах рук и ног.

Нужна регулярная оценка состояния больного, как для того, чтобы наблюдать за прогрессом лечения, так и для того, чтобы быть в курсе любых изменений обстоятельств больного, которые могут повлиять на процесс лечения и ухода. Следует оценивать целый ряд разнообразных факторов:

- Соблюдение режима лечения
- Клинические изменения на ключевых этапах: мокрота на 2 месяце, на 5 месяце, при завершении курса терапии
- Правильность назначения препаратов
- Доступность препаратов
- Возможность являться на прием в медучреждение
- Все ли больной понял правильно и/или нет ли у него вопросов
- Все обстоятельства, способные заставить больного прервать лечение: побочные эффекты лекарств, беременность, душевная травма, получение противоречивой информации.

Следует разработать процедуру регулярного наблюдения за больным и согласовать ее с больным, Координатором Учреждения и тем медработником, который курировал больного на начальной фазе лечения. Она может состоять из посещений больного на дому, или визитов больного в медучреждение, или того и другого, в зависимости от предпочтений больного и имеющихся ресурсов. В любом случае, с больным на фазе продолжения лечения следует встречаться не реже одного раза в месяц. Особенно важно, чтобы больной знал, к кому обращаться в случае проблемы, а служба быстро и правильно реагировала на подобное обращение больного.

1.5 Результат

После контрольного анализа мазка мокроты больной переходит от интенсивной фазы лечения на фазу продолжения. Информация об этом вносится в карту лечения каждого больного и в журнал учета ТБ больных. Больные продолжают лечение, постепенно начиная больше полагаться на себя, приобретая уверенность в своих силах и в то же время не теряя контакта с ТБ службой.

2. Эталон: ведение больных на продолжающей фазе

2.1 Определение эталона

Больному предоставляется постоянная поддержка в зависимости от его конкретных нужд, проводятся все необходимые контрольные обследования.

2.2 Логическое обоснование

2.2.1 Повторный анализ потребностей больного

Больной чувствует все большую уверенность в своих силах и берет на себя все больше ответственности, он уже привык к лечению и чувствует себя уже не таким уязвимым и больным, как на интенсивной фазе. На этой стадии важно еще раз оценить потребности больного и пересмотреть план ухода в соответствии с новыми обстоятельствами, особенно если больной от лечения под наблюдением переходит к приему лекарств на дому (напр, если на второй фазе лечения ему отменили рифампицин). Если этого не сделать, у больного может создаться ощущение, что теперь уже не так важно, принимает он лекарства или нет.

2.2.2 Гибкость при решении проблем больного

На проблемы больного нужно реагировать быстро и адекватно, проявляя к нему прежнее участие и заботу. Доверие больного завоевывается тогда, когда он видит, что к его проблемам относятся серьезно. Даже если проблема больного не связана напрямую с его лечением, игнорировать ее нельзя, поскольку она может помешать больному соблюдать режим лечения в будущем.

2.2.3 Сведение затрат больного к минимуму

Нужно стараться помочь больному сводить затраты на лечение к минимуму, чтобы он/а мог продолжать лечение. Например, не следует без особой нужды просить больного явиться на прием, поскольку ему, возможно, придется тратиться для этого на проезд и отпрашиваться с работы.

2.2.4 Контрольная микроскопия мазка мокроты на 5 месяце лечения

После пяти месяцев терапии всем изначально положительным по мазку мокроты больным требуется сделать контрольный анализ мазка мокроты на наличие КУМ, чтобы либо подтвердить положительную динамику лечения либо выявить случаи неудачного лечения*.

2.2.5 Оценка результатов лечения

Для оценки качества работы противотуберкулезной программы крайне важно оценить и задокументировать исход лечения для каждого конкретного ТБ больного. В конце курса лечения каждого больного делается еще один анализ мокроты, результат которого может указывать на «излечение» больного. Для анализа успешности терапии этот показатель гораздо весомее, чем показатель «лечение завершено».[†]

2.2.6 Документация

Как и в случае диагностики и первого контрольного анализа, для того, чтобы получить своевременные и правильные результаты анализов очень важно правильно заполнить направление на анализ мазка мокроты и этикетку на контейнере с мокротой. Результаты нужно вписывать в журнал лабораторного учета, карту лечения и журнал учета ТБ больных по мере их поступления, так, чтобы любой медработник мог оценить динамику состояния больного и проверить, правильно ли больному назначен режим терапии. Точность ежеквартальных отчетов о результатах лечения зависит от того, насколько правильно вносится информация в журналы учета ТБ больных. А уже по ежеквартальным отчетам можно судить о качестве работы всей программы.[‡]

2.3 Ресурсы

* Оранжевое Руководство Глава IV A3

† Оранжевое Руководство Глава IV D 2.2

‡ Оранжевое Руководство Глава IV D

- Если в результате анализа обстоятельств больного выявлена потенциально угрожающая лечению проблема, необходимо выработать соответствующий план ухода за больным и регулярно и по согласованию с больным оценивать прогресс больного.
- Если у больного возникла непредвиденная проблема, он должен иметь возможность связаться с соответствующим медработником.
- Служба должна немедленно помочь больному справиться с проблемой и принять все возможные меры, чтобы предотвратить возможное прерывание лечения.
- Поскольку может возникнуть необходимость привлечь для помощи больному дополнительные службы, медработник должен поддерживать постоянную связь с различными государственными и общественными организациями.
- Медработник уполномочен на то, чтобы направить больного на анализ мазка мокроты на 5 месяце лечения и принять необходимые меры при получении результатов.
- Медработник уполномочен на то, чтобы проанализировать и задокументировать результаты лечения.

2.4 Профессиональная деятельность

- Медработник, ответственный за ведение данного больного, также несет ответственность за постоянную связь с больным и регулярную оценку перемен в его/ее состоянии. Если к больному по-прежнему прикреплен конкретный помощник, взаимоотношения медработника и больного могут видоизмениться, поскольку на фазе продолжения контрольные визиты происходят реже. Потребности каждого больного в дополнительной поддержке следует оценивать индивидуально. Рекомендуется, чтобы больной по меньшей мере раз в месяц имел контакт с ТБ службой. Следует по-прежнему учитывать все факторы, влияющие на соблюдение режима и перечисленные в Таблице V.1, поскольку обстоятельства больных во время фазы продолжения лечения могут измениться.
- Крайне важно документировать любой контакт с больным. Для тех больных, которые встали на учет с диагнозом «первичный бациллярный по мазку легочный ТБ», нужно взять мокроту на анализ на 5 месяце лечения, чтобы убедиться

в том, что они остались отрицательными по мазку. Если на пятом месяце лечения получен положительный результат микроскопии мазка мокроты, больного заносят в категорию «неудачный исход лечения» и начинают курс повторной терапии*.

- В конце курса лечения назначается еще один анализ мокроты, для подтверждения «излечения». Крайне важно следить за тем, чтобы правильно и своевременно вносились данные обо всех назначенных анализах, их даты и результаты. Если больной больше не в состоянии откашливать мокроту, возможно, придется взять на анализ слюну, чтобы получить полную информацию о лечении.
- Если больной не явился вовремя, чтобы забрать свой комплект лекарств, об этом надо сделать ясную запись в карте лечения. Больного, который не приходит в назначенное время, нужно разыскать, и, безо всякого морализаторства по поводу его поведения, попытаться выяснить и устранить причины его неявки (см. Эталон V.2).
- Есть больные, которые сложно переносят расставание со службой по завершении курса лечения. Некоторые боятся заболеть снова, а некоторые слишком привыкли к социальным связям, которые им обеспечила служба. Поэтому больного нужно заранее, примерно за 2 месяца до конца курса лечения, начинать морально готовить к завершению лечения.
- На момент окончания курса лечения вся документация на больного должна быть полностью и правильно заполнена.
- Журнал учета ТБ больных должен регулярно сверяться с картой лечения больного и журналом лабораторного учета, чтобы убедиться, что любой пробел в журнале существует не за счет плохого ведения документации, а только потому, что недостающие данные не поступили, например, отсутствие результата анализа мокроты на 5 месяце лечения в журнале учета ТБ больных означает то, что такой анализ не делался, а не то, что кто-то забыл внести нужные данные или потерял результаты.

2.5 Результат

Больные завершают фазу продложения лечения и абациллируют по мазку к концу курса лечения. Все результаты своевременно и

* Оранжевое Руководство Глава IV А3

правильно записываются, благодаря чему можно проводить когортный анализ исходов лечения.

3. Эталон: ведение переведенного больного

3.1 Определение эталона

Лечение не прерывается на протяжении всего курса, принимаются необходимые меры, если уход за больным нужно поручить другой административной единице.

3.2 Логическое обоснование

3.2.1 Организация перевода больного

На протяжении как минимум 6 месяцев лечения обязанность оказывать помощь больному может переходить от одного учреждения здравоохранения к другому. Это может быть переход от стационарной к амбулаторной помощи, когда больной идет на поправку; переезд из одной местности в другую, когда больной переезжает или вынужден уехать в длительную командировку; или перевод из городского в сельское медучреждение, например, когда диагноз поставлен в центре, а постоянный уход и лечение организовано по месту жительства. Если у больного хорошие взаимоотношения с медработником и он понимает, как важно продолжать лечение, то выше вероятность того, что он/а сами сообщат службе об таких изменениях своих личных обстоятельств, из-за которых они не могут продолжать лечиться в данном медучреждении.

3.2.2 Сведение перерывов в лечении к минимуму

Нужно уделить особое внимание тому, чтобы во время перевода больного из одной административной единицы в другую лечение все-таки продолжалось. Курс терапии прерывать нельзя, поскольку любой перерыв в приеме лекарств усугубляет риск рецидива и развития лекарственной устойчивости.

3.2.3 Документальное оформление перевода больного

Больные, которые переводятся из одной административной единицы в другую, должны оформляться как «выбывший больной» в исходном

учреждении, и «переведенный больной» в конечном учреждении. Результаты по исходу лечения переведенных больных должны посылаться в обратном направлении в ту административную единицу, где больной был впервые поставлен на учет, и их нужно включать в ежеквартальные отчеты этого учреждения. Благодаря этому исключается возможность двойной записи или потери результатов при отчете об исходах лечения.

3.3 Ресурсы

- Система перевода больных, общая и понятная для всех административных единиц.
- Медработник, уполномоченный на организацию перевода и способный заполнить всю необходимую документацию аккуратно, быстро и правильно.
- В наличии бланки перевода, которые используются по назначению.
- Хорошая связь между административными единицами помогает отслеживать передвижения больного.

3.4 Профессиональная деятельность

- ВОЗ рекомендует использовать Форму Направления/Перевода Больного Туберкулезом, которую нужно заполнить в трех экземплярах, один выдать больному на руки для предъявления в новой административной единице, другой оставить в исходной административной единице, а третий передать Районному ТБ Координатору.¹⁴
- Когда больной прибывает в новую административную единицу, его нужно оформить как «переведенный больной». Нижнюю часть бланка перевода отсылают обратно в исходное учреждение, чем подтверждается факт прибытия больного в новое учреждение. Если этого не происходит, то исходная административная единица должна связаться с другой административной единицей и выяснить, явился туда больной или нет. Если нет, об этом нужно известить Районного ТБ Координатора.
- Если больной на протяжении всего курса лечения чувствовал постоянную заботу о себе и понимает, как важно закончить лечение, то выше вероятность того, что он сам сообщит по месту получения лечения о своих планах уехать или переехать.
- Накануне своего отъезда больной должен еще раз уяснить для себя, насколько важно продолжать лечение. Медработник

должен проверить, насколько хорошо больной понял, что от него хотят, то есть, когда и куда ему следует обратиться по приезде на новое место.

- Больным, которые уезжают в другую страну или еще точно не решили, куда именно уедут, нужно посоветовать обратиться за помощью немедленно по приезде. Им нужно объяснить, что они должны обратиться в любое местное медучреждение и предъявить там свою выписку из истории болезни, где будет указан диагноз, длительность и вид полученной терапии, а также адрес того административного подразделения, где они стоят на учете как ТБ больные. В данных случаях полезно выяснить, как устроена система здравоохранения в этих местностях, хотя это может быть затруднительно.
- Больному нужно выдать разумный запас препаратов, которого должно приблизительно хватить на период путешествия и до момента явки и постановки на учет для получения лечения в другом медучреждении.
- Медработник, ответственный за лечение данного больного, должен понимать, что его обязанность – проследить, чтобы больной продолжил лечение в другом месте, а не считать, что, раз больной выбывает, это больше не его забота.
- Та административная единица, где больной первоначально встал на учет, обязана задокументировать исход лечения этого больного, независимо от того, куда был переведен больной.

3.5 Результат

Больные продолжают получать назначенное им лечение, несмотря на то, что это происходит за пределами той административной единицы, которое первоначально поставило их на учет. Это можно проверить с помощью журнала учета ТБ больных и ежеквартального когортного анализа.

VII. Обследование на ВИЧ и уход за больными с сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ

ВИЧ-инфекция - одна из серьезнейших проблем ТБ контроля, поскольку ТБ убивает больше ВИЧ-инфицированных больных, чем любая другая болезнь.

Связь между этими двумя заболеваниями настолько важна, что одно из них невозможно лечить независимо от другого. По мере совершенствования помощи и лечения ВИЧ-инфицированным, все больше людей заинтересованы в том, чтобы пройти тестирование на ВИЧ и выяснить свой статус. В то же время и работники здравоохранения должны быть реально готовы предоставить им уход и лечение на как можно более высоком уровне.¹⁵

Эталоны данной главы относятся к организации предлагаемой по инициативе учреждения здравоохранения проверки на ВИЧ-статус и консультирования, а также организации ухода за ВИЧ-инфицированными больными ТБ. Мы считаем, что персонал, занятый уходом за больными ТБ, должен направлять ВИЧ-положительных ТБ больных, завершивших курс терапии от ТБ, в те учреждения, где им будет оказана соответствующая постоянная помощь. В некоторых случаях больного нужно направлять на получение ВИЧ-специализированного лечения и ухода уже во время курса противотуберкулезной терапии. Более подробные указания на эту тему можно найти в публикациях ВОЗ^{16,17} Очень важно, чтобы все действия персонала соответствовали государственным инструкциям и указаниям.

1.Эталон: анализ на ВИЧ

Всем больным ТБ, которым не был ранее поставлен диагноз ВИЧ-инфекции, нужно настоятельно рекомендовать сдать анализ на ВИЧ.¹⁸ Тот медработник, который этого не делает, по сути преграждает доступ к помощи и лечению тем, кто, возможно, в них нуждается, особенно сейчас, когда есть гораздо больше возможностей лечения ВИЧ-ассоциированных инфекций. Для тех,

кто болен сочетанной инфекцией ВИЧ и ТБ, нужно разработать подробный план ухода, который обеспечит таким больным доступ к специализированной помощи в первую очередь, после чего можно предлагать пройти анализ на ВИЧ всем больным ТБ. Рекомендуется предлагать этот анализ в плановом, но добровольном порядке, то есть, делать его всем, кроме тех, кто сам от него отказывается.

1.1 Определение эталона

Диагностический анализ на ВИЧ вежливо, конфиденциально и ненавязчиво предлагается всем ТБ больным, которые не знают о своем ВИЧ-статусе.

1.2 Логическое обоснование

1.2.1 Связь между ВИЧ и ТБ

ВИЧ является наиболее сильным из всех известных факторов риска развития активного туберкулеза у лиц, инфицированных ТБ. Приблизительно 11 % первичных случаев заболевания ТБ среди взрослых во всем мире инфицировано ВИЧ. Это соотношение выше всего в Африке, особенно в регионе под Сахарой, где до 75% больных ТБ попутно заражены ВИЧ.

С другой стороны, ТБ – наиболее часто встречающаяся оппортунистическая инфекция среди ВИЧ-инфицированных лиц, и зачастую является первым зримым проявлением наличия ВИЧ-инфекции. Смертность во время и после противотуберкулезной терапии выше среди ВИЧ-инфицированных, по сравнению с ВИЧ-отрицательными ТБ больными.

1.2.2 Преимущества ранней диагностики ВИЧ инфекции

Поскольку ТБ – одна из основных оппортунистических инфекций, ассоциирующихся с ВИЧ, все ТБ больные должны быть проверены на ВИЧ. Чем раньше обнаружить имеющуюся ВИЧ-инфекцию, тем быстрее больной получит помощь и профилактическое лечение, которое может снизить вероятность заболевания оппортунистическими инфекциями, продлить жизнь и снизить риск дальнейшей трансмиссии. Это также даст возможность предложить диагностику и обследование партнеру больного, который сильно рискует здоровьем при контакте с больным одновременно ТБ и ВИЧ.

1.2.3 Как помочь больному справиться с тревогой

Страх перед ВИЧ и ТБ, двумя потенциально смертельными болезнями, которые общество к тому же считает болезнями изгоев, может серьезно сказаться на психике больного. Чувство незащищенности и душевное смятение еще более усугубляются, когда больной, только что узнавший о своем диагнозе ТБ, узнает, что, возможно, у него еще и ВИЧ. Чтобы оказать таким больным адекватную их состоянию помощь, очень важно выяснить, что больной думает, что чувствует и что знает о ВИЧ/СПИДе. Как и в случае с ТБ, больной может по-разному отнестись к известию о том, что у него может быть еще и ВИЧ, в зависимости от того:

- Что ему известно об этой инфекции
- Знает ли он кого-нибудь (лично или через родственников и друзей), кто может быть носителем этой инфекции
- Насколько доступна для него помощь и лечение от ВИЧ/СПИД, включая возможность антиретровирусной терапии (АРТ)

1.2.4 Как завоевать доверие больного и сохранить конфиденциальность

Чтобы больной начал доверять службе и принял ту помощь, которую служба ему предлагает, нужно в первую очередь расположить его к себе и выстроить с ним хорошие отношения. В основе этих отношений может лежать обещание медработника сохранить личность больного в тайне и помочь ему справиться с дискриминацией.

1.2.5 Документация

Аккуратное, своевременное и правильное заполнение всех форм при соблюдении всех согласованных процедур и правил необходимо для того, чтобы обеспечить должный уровень ухода всем лицам с положительным результатом анализа на ВИЧ. ГПП должна отслеживать количество больных, сделавших этот анализ, и анализировать тенденции по результатам.

1.3 Ресурсы

- Нужно четко определить процедуру предложения анализа на ВИЧ всем больным с ТБ и согласовать ее между ГПП, ГПБС и

местными службами здравоохранения в государственных и местных директивах, определяющих, кто должен предлагать тестирование, кто будет собирать материал на анализ, кто будет делать этот анализ, кто будет выдавать результаты больному, каким образом и кем будет организована постоянная помощь.

- Из-за дискриминации и позорной репутации этого заболевания многие люди все еще отказываются от анализа на ВИЧ, особенно если медработник, в чьи обязанности входит предложить этот тест, сам не обладает достаточной информацией или/и неловко себя чувствует, поднимая эту тему. Все медработники, которым приходится обсуждать это с больными, должны в первую очередь спросить самих себя, что они сами думают и чувствуют относительно ВИЧ и СПИД, и побороть свои собственные предрассудки.
- Когда медработников обучают, как правильно предлагать больным ВИЧ-тестирование, то в процессе обучения нужно поощрять их высказывать свои взгляды и опасения, и даже советовать самим сдать анализ на ВИЧ, чтобы они могли лучше ознакомиться с процессом и поставить себя на место больного.
- Само по себе тестирование на ВИЧ неэффективно, если нет возможности предоставить больным доступ ко всему комплексу служб профилактики, лечения и ухода.¹⁸ Предложение сделать анализ на ВИЧ должно подкрепляться гарантированным предоставлением дополнительной помощи и профилактического лечения в том случае, если результат анализа больного окажется положительным.
- Требуется система обучения и контроля медперсонала, чтобы медработники были в состоянии компетентно консультировать больного сначала о возможности тестирования, а потом о его результате. Медработники, в чьи обязанности входит предлагать ВИЧ-тестирование, должны обладать достаточным уровнем познаний о ТБ и ВИЧ, о том, как эти два заболевания взаимосвязаны, о том, какое лечение сочетанной инфекции существует, и уметь правильно информировать больных и отвечать на их вопросы. Иногда для подкрепления своего сообщения можно использовать печатные листовки, но в определенных условиях они могут быть или недоступны, или неуместны, и в любом случае не должны замещать собой беседу с больным с глазу на глаз.

- Требуется специальное место, где медработник может свободно беседовать с больным с глазу на глаз и без помех.
- Нужны расходные материалы и компетентный персонал лаборатории, в которой можно делать анализы на ВИЧ. Требуется также организовать систему сообщения результатов в условиях сохранения конфиденциальности. Если используется экспресс-диагностика вне лаборатории, то должен быть механизм обеспечения контроля качества.
- Требуется унифицированная на государственном уровне система записи (например, в карте лечения больного) о том, что больному был предложен анализ на ВИЧ, был ли он сделан и каковы его результаты.¹⁵
- В медучреждениях нужно строжайшим образом соблюдать меры инфекционной безопасности, чтобы свести к минимуму риск заражения ТБ для больных и персонала, которые могут быть заражены ВИЧ.²⁰

1.4 Профессиональная деятельность

1.4.1 До анализа на ВИЧ

В первую очередь медработник должен выяснить у больного, знает ли он свой ВИЧ-статус или нет. Если больной уже сдавал в прошлом анализы на ВИЧ, и последний анализ был отрицательным, то медработник должен обсудить с больным, есть ли необходимость этот анализ повторить, в зависимости от того, насколько давно он был сделан и не подвергал ли больной себя опасности заражения ВИЧ с тех пор. Если ВИЧ-статус больного неизвестен, или требуется повторный анализ, то больной должен:

- Понять, в чем цель тестирования, в чем он рискует и в чем выигрывает, сделав или не сделав этот анализ,
- Видеть, что ему предоставлена полная информация и свобода выбирать, делать этот анализ или нет.

UNAIDS рекомендует предлагать тест на ВИЧ так, чтобы это предложение ни в коей мере не ущемляло прав человека, и было основано на «трех С»: Секретность, Сеансы консультаций, и Согласие больного.¹⁹

1.4.2 Секретность

Как и при любом другом заболевании, больной должен быть уверен в том, что врачебная тайна относительно его состояния будет сохранена при любых обстоятельствах.

1.4.3 Сеансы консультаций

Во время обсуждения возможности тестирования и первой консультации больного нужно:

- Выяснить, что больной знает и думает о ВИЧ и его взаимосвязи с ТБ;
- Выяснить, нет ли у больного каких-либо клинических признаков, указывающих на инфекцию ВИЧ (Приложение 2);
- Рассказать больному о том, что для него означает подобное тестирование и как делается анализ;
- Рассказать о том, как и когда он получит результат;
- Обсудить, каковы могут быть последствия для больного в случае положительного или отрицательного результатов;
- Рассказать о том, какая есть помощь и лечение, если результат окажется положительным;
- Рассказать о путях распространения ВИЧ и способах предохранения от заражения, если это уместно.

1.4.4 Согласие больного

Согласно установкам UNAIDS, чтобы получить информированное согласие больного, нужно предоставить ему следующий необходимый минимум информации:19

- В чем польза тестирования в плане лечения и профилактики:
 - есть возможность получать терапию
 - знание своего ВИЧ-статуса может облегчить душевное состояние больного
 - положительный результат теста может заставить больного изменить свое поведение
 - возможность снизить риск заражения других.
- То, что он/а сохраняют право отказаться – обследование по инициативе органов здравоохранения должно быть организовано таким образом, чтобы больной всегда имел возможность отказаться от анализа.
- Какие дальнейшие услуги будут ему предложены.

- В случае положительного результата, понимать, что неизбежно придется предупредить о риске заражения тех людей, которые сейчас не подозревают о том, что подвергаются опасности заразиться ВИЧ.
- Если больной отказался от обследования, то во время лечения от ТБ и ухода за этим больным медработник должен:

- выяснить, почему больной не хочет делать анализ,
- постоянно подчеркивать пользу обследования и тот факт, что есть возможность помочь больному в случае положительного результата,
- побуждать больного избегать риска заражения ВИЧ и/или не допустить заражения ВИЧ-инфекцией своего сексуального партнера/-ов.

- Если больной дает согласие на обследование, у него нужно либо на месте взять соответствующие образцы материала на анализ, либо направить его в соответствующее место для анализа, в зависимости от принятого на месте порядка. Больного также нужно предупредить о том, где и когда он/а сможет получить результаты. Если есть возможность экспресс-диагностики, результат можно получить уже через полчаса после сдачи анализа.

NB: См. Приложение 3, примерный сценарий консультации до обследования.

1.4.5 После анализа на ВИЧ

- Результаты нужно выдавать в условиях конфиденциальности, с участием и тактом, независимо от того, положительные они или отрицательные.
- Если результат анализа отрицателен, нужно рассказать больному о том, как он/а может защитить себя от инфекции и оставаться ВИЧ-отрицательным до конца жизни. Эти советы нужно время от времени повторять на протяжении всего курса лечения от ТБ.
- Если результат положительный, то в беседах с больным после обследования должны освещаться следующие вопросы:

- как больной может защитить себя и других,

- как практиковать безопасный половой акт, и при необходимости объяснять, как пользоваться презервативами и где их взять,
- какие виды терапии при ВИЧ и других ВИЧ-ассоциированных инфекциях существуют в данной местности,
- эмоциональные, социальные и экономические проблемы,
- какие местные службы могут оказать помощь больному в зависимости от его нужд и желаний,
- необходимость рассказать о своем статусе сексуальному партнеру/ам, побудить их пройти тестирование на ВИЧ, несмотря на возможные негативные последствия, напр, партнер может возлагать вину за случившееся на больного, может оставить его, возможны вспышки жестокости с его стороны и т.д. 21

NB: Иногда бывает невозможно или неуместно обсудить все насущные вопросы за одну беседу. Сеансы консультаций после обследования должны продолжаться в течение всего курса лечения от ТБ, и после его завершения, если их берется осуществлять та служба, к которой перейдет ответственность по уходу за больным после завершения ТБ терапии (см эталон VII.2). См. также Приложение 3, примерный сценарий консультаций после обследования.

- Направление больного к соответствующим службам поддержки по согласованию с больным.
- Ясное, правильное и своевременное занесение результатов в документацию согласно имеющимся правилам.

1.5 Результат

Обследование на ВИЧ предлагается в соответствии с согласованными правилами, соблюдение которых контролируется. Больные с положительным результатом получают соответствующую помощь и доступную в данной местности терапию, больные с отрицательным результатом получают соответствующую помощь и советы, как сохранить свой отрицательный статус.

2. Эталон: уход за больными сочетанной инфекцией ТБ и ВИЧ

При правильной терапии больной ТБ, инфицированный ВИЧ, имеет такие же шансы полностью выздороветь от ТБ, как и не

инфицированный ВИЧ больной* . Главное – это эффективно лечить ТБ у больного, чтобы дать ему наилучшую возможность поправиться.¹⁵ При наличии соответствующей помощи, заботы и лечения любой ВИЧ-положительный больной может сохранить здоровье в хорошем состоянии.

2.1 Определение эталона

Больной получает химиопрофилактику от наиболее типичных оппортунистических инфекций, поддержку и информацию о том, как сохранить здоровье, будучи ВИЧ-инфицированным, а также, при необходимости, курс антиретровирусной терапии, на протяжении всего курса лечения от ТБ, а затем переводится в другие службы, где получает постоянный уход.

2.2 Логическое обоснование

2.2.1 Лечение от ТБ

В первую очередь больной должен получать противотуберкулезное лечение правильно назначенным стандартным режимом химиотерапии, поскольку оставленный без лечения ТБ может быстро стать смертельным для ВИЧ-инфицированных.

2.2.2 Профилактика других инфекций

Инфицированные ВИЧ люди легко подвержены заражению целым рядом инфекций: дыхательных путей, желудочно-кишечных, кожных покровов и слизистых оболочек, неврологических и передающихся половым путем.¹⁷ Чтобы снизить риск заражения некоторыми простыми бактериальными инфекциями, а также инфекциями, более часто ассоциируемыми с ВИЧ-инфекцией, используются определенные профилактические меры, такие как назначение химиопрофилактики котримоксазолом всем ВИЧ-инфицированным больным ТБ.¹⁵ Химиопрофилактику рекомендуется начинать через 2 недели после начала противотуберкулезной терапии, поскольку и то, и другое лечение может вызвать сходные побочные реакции, такие как кожная сыпь и гепатит. Химиопрофилактику следует также назначать до начала АРТ, если рассматривается возможность таковой.

* Оранжевое Руководство Глава III.B.1

От инфекций также можно защищаться и практическими мерами, такими как соблюдение правил личной гигиены, особенно мытье рук, кипячение питьевой воды и защищенный половой акт.

2.2.3 Антиретровирусная терапия

Лечение с помощью антиретровирусных препаратов (АРВ) не является срочной мерой, и, прежде чем начать лечение больного АРТ, следует сначала применить другие меры по уходу за ВИЧ-инфицированными больными. Цель АРТ – сохранить или восстановить иммунную функцию больного путем подавления вируса, что, в свою очередь, ослабляет чувствительность больного к ВИЧ-ассоциированным болезням.

2.2.4 Решение о начале АРТ

Если есть возможность АРТ, больного с ВИЧ-инфекцией можно готовить к началу АРТ в зависимости от тяжести состояния. ВОЗ разработала систему определения степени тяжести состояния с использованием таких индикаторов как уровень иммунного подавления на основе количества клеток CD4 (если есть возможность анализа) или наличия других ВИЧ-ассоциированных заболеваний, чтобы помочь решить, когда именно начинать больному АРТ.¹⁶ «Поскольку для предотвращения развития лекарственной устойчивости и неудачного исхода лечения требуются очень высокие показатели соблюдения режима лечения, крайне важно начинать лечение больного только после того, когда ему подробно объяснят, какие могут быть побочные эффекты препаратов, каковы правильные дозировки лекарств и почему так важно строго соблюдать инструкции по режиму лечения»¹⁵

2.2.5 Как важно соблюдать режим лечения при АРТ

Нужно приложить все усилия к тому, чтобы как можно лучше помочь больному придерживаться режима лечения. Для того, чтобы АРТ была эффективной, от больного требуется во что бы то ни стало выполнять все указания. Одно из научных исследований (Патерсон и соавторы) сделало вывод о том, что если больной примет более 95% всех предписанных ему АРВ препаратов, то получит 80% шанс остановить размножение вируса в организме. Если же больным принято лишь 80% от всей предписанной дозировки, этот показатель падает до 20%.²²

2.2.6 Потенциальные осложнения

Если одновременно с противотуберкулезными принимать также антиретровирусные препараты (АРВ), то их взаимное действие может быть настолько сильным, что больной не сможет их переносить, помимо этого, большое количество лекарств на прием может стать препятствием к соблюдению режима лечения, и вызвать обострение ТБ по мере восстановления иммунной системы.¹⁵ Также может быть проблема с эффективностью некоторых АРВ препаратов в сочетании с рифампицином из-за их взаимного действия.

В идеале, АРТ нужно начинать только после того, как противотуберкулезная терапия была успешно завершена. Однако, если больной в очень тяжелом состоянии, одновременная АРТ может быть необходима. В таких случаях следует задействовать таких медработников, у которых есть опыт работы и с ТБ больными, и с ВИЧ-инфицированными больными, поскольку они смогут вовремя выявлять возможные осложнения и правильно с ними справиться.

2.2.7 Профилактика распространения ВИЧ

Каждому больному с положительным результатом на ВИЧ нужно рассказать, как предотвращать распространение этой инфекции. Больному нужно советовать практиковать безопасный секс и избегать рискованных форм поведения, таких как, например, пользование одной иглой, если больной – инъекционный наркоман.

Распространению ВИЧ среди больных в учреждениях здравоохранения можно помешать, если строго следовать правилам стерилизации медицинских, хирургических и стоматологических инструментов, а также в общем сократить применение инъекций. Очень редко может случиться так, что персонал заражается посредством нечаянных уколов иглами или другими «колющими» инструментами. Однако и этой опасности можно избежать, если следовать всем инструкциям техники безопасности и избавляться ото всех «колющих» предметов в соответствии с правилами, принятыми на местах.¹⁷

2.2.8 Постоянная психологическая поддержка и внимание

Когда больной узнает, что помимо ТБ, он еще и инфицирован ВИЧ, это известие может оказаться для него очень тяжелым ударом. Важно правильно оценивать душевное состояние больного и реагировать

так, чтобы больной начал доверять службе и ее советам. Нужно будет обсудить с больным необходимость раскрыть секрет своего ВИЧ-статуса близким людям, но зачастую есть смысл это делать не сразу, а постепенно, с течением времени, чтобы дать больному возможность привыкнуть к своему диагнозу и разобраться в том, что это заболевание значит.

2.2.9. Оценка информационных потребностей больного

Важно, чтобы больной получил объем информации, достаточный для того, чтобы помочь ему/ей вернуть здоровье. Потребуется обсудить с ним множество проблем, однако важно правильно распределить эти сведения по времени, потому что больному будет трудно воспринимать большие объемы информации, когда он находится в состоянии стресса. Нужно оценивать потребности впервые выявленного больного ТБ с сочетанной инфекцией в информации о ВИЧ таким же образом, как и его потребности в информации о ТБ (см Эталон IV.1). Нельзя считать, что больной автоматически воспримет и запомнит, все, что ему скажут, поэтому нужно постоянно проверять, насколько правильно больной вас понял и побуждать его/ее задавать вопросы.

2.2.10 Связь с другими службами

У такого больного наверняка будет масса потребностей, которые может быть легче удовлетворять с помощью других служб и организаций за пределами данной административной единицы. Больному нужно рассказать о том, какие организации существуют в данной местности и куда он/а может обратиться за помощью. Однако официально направлять куда-либо больного можно только с его ясно выраженного согласия, поскольку чтобы больной мог доверять службе, она должна строго соблюдать конфиденциальность во всем, что его касается.

2.2.11 Документация

Чтобы отслеживать динамику лечения и прогресс каждого больного, нужно правильно, аккуратно и своевременно заполнять всю соответствующую документацию. Сведения о больных сочетанной инфекцией нужно записывать по форме, определенной государственными инструкциями и протоколами.

2.3 Ресурсы

- Планы, инструкции и директивы относительно лечения и ухода за больными сочетанными патологиями, совместно разработанные и утвержденные ГПБС и ГПП. Сюда же включаются указания по ведению документации на таких больных.
- Персонал, компетентный в лечении и уходе за больными ТБ и ВИЧ-инфицированными.
- Медсестринский и врачебный уход после завершения ТБ терапии с помощью персонала, который имеет опыт работы с обеими этими патологиями.
- Помещение, достаточное для соблюдения условий конфиденциальности.
- Постоянный запас и условия для хранения препаратов и лабораторных материалов для лечения и контроля за ТБ и типичных ВИЧ-ассоциированных инфекций, а также для химиопрофилактики котримоксазолом.
- Санпросвещение в группах, с обширной тематикой, связанной с лечением, безопасным сексом и предотвращением распространения инфекции.
- Доступ к разнообразным местным службам поддержки, которые могут предложить больным дополнительные услуги в зависимости от их нужд.
- Квалифицированный персонал, который имеет доступ к информации – инструкции ВОЗ, IMAI (стратегия ВОЗ «Интегрированное ведение болезней подростков и взрослых»), UNAIDS (Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу).
- Действующие на местах правила контроля за ТБ и ВИЧ в соответствии с рекомендациями ВОЗ 17,23
- Система направления больных в другие учреждения для оказания им постоянной помощи после завершения курса ТБ терапии.

2.4 Профессиональная деятельность

Медработник должен проанализировать состояние больного с сочетанной инфекцией сразу после постановки диагноза ТБ и ВИЧ, и проводить дальнейшую регулярную оценку его состояния на протяжении всего курса лечения. При этом нужно обратить внимание на следующее:

- Насколько правильно больной понимает ТБ и ВИЧ, как происходит заражение и как эти состояния лечат.
- Наличие у больного ВИЧ-ассоциированных заболеваний, требующих или не требующих лечения.
- Готовность больного начать АРТ и его/ее способность соблюдать режим лечения.
- Психологические проблемы, которые могут повлиять на уход или лечение больного.
- Как больной воспринимает необходимость рассказать о своем ВИЧ статусе и ТБ другим людям.
- Побочные эффекты препаратов, наблюдаемые у больного, и какой препарат мог вызвать такую реакцию.

По результатам такого анализа:

- Больному предоставляется нужная ему информация именно тогда, когда больной действительно в ней нуждается и в состоянии ее понять
- Больного с его согласия и в соответствии с его потребностями направляют к соответствующим местным службам и организациям
- Оказывается соответствующая помощь в отношении побочных эффектов препаратов, независимо от того, связаны ли они с противотуберкулезной терапией* или ВИЧ.17
- Если больной на АРТ, требуется регулярная оценка его состояния в отношении следующего:

- любые изменения в состоянии больного, например, прибавка в весе и прекращение оппортунистических инфекций может указывать на положительную динамику; можно также смотреть на показатель количества клеток CD4, если такая возможность имеется.

NB: Медработник должен знать о синдроме иммунной реконституции (СИР), который может обострить течение ТБ, несмотря на то, что состояние иммунной системы улучшается.

- проверить, соответствует ли назначенный режим лечения и дозировки лекарств государственным рекомендациям
- следить за лабораторными показателями согласно местным инструкциям¹⁶

* Оранжевое Руководство Глава III.A.4.4

- убедиться в том, что больной соблюдает режим лечения.

- Принципы помощи больному в соблюдении режима лечения при АРТ и противотуберкулезной терапии одинаковы, а именно: больным постоянно обеспечены бесплатные лекарства, к контролю за лечением привлекаются родственники или добровольцы из населения, больным предоставляется психологическая помощь, коробочки для таблеток или блистерные упаковки, а также по возможности ДОТ, лечение под наблюдением.16
- Медработник соблюдает все имеющиеся на местах инструкции по правильному, аккуратному и своевременному ведению документации.
- Медработник готовит больного к направлению в соответствующее учреждение, в котором больной сможет получать дальнейшее лечение и уход в связи с ВИЧ-инфекцией.

2.5 Результат

Больные сочетанной инфекцией успешно завершают полный курс лечения от ТБ, одновременно получая психологическую помощь, уход и лечение от ВИЧ, и направляются в соответствующие учреждения, где им предоставляется помощь в связи с ВИЧ.

Таблица VIII.1 Замечания относительно АРТ

ВОЗ рекомендует использовать определенные стандартные режимы АРТ первого и второго ряда.16

Любое решение относительно АРТ – когда начинать и какие режимы использовать – должно соответствовать государственным рекомендациям и директивам. АРТ можно начать в любое время между 2 неделями и 2 месяцами после начала противотуберкулезной терапии, т.е. когда становится ясно, что больной хорошо переносит лекарства, в начале фазы продолжения или когда противотуберкулезная терапия закончена.

Список использованной литературы

1. Enarson D A, Rieder H L, Arnadottir T, Trébuq A. Management of tuberculosis: a guide for low-income countries. 5th ed. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2000.
2. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes. 2nd ed. WHO/TB/97.220. Geneva, Switzerland: WHO, 1997.
3. World Health Organization. Operational guide for national tuberculosis control programmes on the introduction and use of fixed-dose combination drugs. WHO/ CDS/TB/2002.308 - WHO/EDM/PAR/2002. Geneva, Switzerland: WHO, 2002.
4. World Health Organization. The Global Plan to Stop TB 2006 - 2015: actions for life towards a world free of tuberculosis. Geneva, Switzerland: WHO, 2006.
5. World Health Organization. Compendium of indicators for monitoring and evaluating national tuberculosis programmes. WHO/HTM/TB/2004.344. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
6. Luthbert J M, Robinson L. The Royal Marsden Hospital Manual of Standards of Care. London, UK: Blackwell Scientific Publications, 1993.
7. Bryar R M, Griffiths J M. Practice development in community nursing: principles and processes. London, UK: Arnold, 2003.
8. Griffiths J M, Leeming A, Bryar R M. Chapter 5: Evaluating developments in practice In: Bryar R M, Griffiths J M, eds. Practice development in community nursing: principles and processes. London, UK: Arnold, 2003.
9. World Health Organization, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Royal Netherlands Tuberculosis Association. Revised international definitions in tuberculosis control. Int J Tuberc Lung Dis 2001; 5: 213-215.

10. Enarson P, Enarson D A, Gie R. Management of the child with cough or difficulty breathing: a guide for low-income countries. 2nd ed. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, 2005.
11. Donovan J, Blake R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med* 1992; 34: 507-513.
12. Rieder H L. Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7 (Suppl 3): S333-S336.
13. Crofton J, Horne N, Miller F. *Clinical Tuberculosis*. London, UK: TALC/The Macmillan Press Ltd, 1999.
14. World Health Organization. Management of tuberculosis training for health facility staff. C: Treat TB patients. WHO/CDS/TB/2003.313c. Geneva, Switzerland: WHO, 2003.
15. Fujiwara P I, Clevenbergh P, Dlodlo R A. Management of adults living with HIV/ AIDS in low-income, high-burden settings, with special reference to persons with tuberculosis. *Int J Tuberc Lung Dis* 2005; 9: 946-948.
16. World Health Organization. Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: treatment guidelines for a public health approach. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
17. World Health Organization. TB/HIV: a clinical manual. 2nd ed. WHO/HTM/ TB/2004.329. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
18. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Report: Consultative meeting on HIV testing and counselling in the Africa Region. UNAIDS/05.07E. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2004.
19. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Policy statement on HIV testing. Geneva, Switzerland: UNAIDS, 2004.
20. Granich R, Binkin N J, Jarvis W R, et al. Guidelines for the prevention of tuberculosis in resource-limited settings. WHO/CDS/TB/99.269. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1999.

21. World Health Organization. Chronic HIV care with ARV therapy: integrated management of adolescent and adult illness - interim guidelines for first-level health workers. WHO/CDS/IMAI/2004.2. Geneva, Switzerland: WHO, 2004.
22. Paterson D L, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and results in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133: 21-30.
23. World Health Organization. Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings. WHO/TB/99.269. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.

Список рекомендуемой литературы

1. Macq J C M, Theobald S, Dick J, Dembele M. An exploration of the concept of directly observed treatment (DOT) for tuberculosis patients: from a uniform to a customised approach. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003 7: 103-109.
2. Palacios E, Guerra D, Llaro K, et al. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: 343-346.
3. Pratt R J, Grange J M, Williams V G. *Tuberculosis: a foundation for nursing and healthcare practice*. London, UK: Arnold, 2005.
4. World Health Organization. What is DOTS: a guide to understanding the WHO- recommended TB control strategy known as DOTS. WHO/CDS/TB/99.270. Geneva, Switzerland: WHO, 1999.
5. World Health Organization. WHO Report 2005. Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO/HTM/TB/2005.349. Geneva, Switzerland: WHO, 2005.

Приложение 1. Инструмент применения

Эталон.....

 Руководитель.....Дата.....

	Кого нужно привлечь? Главные участники	Какие нужны ресурсы? Материалы/время/ помещения	Кто что делает? Какие действия и кто их предпринимает?	Ожидаемая дата завершения?
Изучить и согласовать эталон в соответствии с местными условиями				
Оценить существующую практику и выявить отклонения (каие изменения нужно сделать, чтобы соответствовать эталону)				
Разработать план действий				

	Кого нужно привлечь? Главные участники	Какие нужны ресурсы? Материалы/время/ помещения	Кто что делает? Какие действия и кто их предпринимает?	Ожидаемая дата завершения?
Произвести изменения				
Оценить клиническую практику на соответствие эталонам				
Оценить, где требуются изменения				

Приложение 2: Клинические признаки сочетанной инфекции ВИЧ у больных ТБ

Анамнез	<p>Инфекция, передающаяся половым путем (ИППП)</p> <p>Опоясывающий герпес, от которого часто остаются шрамы</p> <p>Недавно перенесенная или постоянно повторяющаяся пневмония</p> <p>Тяжелые бактериальные инфекции (синусит, бактериемия, пиомиозит)</p> <p>Недавно перенесенный ТБ</p>
Симптомы	<p>Потеря веса (более 10 кг или более 20% от первоначального веса)</p> <p>Диарея (дольше 1 месяца)</p> <p>Загрудинная боль при глотании (указывает на кандидомикоз пищевода)</p> <p>Жжение в ступнях (периферийная сенсорная невропатия)</p>
Признаки	<p>Шрам от опоясывающего герпеса</p> <p>Зудящая папулезная кожная сыпь</p> <p>Саркома Капоши</p> <p>Симметричное генерализованное увеличение лимфатических узлов</p> <p>Кандидамикоз полости рта</p> <p>Ангулярный хейлит (заеда)</p> <p>Волосистая лейкоплакия полости рта</p> <p>Некротизирующий гингивит</p> <p>Массивное ящурное изъязвление</p> <p>Персистирующее болезненное изъязвление области гениталий</p>

Приложение 3: Примерный сценарий консультаций до и после обследования на ВИЧ*

Примерный сценарий консультации до обследования

ВИЧ-инфекция часто встречается у больных ТБ в Наша клиника предлагает всем больным ТБ пройти обследование на ВИЧ, потому что те, кто знают свой ВИЧ-статус, имеют ряд преимуществ. В их числе:

- Гарантированный уход и помощь ВИЧ-инфицированным с реальной возможностью улучшить их состояние, если окажется, что Вы инфицированы
- Профилактика заражения других людей ВИЧ
- Направление к службам профилактики заражения детей от матерей (если речь идет о женщине)
- Возможность планировать свое будущее.

Чтобы Вы получили возможность воспользоваться нужными Вам услугами, важно знать, есть ли у Вас ВИЧ или нет. Поэтому во время Вашего сегодняшнего посещения, если Вы не возражаете, Вам будет сделан анализ на ВИЧ. Есть ли у Вас ко мне вопросы по этому поводу?

**Примерный сценарий консультации после обследования
(результат отрицательный)**

У Вас отрицательный результат на ВИЧ. Важно сохранить этот отрицательный результат на всю жизнь. ВИЧ-инфекция часто встречается среди нашего населения. Вы должны избегать незащищенных половых актов с теми, кто является носителем ВИЧ или не знает о своем ВИЧ-статусе. Иногда у супругов могут быть разные результаты анализов на ВИЧ. Вы сказали раньше, что женаты. Проверялась ли Ваша жена на ВИЧ? (Предположим, больной не знает). В таком случае я предлагаю вам вместе сходить в, чтобы с Вашей женой там поговорили и сделали анализ на ВИЧ. Если она не заражена ВИЧ, вы можете спокойно продолжать супружеские отношения, не забывая, конечно, о соблюдении верности друг другу. Если Ваша жена окажется носителем ВИЧ, вы должны защищать себя от заражения и всегда пользоваться презервативом. Мы советуем воздержаться от близких отношений с женой до тех пор, пока вы не узнаете о результатах анализа. У нас в клинике есть бесплатные презервативы, пользуйтесь на здоровье. Надеюсь, ко времени Вашего следующего посещения Ваша жена уже пройдет обследование, и мы сможем еще раз обсудить эту тему. Есть ли у Вас ко мне вопросы?

**Примерный сценарий консультации после обследования
(положительный результат)**

Я знаю, как тяжело слышать такой результат - узнать, что у тебя ВИЧ. Совершенно естественно, что Вы сейчас ошеломлены и подавлены. Чтобы справиться с таким ударом нужно время, но я не сомневаюсь, что рано или поздно Вы привыкнете к своему состоянию и научитесь с ним справляться. Наша клиника сделает все, чтобы Вам в этом помочь. Обычно людям становится легче, когда есть возможность выговориться кому-нибудь о своих проблемах. Есть ли у Вас кто-то, с кем Вы можете поговорить о том, что случилось с Вами сегодня?

Помимо дружеской поддержки Вам потребуется и лечение, с его помощью Вы почувствуете себя лучше, несмотря на то, что у Вас и ТБ, и ВИЧ. В нашей клинике Вам сделают и другие анализы на ВИЧ, такие как подсчет CD4. Как Вы знаете, ВИЧ-инфекция передается половым путем. Поэтому так важно, чтобы Ваш муж тоже прошел обследование на ВИЧ. Как Вы думаете, может быть он согласится сопровождать Вас на следующий прием? Поскольку Вы получаете лечение от ТБ в этой клинике, мы можем помочь всем членам Вашей семьи пройти обследование на эти два заболевания. Есть ли у Вас к мне вопросы?

** Взято из практики медработников ряда областей Зимбабве, основано на материалах, разработанных CDC (Centers for Disease Control and Prevention. Diagnostic HIV Counseling and testing in TB clinical settings. Atlanta, GA, USA: CDC, 2005.*

ISBN: 2-914365-28-4