

ОБРАЗЦОВАЯ ПРАКТИКА УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*Руководство для стран
с низким уровнем дохода*

Второе издание
2017

Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких

ОБРАЗЦОВАЯ ПРАКТИКА УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Руководство для стран
с низким уровнем дохода

Второе издание

2017

Коллектив авторов второго издания

Джини Уилльямс (Gini Williams)

Керри Тюдор, Международный совет медицинских сестер (Carrie Tudor,
International Council of Nurses)

Сиринафа Джиттимане (Sirinapha Jittimanee), Министерство
здравоохранения Таиланда

Эвита Бирауа (Evita Biraua), Государственный департамент по туберкулезу и
болезням легких, Латвия

Паула Фухивара (Paula I. Fujiwara), Союз

Риитта Длодло (Riitta Dlodlo), Союз

Раджита Бхавараджу (Rajita Bhavaraju), Медицинская школа университета
Рутгерса в Нью Джерси, Глобальный институт туберкулеза (New Jersey
Medical School Global Tuberculosis Institute at Rutgers)

Энн Рафтери (Ann Raftery), Международный центр по туберкулезу,
университет Калифорнии, Сан Франциско (International Tuberculosis Center,
University of California, San Francisco)

При участии

Бесценный вклад в разработку данного пособия внесли:

Участники Рабочей группы по образцовой практике в рамках секции медицинских сестер и профессионалов смежных специальностей при Международном союзе борьбы с туберкулезом и болезнями легких («Союз»)

Международный совет медицинских сестер (МСМ)

Данная публикация появилась на свет благодаря поддержке Международного союза борьбы с ТБ и болезнями легких («Союз») в рамках Соглашения о сотрудничестве с Центрами контроля и профилактики заболеваний США под номером 5U52PS004641-02 и средствам гранта United Way Worldwide, любезно предоставленным Фондом Лилли Международному совету медицинских сестер от имени Партнерства Лилли по борьбе с МЛУ ТБ.

Настоящее издание подготовлю к публикации и издано Ассоциацией медицинских сестер России в рамках проекта «Совершенствование сестринской помощи пациентам с туберкулезом и МЛУ туберкулезом»

В рамках проекта РАМС изданы также «Руководящие принципы ТБ контроля для медсестер в системе ухода и лечения больных туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью», «Инструмент сестринской практики: Сестринская оценка и организация ухода за пациентами, испытывающими побочные эффекты при лечении лекарственно устойчивого ТБ».

Информация об изданиях доступна на веб-сайте РАМС: www.medsestre.ru

ISBN: 979-10-91287-17-3

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	6
1 ВВЕДЕНИЕ.....	7
2 ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗЦОВОЙ ПРАКТИКИ: КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДАННЫМ РУКОВОДСТВОМ	10
2.1 Введение стандарта	10
2.2 Развитие системы стандартов образцовой практики в области ухода за больными ТБ.....	10
2.3 Клинический аудит.....	13
2.4 Оценка качества помощи, оказываемой пострадавшим от ТБ	16
2.5 Совершенствование практики оказания помощи как способ проведения операционных исследований	17
3 ВЫЯВЛЕНИЕ СЛУЧАЯ АКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТБ	18
3.1 Стандарт: Осмотр больного с подозрением на ТБ	18
3.1.1 Формулировка стандарта	18
3.1.2 Логическое обоснование	18
3.1.3 Ресурсы.....	23
3.1.4 Профессиональная деятельность	24
3.1.5 Результат	25
3.2 Стандарт: Сбор мокроты в диагностических целях	25
3.2.1 Формулировка стандарта.....	25
3.2.2 Логическое обоснование.....	25
3.2.3 Ресурсы	27
3.2.4 Профессиональная деятельность	28
3.2.5 Результат.....	30
4 НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ: ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ, ИХ СЕМЬЯМ И БЛИЗКОМУ ОКРУЖЕНИЮ	31
4.1 Стандарт: Постановка на учет и помощь впервые выявленным больным ТБ	32
4.1.1 Формулировка стандарта.....	32
4.1.2 Логическое обоснование	32
4.1.3 Ресурсы.....	36
4.1.4 Профессиональная деятельность	37
4.1.5 Результат	41
4.2 Стандарт: Начало лечения – организация терапии под непосредственным наблюдением (DOT) в интенсивной фазе.....	41
4.2.1 Формулировка стандарта	41
4.2.2 Логическое обоснование.....	41
4.2.3 Ресурсы	42
4.2.4 Профессиональная деятельность.....	45
4.2.5 Результат.....	45

4.3 Стандарт: Отслеживание и обследование контактов	45
4.3.1 Формулировка стандарта.....	45
4.3.2 Логическое обоснование.....	45
4.3.3 Ресурсы	47
4.3.4 Профессиональная деятельность	48
4.3.5 Результат.....	49
5 УХОД НА ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЕ ЛЕЧЕНИЯ: КАК ДОБИТЬСЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ.....	50
5.1 Стандарт: Уход и наблюдение за больным.....	50
5.1.1 Формулировка стандарта.....	50
5.1.2 Логическое обоснование	50
5.1.3 Ресурсы.....	53
5.1.4 Профессиональная деятельность	58
5.1.5 Результат	60
5.2 Стандарт: Поиск пациентов, не явившихся в назначенное время (перерывы в лечении)	60
5.2.1 Формулировка стандарта.....	61
5.2.2 Логическое обоснование.....	61
5.2.3 Ресурсы	62
5.2.4 Профессиональная деятельность	62
5.2.5 Результат.....	65
6 УХОД НА ПРОДОЛЖАЮЩЕЙ ФАЗЕ.....	66
6.1 Стандарт: Оценка состояния пациента во время перехода от интенсивной к продолжающей фазе лечения	66
6.1.1 Формулировка стандарта.....	66
6.1.2 Логическое обоснование	66
6.1.3 Ресурсы.....	67
6.1.4 Профессиональная деятельность	67
6.1.5 Результат	69
6.2 Стандарт: Ведение больного на продолжающей фазе	69
6.2.1 Формулировка стандарта	69
6.2.2 Логическое обоснование.....	69
6.2.3 Ресурсы	70
6.2.4 Профессиональная деятельность.....	71
6.2.5 Результат.....	72
6.3 Стандарт: Организация перевода пациента в другое лечебное учреждение.....	72
6.3.1 Формулировка стандарта.....	72
6.3.2 Логическое обоснование.....	72
6.3.3 Ресурсы	73
6.3.4 Профессиональная деятельность	73
6.3.5 Результат.....	74

7 ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТБ / ВИЧ	75
7.1 Стандарт: Обследование на ВИЧ	75
7.1.1 Формулировка стандарта	75
7.1.2 Логическое обоснование.....	76
7.1.3 Ресурсы	77
7.1.4 Профессиональная деятельность.....	78
7.1.5 Результат.....	80
7.2 Стандарт: Уход за пациентом с сочетанной патологией ТБ и ВИЧ.....	80
7.2.1 Формулировка стандарта.....	81
7.2.2 Логическое обоснование.....	81
7.2.3 Ресурсы.....	83
7.2.4 Профессиональная деятельность	83
7.2.5 Результат	85
Список использованной литературы.....	86
ПРИЛОЖЕНИЕ 3: Клинические признаки сочетанной инфекции ВИЧ у больных с ТБ.....	92
ПРИЛОЖЕНИЕ 4: Примерный сценарий бесед до и после обследования на ВИЧ	93

Список сокращений

КУБ	кислотоустойчивые бактерии
АРТ	антиретровирусная терапия
АРВ	антиретровирусные препараты
ГМУ	головное медицинское учреждение
CDC	Центры контроля и профилактики заболеваний США
ПКТ	профилактика ко-тримаксазолом
СД	сахарный диабет
DOT	терапия под непосредственным наблюдением
DOTS	краткосрочный курс химиотерапии под непосредственным наблюдением
ЛУ ТБ	лекарственно-устойчивый туберкулез
ЛЧ ТБ	лекарственно-чувствительный туберкулез
ТЛЧ	тестирование на лекарственную чувствительность
МР	медработник
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
МСМ	Международный совет медицинских сестер
ИМАИ	интегрированное ведение болезней подростков и взрослых
ПЛИ	профилактическое лечение изониазидом
ВСВИС	воспалительный синдром восстановления иммунной системы
ЛРА	анализ олигонуклеотидными зондами
ЛТИ	латентная туберкулезная инфекция
МЛУ ТБ	туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью
ГПП	государственная противотуберкулезная программа
ГПБС	государственная программа борьбы со СПИДом
ВИЧ ТКИМ	ВИЧ-тестирование и консультирование по инициативе медработника
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИД
СИЗ	средства индивидуальной защиты
РУ ТБ	рифампициноустойчивый туберкулез
ТБ	туберкулез
Союз	Международный союз борьбы с туберкулезом и болезнями легких
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ШЛУ ТБ	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью

1 ВВЕДЕНИЕ

Данное пособие предназначено для работников здравоохранения, которые выявляют и лечат больных, зараженных микобактерией туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis* (ТБ) в учреждениях здравоохранения первичного звена и в условиях специализированной амбулаторной и неотложной (стационарной) помощи. Высокое качество сестринского ухода за больными – верный способ улучшить результаты противотуберкулезной программы, более того – теперь это и способ достигнуть новые, ориентированные на благо человека цели, изложенные в «Глобальном плане по ликвидации ТБ: сдвиг парадигмы на 2016–2020¹ – “охватить помощью 90 % всех, кто нуждается в противотуберкулезном лечении, включая 90 % людей из наиболее незащищенных групп населения, и добиться по меньшей мере 90 % эффективности лечения.”¹ Данное пособие в полной мере согласуется с заявленным в Глобальном плане акцентом на пациент-ориентированную и основанную на соблюдении прав человека помощь и предлагает практические меры достижения поставленных целей.

В руководстве дается подробное описание образцовой практики оказания комплексной медицинской помощи и психосоциальной поддержки людям, которые обращаются в службы здравоохранения с симптомами заболевания, начиная с различных этапов диагностики и вплоть до завершения лечения, если выявлен случай активного заболевания. Термин «ТБ» используется для обозначения всех видов заболеваний ТБ с любой степенью устойчивости микобактерии, если не указано иначе. Во втором издании дается больше информации о лекарственно-устойчивых формах ТБ (ЛУ ТБ), однако уход за такими больными по-прежнему основан на принципах ориентации на больного, а не на болезнь. Длительность и тяжесть заболевания в данном случае роли не играет, так как потребности каждого больного в уходе должны рассматриваться индивидуально.

В основе данного пособия лежит уже существующий передовой опыт ухода за больными, создавался документ в тесном сотрудничестве с медсестрами, работающими в самых разнообразных обстоятельствах, но его содержание предназначено в основном тем, кто работает в условиях ограниченных ресурсов. Руководство основано на точке зрения сотрудников Союза, а также сообщества медсестер и профессионалов смежных специальностей из числа членов Союза. Образцовая практика представлена в виде набора стандартов (эталонов), которые можно видоизменить в соответствии с местными условиями служб здравоохранения стран с низким и средним уровнем дохода. Эффект от применения стандартов рекомендуется оценивать в форме измеримых показателей. Каждый стандарт соответствует важному этапу диагностики или лечения ТБ больного, основан на стратегиях противотуберкулезной помощи, рекомендуемых Союзом^{2,3} и режимах терапии, рекомендуемых Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для лечения лекарственно-чувствительного и лекарственно-устойчивого ТБ.^{4,5} На всем протяжении руководства читатели отсылаются за соответствующей информацией к двум другим пособиям Союза: *Лечение туберкулеза: руководство по основам образцовой терапевтической практики, 6-е издание, 2010* (известное как «Оранжевое руководство») и *Рекомендации по клиническому и организационному ведению больных лекарственно-устойчивым туберкулезом, 2013*» (известное как «Руководство по ЛУ

ТБ»³ Другие важные источники перечислены в конце пособия, все они соответствуют стратегиям, рекомендованным к использованию во всем мире.

В «Глобальном плане»¹ изложен пятилетний план поддержки внедрения стратегии ВОЗ по ликвидации ТБ на 2016–2035.⁶ Первое издание данного пособия руководствовалось стратегией борьбы с туберкулезом, разработанной Союзом и официально принятой ВОЗ под аббревиатурой «ДОТС» – краткосрочный курс химиотерапии ТБ под непосредственным наблюдением. Данное второе издание написано в соответствии со стратегией ликвидации ТБ⁶, принятой на Всемирной ассамблее здравоохранения в 2014 году, и хотя в нем по-прежнему соблюдаются принципы стратегии ДОТС (1994–2005) и стратегии «Остановить ТБ» (2006–2015), подход к тому, что требуется сделать, чтобы добиться долгосрочных и стабильных успехов противотуберкулезного контроля, несколько расширен. Стратегия ликвидации ТБ разворачивается в трех главных направлениях:⁶

1. Комплексная медицинская помощь, уход и профилактика заболеваний, ориентированные на больного
2. Решительная политика и дополнительные системы поддержки
3. Усиленная научно-исследовательская работа и инновации.

Поскольку в данном пособии речь идет о непосредственной помощи пациенту, начиная с периода до постановки диагноза вплоть до завершения курса лечения, главное внимание уделено первым трем компонентам первого направления (Таблица 1). В первом издании уже говорилось о важности пациент-ориентированного подхода к оказанию помощи больному, поэтому большая часть изначального текста осталась актуальной и не подверглась существенной правке. Основная масса изменений была сделана в связи с появлением новых сведений и разработок в области современной диагностики и лечения, а также в связи с новой эпидемиологической картиной заболевания и, в частности, ростом заболеваемости ЛУ ТБ. Также больше внимания уделяется вопросам профилактики распространения инфекции на всех этапах оказания помощи.

Таблица 1: Стратегия ликвидации ТБ – Направление 1: Комплексная медицинская помощь, пациент-ориентированный уход и профилактика заболеваний – четыре компонента⁶

- А. Ранняя диагностика туберкулеза, включая всеобщий охват тестированием на лекарственную чувствительность возбудителя и систематическое обследование контактов и групп повышенного риска заражения
- В. Лечение всех больных туберкулезом, включая больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью, а также психосоциальная поддержка больных во время лечения
- С. Сотрудничество между службами лечения больных туберкулезом и ВИЧ, лечение сопутствующих заболеваний
- Д. Профилактическое лечение лиц из групп повышенного риска заражения, а также вакцинация от туберкулеза

Обеспечение контроля качества

Данное пособие построено на применении известной системы обеспечения качества медицинской помощи, а именно – введении стандартов качества медицинской помощи, основанных на существующих научных и практических данных, которые предлагаются в форме конкретного руководства по уходу за больными в контексте стратегии ДОТС для стран с низким уровнем дохода. **Оно базируется на данных, собранных специалистами на местах и разработано в сотрудничестве с медработниками, которые и будут пользоваться пособием в своей практике.** Если вы работаете там, где ресурсов больше, то эти стандарты можно соответственно видоизменить и включить в них доступные вам возможности диагностики и лечения.

О том, как повысить качество ухода с помощью введения стандартов и клинического аудита, рассказано в Главе 2, там же предлагается инструкция, как применять стандарты качества на практике. В данном издании мы учли замечания и предложения, которые поступали по результатам ежегодных совещаний Рабочей группы по образцовой практике Секции медсестер и профессионалов смежных специальностей при Союзе, проводившихся на ежегодных международных конференциях Союза по здоровью легких, а также советы и рекомендации медсестер-инструкторов, которые пользовались данным руководством для курсов каскадного обучения в рамках проекта борьбы с ТБ Международного совета медицинских сестер (МСМ) в 17 разных странах.⁸

2 ОРГАНИЗАЦИЯ ОБРАЗЦОВОЙ ПРАКТИКИ: КАК ПОЛЬЗОВАТЬСЯ ДАННЫМ РУКОВОДСТВОМ

Данное руководство задумывалось в качестве инструмента развития практической, образовательной и научной деятельности, что, в свою очередь, служит дальнейшему развитию научно-обоснованной помощи людям, пострадавшим от туберкулеза. Цель – улучшить качество помощи больным посредством применения хорошо известной системы задания стандартов качества и клинического аудита, которая достаточно успешно развита именно в сестринском деле. Данные стандарты помощи разработаны для тех, кто ежедневно осуществляет непосредственный уход за больными, и могут быть использованы каждым медработником индивидуально. Этим наши стандарты отличаются от Международных стандартов оказания противотуберкулезной помощи, которые более теоретичны и состоят в основном из формулировок стандартов и обоснования необходимости их применения.⁹

2.1 Введение стандарта

В контексте медсестринской работы стандарты качества полезны тем, что в них объясняется – что именно должно быть достигнуто на разных этапах оказания помощи больному и его близким. Стандарт дает возможность планировать уход за больным в соответствии с имеющейся информацией (включая научные данные и должностные инструкции), местными условиями и доступными ресурсами. Он также позволяет объективно выяснить, каких измеримых результатов удалось достичь.

Очень важно, чтобы «уровни соответствия» стандартам определялись на местах в зависимости от конкретных условий, ведь стандарты задумывались для того, чтобы ими, с одной стороны, пользовались в качестве эталона, с другой стороны – приспосабливали к своим конкретным условиям работы. Они не должны быть «навязаны сверху», они должны исходить из реальных условий, и в то же время их использование следует поощрять, ибо это признак профессионализма.¹⁰ Стандарты, которые даются в руководстве, подходят для применения в странах с низким уровнем дохода, но те же самые принципы можно использовать и для разработки дополнительных стандартов там, где достаточно ресурсов для более широкого спектра диагностических и лечебных возможностей.

В данном руководстве использован классический формат задания стандартов помощи, впервые использованный в больнице Марсден¹⁰ – формулировка стандарта, его логическое обоснование, необходимые ресурсы, виды профессиональной деятельности и результаты (Таблица 2.1). Такая структура позволяет ввести стандарт в соответствии с имеющимися объективными данными, подходящий для применения в конкретных условиях.

2.2 Развитие системы стандартов образцовой практики в области ухода за больными ТБ

Стандарты, представленные в данном руководстве, основаны на примерах передовой практики там, где распространен ТБ. Они были разработаны совместно с опытными медсестрами, которые занимаются уходом за больными ТБ и координируют меры

профилактики и оказания комплексной помощи больным ТБ. Их цель – дать тем, кто занимается предоставлением помощи больным ТБ в странах с низким уровнем дохода или в условиях дефицита ресурсов, реалистичное представление о том, что можно и нужно сделать для пострадавших от ТБ.

Особое внимание уделяется правильному ведению документации, которая очень важна и для оказания высококачественной помощи больному, и для руководства противотуберкулезной помощью посредством ежеквартальных отчетов. Каждый стандарт имеет измеримый результат, который следует формулировать в соответствии с местными условиями и регулярно проверять в рамках контроля качества.

Таблица 2.1: Формат, использованный больницей Марсден для введения стандарта качества помощи¹⁰

Компонент	Определение
Стандарт	Ясная и краткая формулировка, определяющая объем помощи больным с определенной проблемой или потребностью.
Логическое обоснование	Какая именно помощь нужна на основании имеющихся данных по проблеме и в каком объеме ее следует оказать.
Ресурсы	<p>Что требуется для того, чтобы оказать помощь на заданном уровне:</p> <p>Люди</p> <ul style="list-style-type: none"> • Какие знания и умения требуются от медработников • Есть ли возможность получить нужные практические и теоретические навыки и знания • Есть ли возможность задействовать семью больного, группы самоподдержки больных и организации гражданского общества, в зависимости от индивидуальных потребностей и предпочтений пациента • Каких специалистов других профилей нужно привлечь • Роль и функции руководства в отношении выполнения необходимых условий. <p>Оборудование и расходные материалы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наличие требуемых специальных и неспециальных средств • Наличие печатных материалов для пациентов и тех, кто им помогает • Средства защиты • Инструкции и процедуры для персонала. <p>Обстановка</p> <ul style="list-style-type: none"> • Среда, в которой находится пациент (напр., есть ли возможность для больного побыть одному, можно ли его изолировать, и проч)

Компонент	Определение
	<ul style="list-style-type: none"> • Среда, в которой находится персонал (напр, есть ли место для клинической и административной работы, хранения материалов, и проч).
Виды профессиональной деятельности	<ul style="list-style-type: none"> • Основные элементы: анализ, планирование, внедрение на практике, оценка результата • Освещение специализированных аспектов профессиональной практики, соответствующих проблемам/потребностям пациентов • Предложения по определению и направлению пациента к подходящим поставщикам помощи, например, к членам семьи, в местные НПО и организации гражданского общества. • Требования к ведению документации, как в целях записи истории болезни, так и для аналитической отчетности.
Результат	<p>Ожидаемые результаты применения запланированного вмешательства, которые можно измерить путем оценки:</p> <ul style="list-style-type: none"> • уровня удовлетворенности пациента • уровня удовлетворенности персонала • документации (напр, истории болезни, журналы учета).

2.3 Клинический аудит

Первое, что надо сделать для того, чтобы повысить качество оказания помощи больному – оценить достоинства и недостатки существующей практики. Клинический аудит являет собой систематический подход к анализу существующей практики, которую сравнивают с заранее обговоренными стандартами и вносят изменения так, чтобы можно было оценить их результаты. Воспользовавшись нашим пособием, медработники увидят, что в стандартах отражена практически вся их деятельность, и поймут, что рассматривать сам процесс сестринского ухода нужно так, как их в свое время учили работать: **анализировать** потребности каждого конкретного больного, **планировать** уход за больным, **выполнять** его и **оценивать** результат. Смысл в том, чтобы разглядеть имеющиеся недостатки и задать себе такие вопросы:

Что нужно улучшить в первую очередь?

Какие изменения позволят быстрее всего повысить качество оказания помощи в данных конкретных условиях, то есть, изменения какого масштаба возможны?

Есть ли стимул к переменам?

Ключевые компоненты клинического аудита: ввести выполнимые стандарты оказания помощи, оценить существующую практику оказания помощи в сравнении с этими стандартами, выявить ее недостатки, разработать методы исправления этих недостатков, оценить, насколько эти изменения помогли приблизиться к введенным

стандартам (Рис 2.1). Аудит представлен в виде циклического процесса, что наглядно показывает – практика постоянно и непрерывно развивается, а ее развитие нужно постоянно и непрерывно оценивать.

Рис 2.1: Цикл аудита¹¹



Источник: Адаптировано из книги «Совершенствование практики в сестринском деле: принципы и процессы» Bryar, R. M. & Griffiths, J. M. (eds.) 2003. (*Practice development in community nursing: Principles and processes*).

Не менее важно взглянуть и достоинства службы, ими следует воспользоваться, чтобы вдохновить коллег и заручиться их поддержкой – пусть это будут небольшие изменения, но такие, которые практически сразу дадут осязаемый положительный результат. Начните с малого, но успешного нововведения, пусть ваши коллеги увидят – перемены возможны, тогда им будет легче поверить в свои силы и обратить внимание на другие сферы, требующие улучшений. Завышенные и нереалистичные ожидания, а также проблема, которая явно не по зубам – верный путь к провалу, а неудачная попытка что-то изменить ведет к разочарованию и пессимизму.

Масштаб задачи будет поэтому зависеть от следующих факторов:

- есть ли достойный лидер

- есть ли поддержка инициативы на местах
- есть ли силы у персонала
- есть ли стимул к действию

Прежде чем внедрять у себя систему контроля качества с помощью стандартов, посмотрите, какие элементы каждого стандарта нужно взять, а какие – отбросить в ваших конкретных условиях, с тем, чтобы стандарт был в вашем контексте понятен и уместен (например, использует принятую у вас терминологию). В Рамке 2.1. объясняется, как правильно делать эту часть клинического аудита. Обратитесь за помощью к руководству, попросите соответствующее начальство (руководителя) помочь подобрать лидера и подходящие кандидатуры для работы в группе клинического аудита. В идеале, группа клинического аудита должна состоять из представителей различных дисциплин, включая, при необходимости, представителей пациентов.

Рамка 2.1: Образцы формуляров для оценки практики, планирования и осуществления мероприятий

Образцы формуляров	Цель	
<u>ЭТАП 1: Анализ и предварительное планирование</u>	Помочь систематически проанализировать существующую практику, как она влияет на качество оказания помощи, выявить потребность в ресурсах и изменениях.	Приложение 1
<u>ЭТАП 2: Планирование и осуществление изменений</u>	Помочь направить процесс планирования так, чтобы план был достаточно подробным и включал в себя все необходимое: какие ресурсы нужны, что конкретно надо предпринять, кто будет этим заниматься и к какому сроку ожидать результат.	Приложение 1

Обучение станет неизбежной частью этого процесса, особенно если выявлены проблемы в базовых знаниях и умениях. Однако данный холистический подход означает, что учитывается не только сама потребность в обучении, но и реальные условия работы обучаемых, включая наличие ресурсов. Часто люди считают, что само по себе обучающее мероприятие изменит практику работы, и при этом никто не думает ни о том, в каких условиях обучаемым приходится работать, ни с какими трудностями они могут столкнуться на практике, если попробуют применить рекомендации инструктора. Активные формы обучения, основанные на групповом обсуждении и регулярном закреплении материала в процессе общения могут принести больше пользы, чем традиционное обучение в формате лекций на аудиторию, цель которого – простое распространение информации.¹¹ Медработники, имеющие дело с ТБ больными, хорошо знают – если больному просто велеть принимать лекарство и не дать себе труда вникнуть, какие у него могут быть причины этого не делать, не предложить свою помощь,

то больной, скорее всего, лечиться не будет. Так же бессмысленно требовать от медработников изменений в своей практике без учета условий, в которых они работают.

2.4 Оценка качества помощи, оказываемой пострадавшим от ТБ

Оценивать что-либо – занятие зачастую сложное, особенно если результат получился не тот, что изначально задуман, но тем не менее заниматься этим очень важно, чтобы понимать – что работает, а что – нет, и вовремя распознавать проблемы, требующие решения. Иногда получается так, что непредвиденный результат неожиданно послужил на пользу делу. Может показаться заманчивым введение определенного вмешательства в отсутствие плана его оценки просто потому, что имеются данные о его успешных результатах в другом месте. Тем не менее, так делать не следует, ведь улучшение качества помощи через стандарты зависит от контекста их применения, и чтобы добиться той же эффективности в других условиях один и тот же стандарт, возможно, придется видоизменить.¹²

- В обязанности медсестры в тубслужбе и других учреждениях, как правило, входит сбор данных по выявлению больных и по исходам их лечения. Эти данные можно использовать и для оценки качества оказания помощи на разных этапах, например:
 - Ежеквартальный когортный анализ позволяет видеть, насколько эффективно работает программа противотуберкулезной помощи и, соответственно, наличие проблем по показателям конвертации мокроты, отрывов, и тд. Координатор, ответственный за анализ данных, может обсудить результаты с соответствующими медработниками и, таким образом, получить более ясную картину происходящего на местах, включая достоинства и недостатки службы.
 - Журналы лабораторного учета можно сравнить с журналами регистрации и учета больных ТБ и выяснить, сколько больных с положительным мазком мокроты получили антибиотикотерапию, а также сколько больных с факторами риска на устойчивость (напр, до начала лечения) были направлены на анализ Xpert[®] MTB/RIF (или посев) при назначении режима терапии.
 - Данные по исходам лечения до и после нововведений в практику работы можно сравнить и оценить, таким образом, эффективность нововведения. Эти же данные могут помочь отслеживать динамику показателей отрывов от врачебного наблюдения, неудачных исходов лечения и смертей.
 - Данные из историй болезни/карт лечения могут указывать на тенденции в показателях приверженности больных лечению.

В целом, если выявлена какая-то проблема, то можно внести изменения в практику работы и измерить эффективность изменений как с помощью тех же данных, что помогли выявить проблему, так и с использованием иных критериев, таких, например, как уровень удовлетворенности больного и/или персонала, в зависимости от того, кого эти перемены коснулись.

2.5 Совершенствование практики оказания помощи как способ проведения операционных исследований

Сам процесс, в ходе которого происходит анализ исходной ситуации, планируются и внедряются изменения, вкупе с оценкой эффективности результатов, можно оформить в виде пилотного проекта и описать в виде научной статьи. Научно-исследовательские проекты обычно и проводятся в том же формате: выявить проблему/вопрос исследования, проанализировать соответствующую литературу (книги и статьи) по предмету, объяснить, что именно планируется сделать, каким образом и зачем, задокументировать и проанализировать полученные результаты/решения и вынести на обсуждение все, что было сделано. Такие исследования помогают развитию научно-обоснованной медицины и мотивируют других делать так же.

Если стоит именно такая цель, то крайне важно собрать достаточно исходных данных, чтобы потом проанализировать изменения, ставшие результатом запланированного вмешательства. В рамках программ борьбы с ТБ обычно собираются данные по всем аспектам оказания помощи, и их можно использовать для того, чтобы сформулировать и ответить на вопрос исследования. Можно, если получится, привлечь местные организации, которые занимаются сестринскими или социальными исследованиями. Если есть четкий и внятный план, то можно даже попробовать подать заявку на грант для финансирования исследования, которые иногда выделяются НПО или государственными органами.

3 ВЫЯВЛЕНИЕ СЛУЧАЯ АКТИВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТБ

Для эффективного выявления ТБ наиважнейшее значение имеет этап диагностики. Человек с симптомами, который пришел в лечебное учреждение, уже понял, что с ним что-то не так и поэтому обратился за помощью. И если этому человеку дать непонятные указания или отнестись равнодушно, он может либо пренебречь вашими советами, либо уйти и не вернуться. Два стандарта в данном разделе нацелены как на то, чтобы человеку был поставлен правильный диагноз, так и на то, чтобы сформировать готовность пациента с вами сотрудничать. Следует помнить, что точность диагноза зависит от качества образца мокроты на анализ и от вида диагностического теста, который назначается в первую очередь. В большинстве случаев самым первым анализом назначают микроскопию мазка мокроты на содержание в ней кислотоустойчивых микобактерий (КУБ), но во многих странах это также может быть и анализ с помощью методов молекулярной экспресс-диагностики, напр. система Xpert MTB/RIF. Независимо от того, какой анализ будет назначен, выявление случая заболевания ТБ будет зависеть от познаний медработника о ТБ и от того, какую помощь и информацию получит пациент и его близкие при обращении. Важную роль при выявлении ТБ также играет и то, насколько компетентны сотрудники лаборатории и высоко качество лабораторной работы.

3.1 Стандарт: Осмотр больного с подозрением на ТБ

3.1.1 Формулировка стандарта

С пациентом, который обратился за помощью с симптомами, устанавливаются доверительные отношения, в то же время оцениваются симптомы, признаки и факторы риска на ТБ, правильно назначаются соответствующие обследования.

3.1.2 Логическое обоснование

Важность ранней диагностики

Один из основных способов контроля за распространением ТБ – выявить и вылечить заболевание на ранних стадиях. Этим предотвращается дальнейшее распространение ТБ бактерий, поскольку чем раньше поставлен диагноз и начато правильное лечение, тем быстрее больной перестает быть заразным. Помимо этого, чем быстрее начать лечить больного, тем меньше риск дальнейшего поражения органов и тем благоприятнее течение болезни.

Защита здоровых людей от заражения

Больные ТБ наиболее заразны до того, как начнут получать лечение, поэтому персонал, пациентов, близких больного и других посетителей лечебного учреждения следует защитить от опасности заражения. Лучше всего это делать с помощью комплекса следующих мер:

- Триаж (медицинская сортировка) кашляющих больных на входе в медицинское учреждение

- Там, где ТБ сильно распространен, рекомендуется обследовать всех, кто обращается за помощью в лечебное учреждение на наличие типичных симптомов ТБ: кашель любой степени продолжительности (у носителей ВИЧ) или более двух недель (у всех остальных), лихорадка, потливость по ночам, потеря в весе и кровохарканье, для этого можно воспользоваться простым опросником (см Приложение 2). Тех пациентов, кто признал наличие у себя любого из вышеперечисленных симптомов, нужно попросить сдать образец мокроты на анализ для выявления активного ТБ¹³
- Снизить количество ТБ бактерий в окружающей среде с помощью правильной вентиляции помещений для ожидания и в кабинетах врачебного приема
- Просить кашляющих больных прикрывать рот при кашле и сплевывать мокроту в специально предназначенных местах, а также просить пациентов с подозрением на ТБ или с подтвержденным диагнозом ТБ надевать хирургическую маску, если есть кашель, но химиотерапия еще не начата или начата недавно
- Сокращать время пребывания кашляющих больных в зонах ожидания медучреждения с помощью триажа (медицинской сортировки), когда кашляющих больных сразу провозжают в специальные хорошо вентилируемые зоны ожидания и по возможности быстро обслуживают
- Защищать медработников, которые регулярно контактируют с пациентами, с помощью респираторов N95 или FFP2

Обеспечивать антиретровирусной терапией (АРТ) и профилактическим лечением изониазидом (ПЛИ) тех работников здравоохранения (РЗ), которые являются носителями ВИЧ.¹⁴

Выявление среди групп повышенного риска развития ТБ

Особые группы лиц с повышенным риском развития заболевания ТБ

ВОЗ выделяет ряд групп населения, которые подвержены повышенному риску заражения и развития ТБ заболевания. К ним относятся, например, люди, зараженные ВИЧ или больные сахарным диабетом (СД), курильщики табачных изделий, дети, пожилые люди, шахтеры, заключенные, мигранты, работники здравоохранения и др.¹³ Более подробную информацию можно найти на сайте партнерства «Остановить ТБ» по ссылке <http://stoptb.org/resources/publications/>.

ВИЧ: ВИЧ – основной фактор риска развития активного заболевания ТБ, а ТБ – наиболее частая оппортунистическая инфекция среди людей, живущих с ВИЧ. Риск развития активного заболевания ТБ для носителя ВИЧ в 26 раз выше, чем для ВИЧ-отрицательного человека.¹⁵ ТБ – основная причина смертности среди людей, живущих с ВИЧ, и от ТБ они умирают чаще, чем от любого другого заболевания, на долю смерти от ТБ приходится 24 % всех смертей, связанных с носительством ВИЧ.¹⁶

Диабет: Для больных диабетом риск заболеть ТБ при контакте с ТБ бактерией в три раза выше, чем у здорового человека, по оценкам ВОЗ, среди больных ТБ 15 % также больны диабетом. Более того, ВОЗ считает, что показатель распространенности диабета среди населения планеты превышает 8 %.¹⁷

Курильщики табачных изделий: Для тех, кто регулярно потребляет табак, риск заболеть и умереть от ТБ при контакте с инфекцией в два раза выше, чем у некурящих. Подсчитано, что примерно 20 % глобальной заболеваемости ТБ можно отнести на счет курения табака, даже если курильщик не потребляет алкоголь и нет других

факторов риска, например, социально-экономических. Кроме того, предполагается, что для курящих больных ТБ риск повторного развития заболевания повышен в два раза. ВОЗ и Союз рекомендуют опрашивать больных ТБ на предмет потребления табака и включать в комплекс медицинских услуг консультацию специалиста по отказу от курения.^{18, 19}

Шахтеры: Шахтеры подвержены повышенному риску развития заболеваний дыхательной системы, в том числе и туберкулеза, связанному с предметом шахтерской добычи и ее содержанию в воздухе в виде взвеси/загрязняющих частиц, плохой вентиляцией в шахтах и жилых помещениях, теснотой рабочих условий и длительностью контакта с инфекцией. Шахтеры вдыхают массу загрязняющих частиц, таких как кварцевая пыль, о которой известно, что она вызывает предрасположенность к развитию ТБ и других болезней легких.²⁰

Заклученные: Места лишения свободы во всем мире зачастую переполнены, что сильно повышает риск развития ТБ среди заключенных. По некоторым данным, заключенные подвержены двадцатикратному риску заразиться и заболеть ТБ, по сравнению с обычным населением. Этот повышенный риск связан со скученностью проживания, плохой вентиляцией (специфика тюрьмы не предусматривает естественной вентиляции), плохим питанием и ВИЧ. Есть исследования, согласно которым показатель ТБ среди заключенных почти в 1000 раз выше, чем среди гражданского населения.²¹

Работники здравоохранения: РЗ подвергаются в два, а то и в три раза более высокому риску заболеть ТБ, чем обычные люди, за счет того, что часто и подолгу общаются на рабочем месте с недиагностированными больными ТБ и ЛУ ТБ. Кроме того, по некоторым данным в ряде стран региона суб-Сахары показатель ВИЧ среди РЗ примерно равен общему показателю заболеваемости ВИЧ среди населения, что ставит медработников в еще большую опасность заболеть ТБ. Во многих странах с дефицитом ресурсов медработники особенно незащищены, так как средств на полный комплекс мер инфекционного контроля в медучреждениях не хватает. Работники здравоохранения должны знать свой собственный ВИЧ-статус и иметь возможность получать АРТ и ПЛИ в целях профилактики развития ТБ, помимо того, все РЗ должны регулярно обследоваться на ТБ и соблюдать меры инфекционной защиты и профилактики.²²⁻²⁴

Там, где бремя заболеваемости ТБ особенно высоко, рекомендуется назначать профилактическое обследование всем, кто обращается в медучреждения за помощью, особенно тем, кто принадлежит к вышеперечисленным группам риска.¹³

Рекомендуется обследовать на ТБ при наличии одного или более симптомов из следующего списка:

- Навязчивый кашель в течение двух или более недель (или кашель любой степени продолжительности у носителя ВИЧ)
- Потеря аппетита
- Потеря веса
- Утомляемость, общее недомогание
- Потливость по ночам
- Лихорадка

- Мокрота, особенно со следами крови (кровохарканье)
- Одышка или
- Боли в груди.

Эти симптомы должны вызвать особенное подозрение на ТБ, если известно, что имелся контакт с больным ТБ. Если добиться того, чтобы у всех работников здравоохранения был достаточный уровень познаний о симптомах ТБ, снизится опасность упустить случаи заболевания ТБ. Внелегочный ТБ может сопровождаться кашлем, а может протекать и без него, остальные симптомы могут присутствовать в дополнении к боли и деформации/опухоли в месте поражения. Особое внимание нужно уделять обследованию детей, поскольку у них могут проявляться иные симптомы и редко образуется мокрота, что затрудняет диагностику ТБ среди детей.²

Оценка риска развития лекарственной устойчивости

Лекарственная устойчивость зачастую является результатом неправильного лечения медработниками изначально чувствительных к противотуберкулезным препаратам форм ТБ (ее часто называют приобретенной или амплифицированной лекарственной устойчивостью), что происходит либо в связи с проблемами здравоохранения в целом (отсутствие средств диагностики, дефицит препаратов, и тд), либо из-за плохой приверженности больных лечению в связи с его высокой стоимостью, побочными эффектами терапии и разным прочим проблемам. Эти проблемные факторы имеют тяжелые последствия как для самого больного, так и для всего общества. Профилактика развития ЛУ ТБ должна стать главной заботой медиков при оказании помощи каждому больному ТБ. Самое важное – поставить правильный диагноз и назначить правильное лечение, когда пациент впервые обращается в службу здравоохранения. Прежде чем направлять на различные анализы, важно выяснить:

- Лечился ли пациент от ТБ ранее, и если да – то какие препараты и как долго принимал, а также
- Был ли у пациента контакт с диагностированным больным ЛУ ТБ – дома, на работе или где-либо еще.

Самый высокий риск ЛУ ТБ – у тех, кого уже лечили от ТБ. Нужно особенно следить за тем, чтобы был поставлен правильный диагноз и назначен правильный режим антибиотикотерапии второго ряда тем, у кого обнаружена устойчивость к рифампицину ТБ (РР ТБ), ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) или туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ).

Внимание: Там, где ресурсов не хватает, обычные медучреждения для терапии под наблюдением (ДОТ), куда приходят и больные с подозрением на МЛУ ТБ, могут быть не приспособлены для того, чтобы лечить МЛУ ТБ. В таких условиях нужно иметь систему направления больных из учреждений ДОТ в специализированные учреждения, где лечат МЛУ ТБ.

Правильные обследования

Пациенту надо как можно быстрее назначить все необходимые диагностические обследования и анализы, при этом нужно правильно пользоваться имеющимися ресурсами, особенно в условиях их дефицита. Для выявления активного ТБ заболевания наиболее часто используется микроскопия мокроты на наличие КУБ, с ее помощью

выявляются люди с самой высокой бактериальной нагрузкой. Экспресс-метод молекулярной диагностики, такой как Xpert MTB/RIF, получил одобрение ВОЗ и принят в качестве первоочередной диагностической меры во многих странах с высокой заболеваемостью ВИЧ и/или МЛУ ТБ, поскольку с его помощью эффективно выявляется ТБ у пациентов с иммунодефицитом, а также диагностируется устойчивость к рифампицину.²⁵ Рентгеновское обследование грудной клетки может помочь поставить диагноз пациенту с отрицательным мазком мокроты, но этот метод достаточно ненадежен, если речь идет о выявлении активного случая ТБ, особенно у пациента с иммунодефицитом, так как зависит от уровня квалификации того, кто «читает» снимки.²⁶ Если есть основания заподозрить у пациента ЛУ ТБ, особенно если он/а уже получали лечение от ТБ или есть факторы риска на ЛУ ТБ, то образец патологического материала нужно послать на экспресс-диагностику лекарственной устойчивости методами молекулярного исследования, например, Xpert MTB/RIF, и/или посев, и/или анализ олигонуклеотидными зондами (LPA), в зависимости от доступности методов тестирования на лекарственную чувствительность (ТЛЧ).⁵ ВОЗ также рекомендует новый анализ LPA на чувствительность к препаратам второго ряда. Этот анализ будет обязательным для всех пациентов, которых будут лечить по новым укороченным курсам химиотерапии ЛУ ТБ.²⁷

Анализ душевного состояния пациента в связи с ТБ

Туберкулез может быть причиной стигматизации, даже если пациент не носитель ВИЧ, поэтому очень важно узнать, что сам человек думает о возможности такого диагноза и как к нему относится, чтобы правильно реагировать на его душевное состояние. На отношение пациента к тому, что он/а, возможно, болен ТБ, влияют следующие факторы и обстоятельства:

- Что именно пациент знает об этом заболевании
- Сталкивался ли больной/-ая с этим заболеванием ранее – болел ли сам, или кто-то в семье, или среди друзей и знакомых
- Как, по мнению самого пациента, на это известие могут отреагировать семья и окружение
- Какое отношение к себе со стороны медработников чувствует пациент.

Внимание: если используются методы молекулярной экспресс-диагностики, важно подготовить пациента к тому, что у него может быть выявлен ЛУ ТБ. Об этом нужно говорить отдельно и так, чтобы пациент не побоялся вернуться за результатом.

Доверительные отношения

С самого первого контакта с пациентом необходимо завязывать и развивать хорошие отношения, иначе пациент не будет доверять медикам и получаемой от них информации. Это самое главное. Пациент, которые не верит в излечимость ТБ, не видит смысла в дальнейших посещениях врача. Если больному приходится самостоятельно оплачивать диагностические обследования, важно, чтобы он понимал – они необходимы, особенно если его направляют на разные обследования – несколько анализов мокроты, ВИЧ и тд. *Как и в случае с другими заболеваниями, важно сохранять конфиденциальность обследования и заверить в этом больного. Если пациент думает, что другим людям станет известно, по какому поводу он проходит обследование, то за результатами он может не явиться просто из страха огласки.*

3.1.3 Ресурсы

- Персонал медучреждений, куда могут обратиться люди с симптомами, знает о ТБ и местных показателях заболеваемости:
 - Лекарственно-чувствительным ТБ
 - Лекарственно-устойчивым ТБ
 - Внелегочным ТБ
 - ВИЧ
 - Сахарным диабетом.
- Медработник, который проводит оценку состояния пациента с симптомами:
 - Уполномочен на это и получил соответствующую профессиональную подготовку
 - Знаком с признаками и симптомами ТБ
 - Знает, какие обследования можно назначить, имеет достаточно познаний, чтобы направить на нужные обследования или в нужное пациенту учреждение
 - Знает, какое лечение предоставляется при заболевании ТБ и ЛУ ТБ
 - Может правильно оценить реакцию пациента на известие о подозрении на ТБ и принять соответствующие меры.
- Может опросить пациента на предмет сопутствующих заболеваний (ВИЧ, диабет, др) и предоставить лечение либо направить к соответствующему специалисту/учреждению.
- Имеет возможность направить пациента в тяжелом состоянии к соответствующему специалисту.
- Если в самом учреждении возможности лечить тех, у кого подозревается ЛУ ТБ, нет – медработник направит такого пациента по официальным каналам в специализированное учреждение, и *будет еженедельно проверять, действительно ли обратились за помощью направленные туда люди.*
- Соблюдаются меры инфекционной безопасности:
 - Персонал способен заметить и отсортировать кашляющих пациентов и организовать им ускоренное обслуживание
 - Зоны ожидания посетителей и кабинеты медработников хорошо проветриваются
 - Имеются плакаты, иллюстрирующие правильную гигиену кашля, и медработники обращают внимание посетителей на то, как важно эти правила соблюдать
 - Есть инструкции и специально оборудованные места для безопасного откашливания мокроты, медперсонал следит за тем, чтобы эти инструкции были доведены до сведения кашляющих и выполнялись
 - Есть возможность предоставить кашляющим и пациентам, обследуемым по подозрению на ТБ, хирургические маски
 - В распоряжении персонала, который общается с больными инфекционными или потенциально инфекционными формами ТБ есть респираторы N 95 (или FFP2).
- Первичный осмотр и последующие обследования проходят в условиях, позволяющих соблюдать конфиденциальность информации о пациенте
- Пациент, которому назначен анализ мокроты, получает правильные и ясные указания о том, как получить качественный образец биоматериала, а также чувствует себя комфортно и уверен в качестве медицинского обслуживания

- Пациенту даются правильные и ясные указания о том, как и где он/а сможет получить результаты своих обследований
- Информация предоставляется в доступной форме и на том языке, который понятен пациенту и его близким.
- Диагностика и лечение ТБ предоставляется бесплатно, и это непременно доносится до сведения пациента
- В учреждении здравоохранения имеется постоянный и достаточный запас высококачественных препаратов, бланков, журналов, средств индивидуальной защиты (СИЗ), емкостей для сбора мокроты, диагностических расходных материалов и проч.

3.1.4 Профессиональная деятельность

Медработник должен:

- С первой встречи расположить к себе пациента, внимательно выслушать его/ее жалобы и воздержаться от оценочных суждений
- Успокоить пациента и объяснить, что вся информация личного характера останется конфиденциальной и будет храниться в условиях строжайшей секретности
- Записать личные данные пациента, такие как: полное имя, домашний и рабочий адреса, номера контактных телефонов, а также контактные данные его/ее близких и друзей (номера мобильных телефонов).
- Записать подробные данные истории болезни, включая сведения о том, как долго наблюдаются симптомы, есть ли сопутствующие заболевания (например, ВИЧ, диабет и проч) и вредные привычки, такие как курение табака и употребление наркотических веществ
- Оценить степень вероятности заболевания ТБ
- Объяснить пациенту, какие обследования будут назначены, как они будут проводиться и почему
- Сообщить пациенту, когда можно будет ожидать результатов обследования и в какой форме он их получит (например, при следующем посещении медучреждения, или ему позвонят по телефону и тд)
- Проверить, получил ли каждый направленный на обследование пациент результаты своих анализов
- Ежедневно сверять лабораторный регистрационный журнал и журнал регистрации и учета больных ТБ на предмет того, все ли пациенты с положительным результатом микроскопии мазка мокроты или Xpert MTB/RIF начали получать лечение²
- Предложить подходящую пациенту форму санитарного просвещения о ТБ и о том, как избежать дальнейшего распространения инфекции. Сведения о заболевании нужно предоставлять в том объеме, в каком пациент способен их воспринимать на данный момент, чтобы не перегрузить информацией и не вызвать отторжения:
 - Наедине: будьте тактичны и доброжелательны, какой бы ни была реакция пациента на то, что его будут обследовать на ТБ, отвечайте на вопросы как можно более понятно и постарайтесь, чтобы пациент уяснил, что от ТБ существует эффективное и бесплатное лечение
- В семье: внимательно наблюдайте за реакцией близких пациента, будьте готовы отвечать на их вопросы, развеивать заблуждения, обязательно расскажите им, насколько важна для пациента их моральная поддержка в период лечения, а также

расскажите, на какие симптомы у окружающих нужно обращать внимание и когда советовать им обратиться за помощью.

- В группе: проводите санпросветительские беседы с больными, ожидающими очереди на прием, выделяйте время для ответов на их вопросы.
- Средства массовой информации: видеоролики, плакаты, листовки, брошюры, по возможности – интернет-ресурсы и социальные платформы.

3.1.5 Результат

Пациентам своевременно ставится правильный диагноз, они получают некоторое представление о своем заболевании и его лечении. Пациенты чувствуют доверие к службе, что выражается в повторных посещениях медучреждения за результатами обследования и лечением. Документальное тому свидетельство – измеримый процент соответствия между лабораторными регистрационными журналами и журналом регистрации и учета больных ТБ.

3.2 Стандарт: Сбор мокроты в диагностических целях

3.2.1 Формулировка стандарта

Пациент откашливает качественный образец мокроты, доставляет его в указанное время в указанное место и возвращается за результатами анализа.

3.2.2 Логическое обоснование

Обеспечить хорошее качество биоматериала

Качественный образец, то есть собранный в достаточном количестве (минимум полчайной ложки, 3–5 мл) материал густого или гнойного содержимого,²⁸ необходим для того, чтобы лаборант имел возможность обнаружить ТБ бактерии с помощью микроскопии мазка, анализа Xpert MTB/RIF, LPA или культурального исследования и, таким образом, помочь выявить наиболее инфекционных больных. Если образец биоматериала негодного качества (например, содержит только слюну) или загрязнен частичками пищи, то может случиться, что КУБ будут не обнаружены, даже если больной является заразным.

Правильно заполнять бланки направлений на исследование мокроты и этикетки

Правильное ведение документации помогает сберечь время и избежать ошибок. В направление на анализ мокроты обязательно вписывается точная информация,² а на контейнер для сбора мокроты наклеивается соответствующая этикетка, чтобы не было путаницы ни в момент отправки в лабораторию, ни при получении результатов. Если на этом этапе произойдет ошибка, пациент может получить не свой результат и/или непредназначенное для него лечение. Направление на посев и ТЛЧ содержит больше обязательных к заполнению полей, чем обычное направление на микроскопию мокроты, тем не менее, при этом должны соблюдаться те же принципы. Бланки направлений заполняются внимательно и разборчиво, чтобы избежать ошибок при расшифровке результатов.

Свести к минимуму задержки

Следует сделать все возможное, чтобы образцы биоматериала доставлялись в лабораторию и обрабатывались как можно быстрее, по возможности, в течение трех дней.²⁹ Только так можно эффективно остановить дальнейшее распространение инфекции. Тесное сотрудничество с лабораторией дает быстрые результаты, благодаря чему бактериальный больной как можно быстрее начинает получать правильное лечение. Задержки и потеря пациентов возможны, например, тогда, когда от пациентов требуют забирать свои результаты самостоятельно. Для пациента важно получить результат и его объяснение именно от того медработника, который направил на обследование, а не от лаборанта. В ходе беседы с медработником пациент имеет возможность задать свои вопросы и получить ясную информацию о назначенных ему лечении и уходе. Медработник может также воспользоваться современными средствами связи с пациентом – телефон, смс или приложения для мобильных устройств – чтобы сообщить пациенту о результатах обследований и/или попросить их явиться на прием для получения результатов.

Соблюдать правила безопасности и хранения биоматериала до и во время транспортировки

Важно не только без задержек доставить биоматериал в лабораторию – для тех образцов, что предназначены для посева и ТЛЧ, возможно, понадобятся особые условия перевозки (например, в переносном холодильнике), чтобы они дошли до лаборатории в пригодном для анализа состоянии. Лаборатория должна выдать соответствующие инструкции, и их следует строго соблюдать и следить за тем, чтобы биоматериал поступил в лабораторию, не испортившись. Биоматериал надо отправлять в лабораторию как можно быстрее, в течение максимум трех дней.

Сохранять хорошие отношения с пациентом

В это время пациент обычно переживает, волнуется и тонет в море информации. Важно следить за тем, чтобы пациент понимал, что с ним происходит и рассказывал обо всех проблемах, которые, как ему кажется, могут возникнуть в процессе обследования и лечения. Очень реальна опасность того, что пациент не придет сдавать следующий анализ или не вернется за результатами, если к нему отнесутся неприветливо или откажутся что-либо разъяснять. Именно на этом этапе так важно начинать выстраивать доверительные отношения с пациентом – этим вы обеспечите приверженность лечению в будущем.

Обеспечить инфекционную безопасность для защиты больных и персонала

Предпринимайте все возможные меры, чтобы предотвратить распространение инфекции и защитить от заражения пациентов, посетителей и персонал медучреждений (см Стандарт 3.1). Правильные меры инфекционного контроля помогают остановить дальнейшее распространение заболевания и экономят ценные ресурсы. Особенно внимательно нужно относиться к процедуре сбора мокроты в присутствии медработника. Несмотря на то, что существует опасность заражения, связанная с мокротой, тем не менее, сбор образцов мокроты хорошего качества можно провести с минимальным риском для медработника. Медработники, в чьи обязанности входит наблю-

дение за откашливанием мокроты на анализ, должны носить респираторы N 95 (или FFP2) и проводить сбор мокроты в отдельном, хорошо проветриваемом помещении.

3.2.3 Ресурсы

- Функциональная, хорошо обеспеченная расходными материалами и персоналом лаборатория, где есть возможность ежедневного выполнения микроскопии мазка мокроты и/или анализа Xpert MTB/RIF² и работает отлаженная система контроля качества исследований
- Медработник, в чьи обязанности входит направлять пациентов на анализы, обладает знаниями и умениями, необходимыми для того, чтобы научить пациента правильному сбору мокроты на анализ, а также объяснить, когда и куда ее принести
- В достаточном количестве имеются контейнеры, подходящие для сбора мокроты на следующие исследования:
 - Микроскопия мазка мокроты или Xpert MTB/RIF (с широким горлышком, **из прозрачного пластика**, одноразовые контейнеры с завинчивающейся крышкой)
 - Посев и ТЛЧ (стерильные пластиковые конические пробирки на 50 мл с завинчивающейся пробкой (типа Falcon)³)
 - Молекулярные экспресс-тесты (напр, специальные картриджи для Xpert MTB/RIF).
- Бланки направлений на анализ мокроты и журналы лабораторного учета есть в наличии и максимально своевременно заполняются компетентными сотрудниками из числа персонала
- Есть место для правильного и безопасного хранения образцов биоматериала, если они собираются в лечебном учреждении перед отправкой в лабораторию (напр, в условиях правильного температурного режима, вдали от прямого солнечного света)
- Если лаборатория за пределами медучреждения, нужно иметь транспорт, который безопасно и как можно быстрее доставит биоматериал в лабораторию. Если такового нет, пациенту нужно дать четкие указания, куда именно он должен доставить мокроту на анализ
- Есть лабораторная служба с действующей системой контроля качества лабораторных исследований, где образцы мокроты своевременно исследуются и о результатах сразу сообщается, желательно, чтобы кто-то из медучреждения регулярно забирал результаты лично, либо они регулярно передавались электронными средствами связи (смс, компьютер и тд) или по телефону.
- Конкретный сотрудник несет ответственность за координацию процесса, при этом у него есть заместитель, который несет эту обязанность в отсутствие ответственного лица
- Между лабораторией и руководством отделения/клиники поддерживается хорошая связь.

3.2.4 Профессиональная деятельность

Медработники, которые занимаются сбором мокроты, должны придерживаться следующих принципов:

- Образец мокроты, который собран после надлежащего объяснения, показа, с моральной поддержкой и под наблюдением компетентного сотрудника, будет лучшего качества, чем мокрота, которую пациент откашлял самостоятельно
- Сбор мокроты на анализ должен проходить на свежем воздухе (то есть, там, где позволяет климат – вне помещения). Если это невозможно, например, в силу холодного климата, то сдавать мокроту на анализ нужно в хорошо проветриваемом помещении, которое используется только для этой цели. Как вариант, можно попросить пациента откашлять образец мокроты сразу после пробуждения у себя дома и принести в назначенное место в тот же день.
- Пациенту лучше откашливать мокроту на анализ там, где его/ее никто посторонний не увидит.
- Как минимум два образца мокроты (один, собранный при обращении в медучреждение под наблюдением медперсонала и один, собранный сразу после пробуждения у себя дома и доставленный пациентом)² должны быть отправлены на лабораторный анализ в сопровождении полностью заполненных бланков направлений. В некоторых странах национальные предписания все еще требуют собирать три образца мокроты, если используется микроскопия мазка. ВОЗ, однако, рекомендует два образца мокроты.⁴ Там, где используется метод молекулярного анализа Xpert MTB/RIF, национальные предписания могут требовать только один образец мокроты на анализ, взятый при обращении. (См. Таблицу 3.1)
- Когда мокрота сдается на анализ после пребывания в стационаре или лечебном учреждении, следует соблюдать те же принципы – объяснить пациенту, как правильно откашливать мокроту на анализ в домашних условиях, а также куда и в какое время их следует доставить.
- Образцы мокроты, взятые утром сразу после пробуждения, дают лучшие шансы на правильный диагноз (если пациент госпитализирован, то следует брать два образца мокроты)
- Если пациент в тяжелом состоянии, его/ее нужно направить в соответствующее медучреждение для дальнейшего обследования
- Должен существовать механизм передачи результатов анализов, при котором один конкретный медработник отвечает за связь с лабораторией и обеспечивает их своевременное получение. Задержки можно свести к минимуму, если лаборатория будет считаться одним сотруднику из числа персонала медучреждения/клиники, который распространит информацию дальше.
- Если результат одного или более анализа мокроты положителен, пациента ставят на учет как больного ТБ и начинают лечить (см Стандарт 4.1)
- Если результат всех взятых при обращении образцов мокроты отрицателен, но симптомы не проходят, пациента направляют к компетентному специалисту для дальнейшего обследования. Если поставлен диагноз ТБ, пациента ставят на учет как больного ТБ с отрицательным мазком и начинают лечить.

Таблица 3.1: Образцовый порядок сбора мокроты на анализ²⁹**Маркировка**

- До начала использования на поверхность контейнера наклеивается этикетка с правильной и полной информацией.
- На этикетке должны быть название/код лечебного учреждения, полное имя пациента, дата получения образца мокроты и его порядковый номер, 1 или 2 (в этой части правила могут отличаться, но они должны соблюдаться).

Сбор мокроты

- Пациенту объясняют, зачем нужна мокрота на анализ.
- Процедура откашливания объясняется пошагово, ясно и медленно, на языке, понятном пациенту.
- Пациента побуждают задавать вопросы и разъясняют все, что пациент затрудняется понять.
- Прежде чем откашливать мокроту в контейнер, пациента просят прополоскать рот водой, особенно после приема пищи.
- Пациенту выдают чистый (новый или стерилизованный) контейнер с наклеенной на нем этикеткой.
- Пациента просят выплевывать мокроту в контейнер максимально аккуратно, чтобы избежать загрязнения внешних стенок контейнера из соображений безопасности и гигиены.
- Медработник демонстрирует, как правильно откашливать мокроту из грудной клетки, начиная с глубокого дыхания.
- Медработник наблюдает за тем, как пациент откашливает мокроту, стоя позади пациента.
- Крышка контейнера осторожно и плотно закрывается (прикручивается).
- Медработник проверяет образец мокроты в присутствии пациента – если его объема недостаточно (например, только слюна), пациента просят откашлять в тот же контейнер еще немного мокроты.
- Медработник благодарит пациента, если получен образец хорошего качества, и еще раз объясняет пациенту, как он/а узнает о результатах анализа.

Профилактика заражения

- Медработник в респираторе N 95 (или FFP2) наблюдает за сбором мокроты, стоя за спиной откашливающего пациента.
- Пациент и медработник моют руки водой и мылом сразу после сбора мокроты.
- В идеале для сбора мокроты предоставлено отдельное, хорошо проветриваемое помещение, еще лучше – на свежем воздухе, избегайте использовать для этой цели туалетные комнаты.
- С образцами мокроты следует обращаться осторожно.

Хранение мокроты

- Образец мокроты отправляют в лабораторию по возможности сразу после откашливания.
- Если мокрота отправляется на культуральное исследование и/или молекулярный анализ на ТЛЧ, биоматериал должен храниться при температурном режиме 2–8 градусов Цельсия и перевозиться в холодильнике.
- Даты сбора мокроты и ее отправки в лабораторию заносятся в документацию.
- При необходимости пациенту разъясняют правила безопасного хранения образца мокроты в домашних условиях до отправки в лабораторию: крышка плотно закрыта, контейнер хранится вне досягаемости детей и в закрытом от прямых солнечных лучей месте.

Документация

- Образец мокроты помечается как «диагностический» или «контроль за лечением».
- Бланк направления на анализ мокроты заполнен правильно и ясно указана причина направления: в диагностических целях или для контроля лечения (на каком месяце)²
- Лабораторный регистрационный журнал заполнен аккуратно и правильно²
- Даты получения образцов мокроты заносятся в лабораторный регистрационный журнал, журнал регистрации и учета больных ТБ и карту лечения больного, соответственно.
- Даты получения результатов и сами результаты заносятся своевременно и правильно в лабораторный регистрационный журнал, журнал регистрации и учета больных ТБ и карту лечения больного, соответственно.
- Положительный результат выделяется красным цветом.

3.2.5 Результат

Лаборатория получает на исследования правильное количество образцов мокроты хорошего качества. Есть система отчетности по результатам анализов (включая согласованные сроки обработки анализов, от получения образцов биоматериала до отчета о результатах анализов), благодаря которой точные результаты своевременно поступают в лечебное учреждение. Из данных лабораторных регистрационных журналов и других ТБ журналов можно подсчитать, сколько образцов мокроты на одного пациента было обработано, а также процент положительных результатов анализов среди диагностических пациентов или пациентов, получающих терапию.

4 НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ: ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ, ИХ СЕМЬЯМ И БЛИЗКОМУ ОКРУЖЕНИЮ

Как только пациенту поставлен бактериологически подтвержденный или клинический диагноз туберкулеза, следует срочно начинать лечение. Еще до начала терапии для каждого пациента нужно оценить риск наличия лекарственной устойчивости, и выполнить или направить на дальнейшие обследования, в зависимости от существующих на месте правил. Помощь, которая описана в нижеприведенных стандартах, основана на том, что пациент получает лечение рекомендованным ВОЗ режимом терапии.^{4, 5, 30}

Данные научных исследований свидетельствуют о том, что длительный прием препаратов по инструкции НЕ является нормальным человеческим поведением, и для того, чтобы больной успешно закончил необходимый курс лечения, ему требуется разнообразная поддержка извне.³¹ Стандарты в этом разделе пособия сосредоточены на том, какую лечебную, социальную и психологическую помощь должен получить пациент в тот момент, когда он/а узнает о своем диагнозе и предстоящем курсе терапии. Цель – максимально повысить вероятность того, что пациент будет соблюдать режим лечения.

Самое главное – все больные с диагнозом ТБ должны стоять на учете в соответствующем головном медучреждении, только тогда их лечение можно регулярно контролировать и только тогда можно реально оценивать результаты работы программы противотуберкулезной помощи. Несколько медучреждений, где оказывается ТБ помощь, могут подчиняться одному головному медучреждению, и/или пациенты могут посещать головное медучреждение для постоянной помощи и терапии. Неважно, как именно организована служба, важно то, что все пациенты должны стоять на учете в том головном медучреждении, которое несет ответственность за все лечебные учреждения в своем подчинении. В каждом таком головном медучреждении должен быть координатор ТБ помощи, на которого возложена руководящая роль и который несет ответственность за организацию всех ТБ услуг во всех подотчетных головному медучреждению филиалах, от выявления и диагностики до наблюдения за лечением и ведением документации. Координатор следит за ведением документации и отчетностью, проверяет своевременность заполнения всех журналов учета и контролирует, получают ли пациенты правильную помощь, анализируя показатели результатов лечения. Например, следит, все ли получившие диагноз начали терапию и все ли пациенты по окончании интенсивной фазы сдали анализы, прежде чем перейти на продолжающую фазу. В их обязанности также входит обеспечить приверженность лечению: побуждать персонал к доброжелательному общению с пациентами, помогать больным, приехавшим издалека, найти жилье на время лечения и координировать быстрый поиск больных, не явившихся на прием.

4.1 Стандарт: Постановка на учет и помощь впервые выявленным больным ТБ

4.1.1 Формулировка стандарта

Каждый пациент своевременно и правильно заносится на учет, начинает получать правильный и соответственно обоснованный режим антибиотикотерапии контролируемого качества, а также снабжается практическими советами, психосоциальной поддержкой и информацией в соответствии со своими личными нуждами и обстоятельствами.

4.1.2 Логическое обоснование

Подобрать подходящее больному лечебное учреждение

Больные ТБ, которым поставлен диагноз ТБ там, где нет отделения для оказания специализированной ТБ помощи, должны иметь возможность быть направлены в то медучреждение, где они смогут получать ТБ помощь. При этом специализированные ТБ центры могут быть перегружены из-за большого количества ТБ больных. Это создает сложности и для учреждения, которое не справляется с потоками пациентов, и для больных, которые зачастую вынуждены преодолевать большие расстояния, чтобы получить помощь. Такие затраты денег и времени бывают неподъемны как для пациентов, которым сложно куда-то ехать на лечение, так и для учреждения, которое может не иметь возможности разыскивать больного, неявившегося на прием. Все это может привести к прерыванию ТБ терапии, чего нужно избегать всеми возможными средствами. Поэтому сразу после подтверждения диагноза пациентом следует предоставить возможность выбрать, в каком именно учреждении им удобнее всего получать противотуберкулезную помощь. Это нужно сделать как можно быстрее.

Для тех ТБ больных, которых направили в другое медучреждение (либо по причине невозможности терапии там, где был поставлен диагноз ТБ, либо для удобства больного) крайне важно сделать соответствующую запись там, где был поставлен диагноз ТБ, чтобы можно было проверить, встал ли пациент на учет и была ли начата ТБ терапия в том учреждении, куда был направлен больной. В идеале, эта запись должна быть сделана в лабораторном регистрационном журнале.

Правильно, разборчиво и своевременно заполнять документацию

Все виды документов, включая журнал регистрации и учета ТБ больных, журнал учета ЛУ ТБ больных, карты лечения и любые виды документации на руках у пациента должны заполняться правильно и разборчиво. Чем оперативнее информация будет занесена в соответствующий документ, тем ниже вероятность ошибки, и тем маловероятнее, что результаты анализов и другие важные детали будут упущены.

Важно записать подробный адрес пациента, а также другую контактную информацию, например, номер мобильного телефона родственника или близкого друга, через которого пациента можно найти в случае нужды. Чем раньше эта информация будет внесена в документацию, тем лучше, на тот случай, если по какой-либо причине пациент не явится на прием и его придется разыскивать (см Стандарт 5.2). Некоторые больные поначалу неохотно делятся точной контактной информацией (адрес и номера мобильных телефонов), и дают ее только тогда, когда службе в лице медработников

удастся завоевать их доверие, поэтому полезно периодически перепроверять, не изменились ли или не будут ли изменены в ближайшем будущем контактные данные пациента.

Правильно определить и записать категорию лечения и дозировку препаратов

Если ТБ лечить неправильно, может развиться устойчивость к противотуберкулезным препаратам. Если человек болен ТБ, который уже устойчив к одному или более антибиотикам первого ряда, риск развития устойчивости к другим препаратам гораздо выше. Крайне важно еще до начала терапии выяснить, лечился ли пациент когда-либо в своей жизни от ТБ, так как именно этот факт определяет схему лечения. Пациенты делятся на категории по назначенным им режимам антибиотикотерапии, и то, лечились ли они от ТБ ранее, должно обязательно документироваться и в карте лечения, и в журнале регистрации и учета ТБ больных. Это нужно не только для того, чтобы больной получил правильное лечение, но и для квартальных отчетов о прогрессе в ходе лечения пациента и для анализа эффективности ТБ программы.^{2,3}

Предложить провериться на носительство ВИЧ

Поскольку между ТБ и ВИЧ есть тесная взаимосвязь, рекомендуется предлагать обследование на носительство ВИЧ и разъяснительную беседу всем пациентам с диагностированным ТБ (или с подозрением на ТБ), чтобы при необходимости они могли получать лечение сразу от двух заболеваний. Более подробно об этом говорится в Главе 7.

Кроме того, поскольку существует повышенный риск развития ТБ у больных диабетом, всех диабетиков следует регулярно обследовать на ТБ. Впервые выявленных больных ТБ также нужно обследовать на наличие диабета.¹⁷

Оценить социальные и психологические потребности пациента

Больные ТБ, только что узнавшие о своем диагнозе, могут быть этим диагнозом сильно напуганы. Туберкулез зачастую связывается в общественном сознании с чем-то постыдным, поэтому многие больные могут почувствовать себя изгоями, отвергнутыми обществом. Очень важно добиться того, чтобы с самого начала больные ТБ понимали природу своего заболевания и особенности лечения, во избежание реакций, описанных Таблице 4.1.

Тщательный и подробный анализ психологического состояния и социального статуса пациента позволит медработникам выявить возможные проблемы и предложить пути их решения. Диагноз ЛУ туберкулеза может еще более напугать больного, который, возможно, где-то слышал об опасности и показателях смертности от этого заболевания, поэтому так важно беседовать с больными об их личных сложностях и страхах.

Проверить, что пациент уже знает о ТБ

Каждый пациент имеет свое личное представление и уровень знаний о ТБ, в зависимости того, что они слышали об этом заболевании и знают ли кого-то, кто болел туберкулезом. Важно выяснить, что именно им уже известно, чтобы дать ту информацию, которой не хватает, развеять возможные заблуждения и подробнее рассказать

о том, что больного волнует больше всего. Если медработник понятно и доброжелательно разъясняет то, что представляется важным для пациента, то шансы на соблюдение пациентом режима лечения, значительно возрастают. Можно пользоваться и соответствующими наглядными пособиями, однако, они ни в коем случае не должны замещать беседу с больным с глазу на глаз. И, наконец, нужно следить за тем, чтобы объем информации за одну беседу соответствовал потребностям и нуждам данного конкретного пациента.

Продолжать строить доверительные отношения с пациентом

Диагноз ТБ может стать большим ударом для человека и повлечь за собой массу сложностей, как для самого больного, так и для его близких. Хорошие взаимоотношения удается построить тогда, когда больного внимательно слушают. С самого начала лечения нужно обязательно выделять время на то, чтобы выслушать больного, рассказать о том, что это за болезнь, какое лечение ему назначено, какие побочные эффекты препаратов можно ожидать, и как диагноз и терапия могут повлиять на образ жизни пациента. Это поможет пациентам придерживаться режима лечения и не пропускать назначенных визитов в медучреждение. ***Лучше сразу вложить в больного максимум времени и сил, чем потерять их потом, когда он перестанет являться на прием, разыскивая и уговаривая лечиться, а также продлевая терапию из-за неудачных результатов лечения.*** Конфиденциальность пациента должна соблюдаться очень строго, и больного нужно снова заверить в том, что на всем протяжении лечения сведения о больном разглашаться не будут – важно сохранить и поддерживать доверие пациента к службе.

Рассказать, как защитить близких от заражения ТБ

Важно выяснить, что известно пациенту о путях распространения ТБ инфекции и развеять возможные заблуждения, дополнить уже имеющиеся познания, дать ясную и правильную информацию о том, как распространяется это заболевание и как снизить риск заражения с помощью проветривания и гигиены кашля. Обязательно выслушайте опасения пациента по поводу тех, кого он, возможно, заразил и попросите внимательно отнестись к своему окружению – людей с симптомами ТБ нужно убедить обратиться за обследованием в ближайшее медучреждение. Подробнее об отслеживании контактов – в Стандарте 4.3.

Таблица 4.1: Возможные эмоциональные реакции на известие о диагнозе ТБ и как помочь пациенту с ними справиться

Возможная эмоциональная реакция	Как помочь пациенту с ней справиться
Пациент подавлен обстановкой	В доброжелательной и располагающей к общению атмосфере заинтересованно попросите рассказать пациента о своих опасениях.

Возможная эмоциональная реакция	Как помочь пациенту с ней справиться
<p>Он боится:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принимать лекарства • Умереть • Побочных эффектов препаратов • Самого заболевания ТБ, включая ЛУ ТБ • Заразить других • Быть отвергнутым и ощутить дискриминацию со стороны общества (стигма) • Потерять работу • Потерять жилье • Обнаружить у себя ВИЧ 	<p>В доступной форме рассказывать о ТБ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • пациенту • его семье • коллегам по работе • социальному окружению • выявленным контактам • давать советы • постоянно быть на связи и оказывать моральную поддержку
<p>Отрицание/нежелание поверить в свой диагноз</p>	<p>Информация/Моральная поддержка (выясните, кто из значимых для больного людей, например, близкий родственник, может психологически поддержать пациента).</p>
<p>Другие приоритеты, которые отодвигают болезнь на второй план</p>	<p>Предлагайте конкретную помощь – решайте проблемы пациента.</p>
<p>Душевная сумятица</p> <ul style="list-style-type: none"> • чувство вины • злость 	<p>Работайте с эмоциями</p> <p>Проверьте, правильно ли больной и его близкие понимают и, соответственно, реагируют на ваши слова.</p>
<p>Сопутствующие заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> • ВИЧ инфекция и СПИД • Диабет • Курение • Злоупотребление веществами 	<p>По возможности привлекайте другие службы.</p> <p>Сообщите пациенту, куда он может обратиться за помощью.</p> <p>Предложите обследование на ВИЧ, консультацию специалиста, а также лечение, поддержку и уход.</p>
<p>Нарушены социальные связи</p> <ul style="list-style-type: none"> • напр, пациент живет один 	<p>Найдите потенциальных помощников для пациента среди его друзей, семьи, общественных организаций и проч.</p>

4.1.3 Ресурсы

Если пациенты обычно обращаются за помощью в один специализированный по ТБ крупный и хорошо известный медицинский центр, то должна быть система распределения больных, которым поставлен диагноз ТБ, по ряду других медучреждений на их выбор, где им предлагается курс лечения. Пациент по направлению из головного ТБ медучреждения, где был поставлен диагноз ТБ, должен явиться туда, где будет постоянно получать курс терапии, встать на учет как больной ТБ и начать лечение. Такая система распределения больных ТБ должна находиться под постоянным контролем регионального координатора ТБ помощи, который следит за тем, чтобы больные явились туда, куда их направили, встали на учет и начали получать терапию и уход.

- Карты лечения и журналы регистрации и учета больных ТБ в достаточном количестве, при этом медработники должны уметь их разборчиво, своевременно и грамотно заполнять.²
- Хорошие навыки общения (Таблица 4.2) для того, чтобы:
 - Уметь оценить уровень познаний пациента о ТБ и его лечении
 - Предоставить правильную информацию, исходя из потребностей и уровня понимания пациента
 - Показать, что пациент не безразличен службе
 - Убедить пациента прийти на прием в назначенное время
- Медработники, в чьи обязанности входит поставить диагноз ТБ, достаточно компетентны, чтобы подобрать, задокументировать и начать правильный режим терапии либо, при необходимости, направить для получения лечения от ЛУ ТБ согласно местным предписаниям
- Медработник достаточно знает о ТБ и его лечении, чтобы оценить, какой объем информации требуется каждому конкретному больному и правильно ответить на его/ее вопросы
- У медработников есть доступ к современной справочной литературе по ТБ и противотуберкулезной помощи
- Имеются в наличии информационные листовки на доступных пациентам языках, которые можно выдать в подкрепление главных тезисов устной беседы
- Всегда есть кто-то, к кому больной может обратиться за советом, и больной точно знает, как и к кому обращаться в случае необходимости.

Таблица 4.2: Правила успешного общения

- Внимательно слушайте
- Задавайте вопросы открытого типа, например, «что именно», «каким образом», «почему», чтобы побудить собеседника отвечать подробнее
- Мысленно ставьте себя на место больного
- Интересуйтесь верованиями, ценностями, традициями и привычками пациента, уважайте их
- Держитесь с пациентом на равных
- Улыбайтесь и смотрите на пациента во время разговора
- Проверяйте, правильно ли вы поняли пациента, резюмируя вслух только что от него услышанное
- Помогайте взглянуть на ситуацию в долгосрочной перспективе
- Используйте тактильный контакт (пожать руку, похлопать по плечу) там, где это уместно, чтобы подбодрить и показать свое участие
- Не забывайте про язык тела (например, будьте открыты и дружелюбны, но в то же время показывайте свое уважение к пациенту)
- По возможности, говорите на том языке, на котором предпочитает общаться пациент

4.1.4 Профессиональная деятельность

- Пациенты, чей диагноз поставлен в медучреждении, которое расположено далеко от их постоянного места жительства, направляются в то медучреждение, где им будет ближе и удобнее получить терапию, уход и наблюдение.
 - Пациент должен выбрать медучреждение из официального списка – как только выбор сделан, пациенту дают четкие указания встать в этом учреждении на учет и срочно начинать лечение
 - Очень важно, чтобы медработник, с которым пациент обговаривает выбор медучреждения, ответил на все вопросы пациента и убедился, что пациент действительно понял, что теперь следует делать и почему
 - Медработник должен записать, в какое именно медучреждение направлен пациент, в лабораторный регистрационный журнал или журнал учета выданных направлений. Эта система в разных учреждениях может быть разной, но медсестра должна следовать принятым в стране инструкциям.
- Медработник того медучреждения, где пациент встал на учет, должен провести с пациентом беседу и выяснить, лечился ли пациент от ТБ ранее, есть ли сопутствующие заболевания, кто из близких и друзей готов помочь на период лечения, что пациент чувствует и думает по поводу своего лечения, чего боится, как оценивает возможный исход терапии. В Таблице 4.3 дается тематика бесед и примеры вопросов, которые можно включить в первые беседы с больными, которым недавно диагностировали ТБ. Вряд ли вам удастся охватить все темы за одну встречу, поэтому

стоит сосредоточиться на тех вопросах, которые особо беспокоят пациента. Такой подробный анализ ситуации пациента в самом начале лечения особенно важен, поскольку поможет выявить возможные проблемы с мотивацией больного на лечение.

- Информация и психосоциальная поддержка ориентирована на нужды конкретного пациента, пациент уясняет: ТБ можно вылечить; как распространяется ТБ; какие меры инфекционного контроля необходимы; как лечится это заболевание; лечение ТБ бесплатное; как важно пройти полный курс регулярной терапии под наблюдением; когда и где можно получить помощь; какие побочные эффекты препаратов безвредны, а какие опасны, и что в этом случае делать.
- Медработник должен обговорить с пациентом сроки и возможную длительность лечения, выяснить, что может помешать пациенту закончить курс терапии, проявить эмоциональное участие и узнать, нет ли необходимости направить пациента в другое «место получения ТБ лечения» для приема таблеток за пределами данного медучреждения.
- Медработник и пациент согласовывают план индивидуального ухода за больным, основанный на потребностях и обстоятельствах данного конкретного пациента
- Пациента распределяют в правильную категорию и в установленном порядке ставят на учет²
- Все необходимые данные вносятся в журнал учета и регистрации больных ТБ и карту лечения пациента, включая даты, подробную контактную информацию, отделение, очаг заболевания, результаты, категорию лечения, режим терапии, статус по ВИЧ и другие сопутствующие заболевания, такие как диабет, а также медучреждение, где пациент будет получать курс ТБ терапии под наблюдением²
- Степень влияния заболевания ТБ и противотуберкулезной терапии на больного и его близких регулярно оценивается в ходе последующих визитов пациента в медучреждение (напр. через определенные интервалы в ходе получения ДОТ, или в каждое посещение за лекарствами во время продолжающей фазы).

Таблица 4.3: Тематика первых бесед с пациентом

Тема	Вопросы
Отношение к диагнозу	<ul style="list-style-type: none"> • Что вы чувствуете по поводу своего диагноза ТБ? • Есть ли у вас вопросы или опасения в этой связи? • Как к этому отнесутся ваша семья и близкие друзья?
Знания о ТБ	<ul style="list-style-type: none"> • Что вам известно о ТБ? • Что вам рассказывали о ТБ? • Что вы знаете о том, как происходит заражение ТБ? • Какие у вас есть на данный момент вопросы или опасения?

Тема	Вопросы
<p>Предыдущее лечение от ТБ, были ли проблемы в ходе лечения, насколько вероятно опасность повторного отрыва от врачебного наблюдения</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Приходилось ли вам когда-либо лечиться от ТБ? • Если да, то когда, где и как долго? Сохранилась ли у вас старая карта лечения? Можно на нее взглянуть? • Какие противотуберкулезные препараты вы принимали в прошлый раз? • Как вы себя тогда чувствовали? • Случались ли проблемы? Какие?
<p>Знания о терапии ТБ</p> <p>Примечание: Пациентов женского пола нужно предупредить о взаимном действии рифампицина и оральных контрацептивов во избежание нежелательной беременности</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Что вам известно о терапии ТБ? • Как вы думаете, что произойдет, если вы не будете лечиться? • Как вы собираетесь наладить регулярный прием таблеток? • Знаете ли вы, что лечение от ТБ – бесплатное?
<p>Знания о возможных побочных эффектах препаратов</p> <p>Примечание: обязательно сказать пациенту, что моча красного цвета – нормальное и безвредное явление при приеме рифампицина</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Бывали ли у вас побочные реакции на прием каких-либо препаратов? • Что вы знаете о побочных эффектах противотуберкулезной терапии? • Принимаете ли вы какие-нибудь лекарства (напр, антиретровирусные)?

Тема	Вопросы
Возможные препятствия для получения помощи: особенности образа жизни, затраты, расстояние от дома до медучреждения, часы приема	<ul style="list-style-type: none"> • Есть ли у вас какие-то другие проблемы со здоровьем, если да – то какие? (Подсказка: ВИЧ, диабет, и т.д.) • У кого еще вы консультируетесь/лечитесь/обращаетесь по поводу проблем со здоровьем? • Где вы сейчас проживаете? • Как долго вы собираетесь там жить? • Каким образом вы добираетесь до клиники? • Сколько времени уходит у вас, чтобы добраться до клиники? • Сколько это вам стоит? • Приходится ли вам содержать кого-то еще (маленьких детей, стариков или больных родственников)? • Работаете ли вы? Кем? Безработный? • Как вы планируете регулярно являться на прием в назначенное время?
	<ul style="list-style-type: none"> • Как часто вы употребляете алкоголь, курите сигареты, потребляете табак или принимаете наркотики? Как вы считаете, нужна ли вам помощь? (более подробно на эту тему во время обследования)
Другие проблемы со здоровьем	<ul style="list-style-type: none"> • Есть ли у вас другие заболевания, например, диабет или ВИЧ? • Принимаете ли вы другие лекарства, и если да, как вы относитесь к тому, что нужно будет принимать еще и противотуберкулезные препараты? • Какие еще проблемы со здоровьем вас беспокоят в данный момент? • Вы курите/потребляете табак? Сколько сигарет в день? • Какое количество алкоголя вы потребляете за неделю? • Как часто вы потребляете легкие наркотики?
Социальные связи: семья, друзья, общество	<ul style="list-style-type: none"> • К кому вы можете обратиться за помощью в случае необходимости (персонал/семья/друзья)? • Чем мы можем вам помочь?

Тема	Вопросы
Заключение	<ul style="list-style-type: none"> • Есть ли у вас еще вопросы или опасения? • Что вы теперь собираетесь делать? • Напомните пациенту, что он всегда может обратиться к медсестре по таким вопросам как: <ul style="list-style-type: none"> – Побочные эффекты препаратов – Как добраться на прием – Дополнительные лекарства от других болезней – Любые обстоятельства, которые могут помешать пациенту лечиться

NB: Отслеживание контактов рассматривается в Стандарте 4.3

4.1.5 Результат

Пациент в надлежащем порядке взят на учет в соответствующем лечебном учреждении и вся информация, включая результаты обследований, правильно занесена в карту лечения и журнал регистрации и учета больных ТБ. Пациент понимает природу своего заболевания, особенности лечения и знает, куда можно обратиться за помощью в случае необходимости. Первичное обследование закладывает основу для пациент-ориентированного плана ухода, который минимизирует все препятствия для лечения, включая выбор больным самого удобного для него ТБ учреждения, где он/а будет получать терапию под непосредственным наблюдением. Успех этого стандарта можно измерить, если сравнить информацию журнала регистрации и учета больных ТБ с данными из карты лечения и лабораторного регистрационного журнала, показателями отрывов на интенсивной фазе, а также непосредственно опросить пациентов.

4.2 Стандарт: Начало лечения – организация терапии под непосредственным наблюдением (DOT) в интенсивной фазе

4.2.1 Формулировка стандарта

ДОТ организована в наиболее удобной и надежной форме, при этом учитываются потребности и пожелания пациента, а также наличие местных ресурсов.

4.2.2 Логическое обоснование

Лечение под непосредственным наблюдением

ДОТ – это процесс, цель которого: 1) помочь пациенту пройти полный курс противотуберкулезной терапии и предотвратить развитие лекарственной устойчивости и 2) документально засвидетельствовать факт приема препаратов пациентом. ДОТ рекомендуется назначать всем больным во время интенсивной терапии, а также во время

продолжающей фазы пациентам на повторном лечении или на режимах терапии ЛУ ТБ,³ поскольку доказано, что эта мера предотвращает развитие дальнейшей лекарственной устойчивости² и улучшает показатели завершения курса лечения.³²

Свести к минимуму затраты пациента и подобрать наиболее удобное для больного место получения ДОТ

Пациент не должен нести большие финансовые убытки. Хотя само лечение в большинстве случаев предоставляется бесплатно, у пациента могут быть неподъемные расходы на транспорт, чтобы добраться в клинику, а время, которое уходит на ДОТ, придется отнимать от работы/семьи. Если помочь пациенту сократить эти затраты, он будет больше привержен лечению. Для этого пациенту надо подобрать наиболее удобное для посещения медучреждение, где предоставляется ТБ терапия под наблюдением. Нужно дать пациенту возможность выбора – хочет ли он получать лечение рядом с домом или вблизи работы, или есть какие-то другие причины выбрать то или иное место. **Прим:** Иногда пациент предпочитает ездить на лечение подальше от дома, чтобы сохранить анонимность.

Наблюдатели за лечением должны обладать необходимыми навыками, познаниями и иметь возможность обратиться за помощью при необходимости

Человек, на которого возложена обязанность наблюдать за приемом лекарств, должен делать это с душой и участием. Если наблюдатель за лечением, к примеру, не понимает, в чем заключается его роль, ведет себя недружелюбно или не обращает внимания на жалобы пациента, больной может обидеться и перестать приходить на лечение. С другой стороны, если наблюдатель за лечением сам не получает никакой поддержки или никто его не контролирует, он может потерять интерес к этому делу, а то и давать пациенту неправильную информацию или неправильные таблетки.

Сохранить хорошие отношения с пациентом

Важно рассказать пациенту обо всех вариантах получения терапии под наблюдением, которые практикуются в вашем медучреждении. Выбранный вариант должен устраивать и пациента, и медработника, иначе ничего не получится. Медработник должен убедить больного сотрудничать и объяснить, что наблюдение означает скорее помощь, чем надзор.

Документировать прием препаратов

Каждая принятая доза препаратов и результат каждого обследования немедленно заносится в карту лечения больного, таким образом можно оценивать ход лечения больного и выявлять отрыв от лечения сразу в конце дня.

4.2.3 Ресурсы

- Как бы ни было организовано лечение под наблюдением (DOT), оно должно быть осуществимым, практичным и приемлемым на длительный период времени как для пациента, так и для медучреждения, где больной стоит на учете

- Существующие возможности организации ДОТ при лечебных ТБ учреждениях за пределами головного медучреждения должны быть четко определены в местных и/или государственных руководствах и инструкциях
- Пациент должен быть максимально задействован в выборе вариантов организации своего лечения и соответственно осведомлен и подготовлен
- Карта лечения должна находиться у наблюдателя за лечением, который должен уметь заполнять ее правильно, разборчиво и своевременно
- Альтернативные варианты наблюдения за лечением вне медучреждения, предоставляющего ТБ помощь, могут различаться в зависимости от местных условий и наличия ресурсов.

Возможные варианты организации ДОТ за пределами медучреждения

Пациент может получать лечение под наблюдением и вне специализированного медучреждения, при условии, что соблюдается следующий принцип: пациент глотает таблетки в присутствии специально обученного и подконтрольного ТБ службе наблюдателя за лечением.³³ Пациент может ежедневно являться в заранее обговоренное ТБ медучреждение и получать лечение от медработника, либо приходить в пункт оказания помощи по месту жительства и получать лечение от специально обученного наблюдателя за лечением.³² Если есть несколько ТБ медучреждений, где предлагается лечение под наблюдением, пациента прикрепляют к тому, которое его наиболее устраивает, то есть, которое он выбирает сам. Возможны и другие варианты организации ДОТ в зависимости от местных условий, обязательным является регулярное наблюдение и контроль со стороны ТБ службы. При любом варианте должен соблюдаться принцип личного присутствия специально обученного и подконтрольного тубслужбе человека, который следит за тем, как пациент глотает таблетки и документирует этот факт.^{32, 33}

Наблюдатели за лечением

Сотрудники, которые непосредственно наблюдают за лечением, зачастую не являются координаторами или руководителями учреждений. Лица, на которых возложена обязанность наблюдать за лечением, должны быть назначены официально, пройти соответствующее обучение и получать поддержку в форме регулярных проверочных визитов, цель которых – обеспечить высокое качество их деятельности. В большинстве случаев под этим имеется в виду ежемесячный визит со стороны координатора ТБ помощи.

Как выбрать подходящего наблюдателя за лечением

Человек, назначенный наблюдателем за лечением, должен:

- Быть приемлемым для пациента
- Согласиться выполнять эту работу
- Проявлять ответственность и заботу
- Уважать право больного на конфиденциальность
- Быть преданным своему делу
- С готовностью углублять свои познания на курсах обучения и переподготовки
- Понимать суть своей работы.

Обучение

Содержание обучения наблюдателей за лечением должно быть четко определено, приведено в стандартную форму, включать в себя постоянный контроль и наставничество на рабочем месте.

Наблюдатель за лечением должен иметь достаточные познания по следующим темам:

- Пути передачи ТБ инфекции и процесс развития заболевания
- Другие сопутствующие заболевания, такие как ВИЧ, диабет и тд.
- Инфекционный контроль и профилактика заражения
- Лечение ТБ препаратами первого и второго ряда и связанные с этим побочные эффекты препаратов
- Терапия ТБ и взаимное действие противотуберкулезных и других препаратов, таких как АРТ, антипсихотические средства, оральные контрацептивы
- Злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами во время противотуберкулезной терапии и его потенциальное влияние на лечение
- Когда направлять пациента на консультацию в соответствующее лечебное учреждение.

Наблюдатель за лечением должен уметь:

- Наблюдать за приемом лекарств и записывать, какие препараты были приняты в соответствии с предписаниями врача
- Следить за соблюдением правил инфекционной безопасности при посещениях больных на дому, обучать пациента и его близких методам профилактики заражения с помощью проветривания и гигиены кашля
- Следить за тем, чтобы пациент не забывал о назначенных посещениях медучреждения и вовремя о них напоминать (тут могут помочь ежедневники, календари, приложения-напоминки)
- Связываться с пациентом после пропущенного приема препаратов – уже на следующий день позвонить, послать текстовое сообщение, прийти на дом и тд.
- Ободрять и утешать больных
- Наблюдать и опрашивать больных на предмет побочных реакций препаратов, обращать внимание на их симптомы
- Направлять пациентов в медучреждение, если возникает проблема
- Направлять лиц с подозрением на ТБ в соответствующее лечебное учреждение
- Привлекать внимание к проблеме ТБ в обществе и на рабочих местах
- Посещать курсы повышения квалификации.

Контроль

При любом варианте организации лечения под наблюдением должна сохраняться прочная связь с ТБ службой. Пациент продолжает посещать врача для контрольных обследований, а **Координатор ТБ помощи обязан регулярно (по меньшей мере раз в месяц) встречаться с наблюдателем за лечением и помогать ему в работе.** Нужно создать определенную систему, благодаря которой проблемы выявляются, доносятся до сведения руководства и решаются в кратчайшие сроки. Координаторов нужно обеспечить транспортом для ежемесячных контрольных визитов. Если организовать надлежащий контроль нельзя, никакие альтернативные варианты лечения под наблюдением вне лечебного учреждения рассматриваться не должны.

В ЛЮБОМ случае ответственность за организацию помощи пациентам, включая лечение под непосредственным наблюдением, лежит на местном головном ТБ медучреждении и его сотрудниках.²

4.2.4 Профессиональная деятельность

- В самом начале терапии проводится анализ потребностей и обстоятельств пациента
- Лечение под непосредственным наблюдением организуется, исходя из этих потребностей и обстоятельств, а также имеющихся ресурсов службы
- Со всеми задействованными лицами проводятся подробные беседы и составляется четкий план, где оговорена сфера ответственности каждого
- Координатор ТБ помощи ежемесячно встречается с наблюдателем за лечением для контроля его деятельности и поддержки
- Координатор ТБ помощи несет ответственность за успех лечения
- Между всеми участниками организации ухода за ТБ больным, включая головное ТБ медучреждение, его филиалы и тех, на кого возложена роль наблюдателей за лечением, должна поддерживаться хорошая связь.

4.2.5 Результат

Лечение под непосредственным наблюдением (ДОТ) успешно применяется. Это можно подтвердить с помощью карт лечения, где отмечена каждая принятая доза и каждому перерыву в приеме препаратов есть объяснение.

4.3 Стандарт: Отслеживание и обследование контактов

4.3.1 Формулировка стандарта

Отслеживание и обследование контактов осуществляется в соответствии с принятыми на местах протоколами.

4.3.2 Логическое обоснование

Выявление уязвимых контактов

Рекомендуется обследовать всех, кто находится в близком физическом контакте с больным, поскольку эти люди подвергаются наибольшему риску заразиться и заболеть активным ТБ. Масштаб обследования зависит от имеющихся ресурсов, но, как минимум, все контакты нужно проверить на наличие симптомов ТБ, а тех, у кого есть симптомы и кто живет под одной крышей с бактериологически подтвержденным больным ТБ (по микроскопии мазка или по результату Xpert MTB/RIF – согласно национальным инструкциям) – обследовать на ТБ в установленном порядке. Дети младше пяти лет и те, кто больны ВИЧ или диабетом, наиболее подвержены опасности заражения ТБ, поэтому при наличии симптомов их надо осматривать и обследовать в первую очередь.^{2,13}

Выявление случаев активного заболевания

Обследование лиц из контактов больного ТБ – один из наиболее эффективных способов выявления случаев активного заболевания, поскольку те, кто проживает рядом с недавно выявленным больным инфекционной формой ТБ, с высокой степенью вероятности либо заражены, либо уже больны.³⁴

Обследование может выявить человека, который послужил источником заражения и сам не подозревает о своем заболевании, следовательно, не обращается за лечением и заражает окружающих. Однако 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 или подростка, больного активным ТБ, который может проживать с ним под одной крышей, быть близким родственником или другом семьи.

Санитарное просвещение

Обследование даже как минимум только тех членов семьи больного, которые проживают с ним на одной площади, дает ценную возможность рассказать о ТБ потенциально инфицированным людям, которые благодаря этому будут начеку, смогут 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 достаточно знать о своем заболевании, чтобы не стесняться рассказывать о нем тем, кто вступал с ними в контакт и обнаруживает признаки и симптомы заболевания.

Превентивная терапия

Лечение латентной ТБ инфекции (ЛТБИ) в целях предотвращения развития активного заболевания наиболее эффективно в случае зараженных детей и других уязвимых групп населения, особенно людей, живущих с ВИЧ.^{35, 36} Чаще всего назначается режим терапии, который состоит из ежедневного приема изониазида в дозировке 7–15 мг/кг (обычно 300 мг/день) в течение по меньшей мере шести месяцев, он называется ПЛИ.^{36, 37} До начала превентивной терапии нужно обязательно исключить возможность активного заболевания, чтобы избежать монотерапии и последующего развития лекарственной устойчивости. В настоящее время не существует рекомендаций в отношении превентивной терапии для контактов больных ЛУ ТБ. Если имелся контакт с больным ЛУ ТБ, нужно обращаться за указаниями в местные референс-центры лечения ЛУ ТБ.

Если есть возможность, выявляйте латентную инфекцию с помощью кожной туберкулиновой пробы (КТП) и предлагайте превентивную терапию тем, кто подвергается наибольшей опасности развития активного заболевания. Там, где туберкулиновая проба недоступна, в отсутствие активного заболевания Союз и ВОЗ рекомендуют назначать превентивную терапию всем детям до пяти лет, которые проживают под одной крышей с бактериологически подтвержденным больным активной формой ТБ легких. Есть достаточно данных, позволяющих считать, что превентивная терапия – наиболее простой и эффективный способ профилактики ТБ среди маленьких детей.³⁴

Тактичность и осмотрительность

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, в достаточной мере объяснять и согласовывать свои действия с больным. Нужно стараться любыми способами сохранять конфиденциальность пациента. 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.

Внимание: Если человек не знает свой ВИЧ статус, и у него наблюдаются признаки ВИЧ-инфекции (Приложение 3), или он/а – в группе риска по ВИЧ, его/ее нужно убедить провериться на ВИЧ, поскольку в этом случае может помочь ПЛИ.³⁵ См Стандарт 7.1.

4.3.3 Ресурсы

Самое главное – выяснить, не проживают ли вместе с пациентом дети младше пяти лет, а также не замечает ли пациент у кого-то из своего окружения признаков или симптомов ТБ. Не менее важно узнать, не проживает ли рядом с пациентом человек с нарушениями иммунной системы, особенно если есть подозрение, что это носитель ВИЧ. Если после предварительной беседы с пациентом ясно, что кто-то из его близких может быть носителем ВИЧ, но точно не знает свой статус, нужно предложить сделать тест. Эти контакты потом можно обследовать и лечить в случае необходимости.

- Самый важный ресурс для выявления ТБ – это сами больные ТБ, поскольку их можно научить замечать, кто из окружающих может иметь симптомы ТБ, похожие на их собственные. Если ваши пациенты сами получили хорошее лечение, к ним доброжелательно относились и снабжали информацией, то они смогут убедить и других обращаться за помощью.
- Все работники здравоохранения, которые участвуют в оказании помощи ТБ больным, должны обладать достаточными познаниями о заболевании ТБ, его природе и путях распространения, чтобы быть в состоянии правильно оценить степень риска заражения и обследовать в первую очередь тех, кто подвергается наибольшему риску.
- Требуется время и место для того, чтобы с глазу на глаз обсудить с больным, как важно вспомнить и назвать всех, с кем он тесно общался и кто может быть теперь инфицирован ТБ, особенно если среди них дети до пяти лет или люди, о которых больному известно (или он подозревает), что они – носители ВИЧ.
- Медработникам должен быть выделен транспорт для посещений больного на дому в целях оценки жилищных условий.
- Для обследования на наличие латентной ТБ инфекции согласно местным протоколам (напр, КТП) нужно соответствующее оборудование и обучение.

4.3.4 Профессиональная деятельность

Рекомендуется назначать полный курс ТБ терапии всем детям до пяти лет с симптомами ТБ, которые проживают под одной крышей с недавно выявленным больным активным ТБ, при этом режим терапии должен соответствовать схеме устойчивости больного, в контакте с которым был ребенок.³ Дети до пяти лет без симптомов, проживающие вместе с больным ТБ, должны получать превентивную терапию.³⁷

Медработник, который предоставляет помощь впервые выявленному пациенту, должен:

- Тщательно проанализировать семейное и жилищное положение больного, выяснить количество контактов и определить, есть ли среди них потенциально больные ТБ (есть ли кашляющие?), а также кто из них подвергается наибольшей опасности заражения (маленькие дети, люди, живущие с ВИЧ/СПИД (ЛЖВС), диабетики, беременные, пожилые и тд).
- Обсудить с больным процесс выявления и обследования контактов и ответить на все вопросы больного в этой связи.
- На протяжении всего курса терапии больного продолжать выяснять, с кем еще мог общаться пациент, учить его распознавать симптомы среди родственников и знакомых и побуждать обращаться за помощью.
- Просвещать пациента и его близких (с согласия пациента) на тему ТБ.
- Разборчиво и тщательно записывать в историю болезни/карту лечения больного и/или любой другой предписанный НПП документ по отслеживанию контактов все выявленные контакты из групп повышенного риска заражения, все случаи направления на обследование и все, что было предпринято в этой связи (можно приложить к истории болезни пациента вручную сделанную таблицу, по предлагаемому образцу на Схеме 4.1).
- Ободрять родственников и друзей больного и обеспечивать их ясной и достоверной информацией о ТБ, а также о том, что может произойти в связи с их контактом с больным ТБ:
- Некоторых будут обследовать и назначат полный курс лечения, если обнаружится ТБ
- У некоторых могут обнаружить ЛТБИ и назначить превентивную терапию
- Остальные просто получают советы и моральную поддержку, а также просьбу обращаться за помощью, если появятся симптомы.
- Объяснить, в чем ценность превентивной терапии для профилактики развития активного заболевания, особенно для маленьких детей и людей, живущих с ВИЧ.

По возможности посетите пациента на дому, чтобы оценить жилищные условия и домашнюю обстановку: количество домочадцев, размеры и занятость комнат, возможности вентиляции.

Схема 4.1: Пример оформления сведений о домашних контактах

ФИО	Возраст	Вес	Симптомы	Дата обследования*	Результат*	Что сделано

* если есть возможность обследования

ВОЗ издала пособие для отслеживания контактов, его текст на английском языке можно найти по ссылке: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf²⁸

Внимание: Медработник или наблюдатель за лечением, который регулярно посещает пациента на дому, должен быть особенно настороже в отношении домочадцев больного и использовать каждый визит, чтобы еще раз напоминать о том, как важно серьезно относиться к симптомам, если они появляются, и добровольно прийти на обследование.

4.3.5 Результат

Контакты из групп высокого риска выявлены, обследованы и в их отношении предприняты соответствующие меры. Имеется документация, по которой можно выяснить, сколько контактов было выявлено, сколько обследовано, есть разбивка по результатам обследования, и что было предпринято в каждом случае.

5 УХОД НА ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЕ ЛЕЧЕНИЯ: КАК ДОБИТЬСЯ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Для многих людей диагноз ТБ является настоящим потрясением. Кто-то отказывается в это поверить, кто-то, наоборот, испытывает облегчение, узнав, в чем дело и что от этой болезни можно излечиться. Как уже говорилось ранее, реакция пациента зависит от ряда факторов: культурные верования и ценности, жизненный опыт, уровень познаний о болезни. Хотя ТБ чаще встречается среди уязвимых групп населения, им может заболеть любой, и для пациентов важно иметь возможность обсудить свое заболевание в контексте собственной жизни и ситуации. Медсестры и другие медработники играют важную роль – они должны окружить заботой всех больных ТБ. Излечение ТБ зависит от того, получил ли больной полный и непрерывный курс лечения, а это возможно только тогда, когда пациент и служба доверяют и сотрудничают друг с другом. Стандарты в этой главе рассказывают о том, как предоставить больному наилучшие возможности соблюдать предписанный режим лечения, при этом неважно, какой он длительности и какие комбинации препаратов используются. Лечение ТБ и ЛУ ТБ основано на одних и тех же принципах, хотя общеизвестно, что пациентам, которых лечат от ЛУ ТБ более сложными режимами химиотерапии препаратами второго ряда, требуется больше внимания и ухода. В исключительных случаях может потребоваться и паллиативная помощь.

5.1 Стандарт: Уход и наблюдение за больным

5.1.1 Формулировка стандарта

За ходом лечения больного и организацией ДОТ идет наблюдение по расписанию, согласованному между координатором ТБ помощи, всеми медработниками и иными лицами, задействованными в оказании помощи ТБ больным.

5.1.2 Логическое обоснование

Решать насущные проблемы пациента

Больные ТБ зачастую сталкиваются с множеством иных проблем, которые, с их точки зрения, гораздо важнее состояния их собственного здоровья, и это может помешать им придерживаться режима лечения. Такая простая мера, как обеспечение больных питанием, может сильно повлиять на способность и мотивацию пациента проходить лечение, особенно если заодно повышается переносимость препаратов. Если связать пациента с местными службами, которые помогут ему в решении других, не связанных со здоровьем проблем, то он с большей вероятностью вернется к лечению. К пациенту нужно относиться с уважением, чтобы он не стеснялся рассказывать о своих трудностях сразу, как только они возникнут. И ТБ служба должна быть в состоянии сразу помочь пациенту и сделать все возможное, чтобы он не прервал лечение. Если пациент доверяет службе, то, скорее всего, сообщит медработнику правильные контактные данные. Да и в других случаях, он, скорее всего, предупредит службу, если по каким-то обстоятельствам вынужден пропустить прием, например, если ему назначено в это время в другом месте или уезжает в командировку. Очень важно, чтобы больной мог свободно

общаться с медработником, сразу сообщать о таких обстоятельствах и совместно с медработником находить другие возможности не прерывать лечение.

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. Если у пациента тяжелые побочные эффекты, такие как желтуха или сильное расстройство пищеварительного тракта, советуйте немедленно прекратить принимать лекарства и направляйте к специалисту. Легкие побочные эффекты, такие как тошнота или кожный зуд, хотя и не требуют прекращения приема препаратов, могут быть достаточно неприятны и беспокоить больного, поэтому медработник должен относиться к таким жалобам серьезно. Моральная поддержка, симптоматическое лечение и сочувствие со стороны медработника могут облегчить состояние больного и побудить его продолжать прием противотуберкулезных препаратов.

Во всех случаях важно выяснить, вызваны ли жалобы больного реакцией на прием ТБ препаратов или указывают на иную, не связанную с ТБ лечением, проблему, требующую врачебного вмешательства. Если этого не сделать, может получиться так, что режим ТБ терапии будет изменен зря и/или другая болезнь на этом фоне останется незамеченной. Подробный список побочных эффектов и ТБ препаратов-возможных виновников можно найти в пособии ВОЗ «Справочное приложение к рекомендациям ВОЗ по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза» (на английском языке) по ссылке http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130918/1/9789241548809_eng.pdf?ua=1&ua=1.⁵

Что делать, когда пациент не является на прием

С пациентом, который не явился на прием в назначенное время, нужно как можно быстрее связаться, чтобы свести к минимуму перерыв в лечении (см Стандарт 5.2). Если медработник каждый раз незамедлительно, настойчиво и доброжелательно разыскивает больных, которые пропускают назначенное время приема, сколько бы времени на это ни уходило, то больной видит – он небезразличен службе, и одно это может сподвигнуть его на продолжение лечения. Нужно делать все возможное для того, чтобы больной смог продолжить лечение и не потерялся для врачебного наблюдения.

Контрольный анализ мокроты

Контрольная микроскопия мазка мокроты нужна для того, чтобы узнать, произошла ли конвертация мазка. Это важно не только для оценки состояния больного, но и для того, чтобы правильно лечить его дальше (например, перевести с начальной интенсивной фазы на продолжающую). Нужно помнить, что анализ Xpert MTB/RIF не играет никакой роли для оценки прогресса лечения, кроме ситуаций, когда возникает подозрение на ЛУ (например, больной неукоснительно придерживался режима терапии, но в конце интенсивной фазы результат микроскопии мокроты по-прежнему положителен). Важно как можно раньше выявить наличие устойчивости и начать соответствующее лечение.

Как и в случае диагностических обследований, чтобы получить правильные и своевременные результаты контрольных анализов, крайне важно правильно заполнять на-

правления на анализ мокроты и этикетки на контейнерах. Не забывайте, что до 25 % больных чувствительными формами ТБ все еще могут быть положительными по мазку после двух месяцев правильного лечения. Большинство из них будут излечены в ходе дальнейшей терапии.

Правильно вести документацию

На всем протяжении интенсивной фазы нужно вовремя заполнять карту лечения, журнал регистрации и учета ТБ больных и лабораторный регистрационный журнал, чтобы иметь возможность не только следить за состоянием каждого больного во время лечения, но и легко отслеживать регулярность приема препаратов во время интенсивной фазы.

Морально поддерживать наблюдателя за лечением

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, иначе он может перестать заботиться о пациенте, особенно если в отношениях с подопечным начнутся сложности.

Морально поддерживать госпитализированного пациента

Если пациент в тяжелом состоянии или лечится от ЛУ ТБ, может случиться, что его надолго госпитализируют. Переносить длительное пребывание в больнице нелегко, особенно если больной далеко от дома и разлучен с близкими, включая собственных детей. Независимо от того, где получают лечение больные ЛУ ТБ – в стационаре, на дому или амбулаторно – меры инфекционного контроля должны обязательно соблюдаться, чтобы защитить и больного, и тех, кто подвергается опасности заразиться. Очень важно проявлять к больному сострадание, оказывая помощь. Если этого не делать, у больного может развиваться депрессия или он может самовольно покинуть стационар, не договорившись о возможностях получения дальнейшей терапии. Нужно иметь подходящие средства индивидуальной защиты (респираторы N95 или FFP2 для персонала и посетителей, хирургические маски для больных), чтобы персонал и больные могли свободно общаться друг с другом, иначе персонал будет избегать общения с пациентами из страха заразиться. Целесообразно устроить специальные площадки для общения в хорошо проветриваемых местах, в идеале – на свежем воздухе, а также организовать досуг больных – телевидение, радио, спортивные тренажеры, игры (например, бильярд), рисование и поделки. Если сама больница не в состоянии обеспечить такое времяпрепровождение больным, то можно привлечь местные общественные организации и/или НПО.

Уход за больными, которые получают ежедневные инъекции

Пациенты, которым назначены ежедневные внутримышечные инъекции (в/м), особенно пациенты с лишним весом, могут испытывать значительную боль и дискомфорт в месте укола. Из-за этого они могут перестать приходить на инъекции в медучреждение, если лечатся амбулаторно. Облегчить страдания таких больных можно, если выслушивать их жалобы, правильно ухаживать за участком кожи в месте укола и давать советы по правильному питанию. Тем больным ЛУ ТБ, которые получают

ежедневные внутримышечные инъекции в течение длительного времени (например, 6–8 месяцев), нужен дополнительный уход: требуется следить за тем, чтобы в месте укола было достаточно мышечной массы для ввода полного объема лекарства, инъекции нельзя делать каждый день в одно и то же место, и нужно регулярно проверять, не развилось ли связанное с уколом осложнение (например, абсцесс, инфекция и тд). Это особенно важно для маленьких детей и младенцев, у которых велик риск развития осложнений в месте инъекции.

5.1.3 Ресурсы

- Доступ медработников к новейшей информации, чтобы они имели достаточные познания о ТБ/ЛУ ТБ и понимали особенности лечения этого заболевания
- Соответствующее обучение медработников, чтобы они умели распознавать тяжелые побочные эффекты препаратов и вовремя направлять больного за помощью, а также умели помочь больным справляться с легкими побочными эффектами препаратов
- Система, которая позволяет медработникам оценивать и правильно реагировать на те факторы, что влияют на приверженность лечению (см Таблица 5.1), проявлять сочувствие к больным и брать на себя ответственность за исход лечения
- Наличие всех необходимых для работы бланков и журналов, а также наличие медработников, которые умеют заполнять их разборчиво, своевременно и правильно
- Головные медучреждения вкупе с подчиненными им ТБ медучреждениями, где имеется система отслеживания пациентов, пропустивших врачебный прием или прием препаратов под непосредственным наблюдением (ДОТ) (см Стандарт 5.2)
- Сотрудничество со вспомогательными службами и другими организациями, которые могут помочь пациентам, в частности, обеспечить их продуктами питания или регулярным дополнительным пайком
- Возможность принять на лечение больных в тяжелом состоянии, хотя это может привести к дополнительным расходам для больных, которые следует учесть
- Контроль за качеством работы всех служб
- Регулярная связь, поддержка и контроль за наблюдателями за лечением
- Если назначены ежедневные инъекции – в распоряжении компетентного и специально обученного медработника должно быть все необходимое оборудование и расходные материалы для ежедневных инъекций
- Подходящие помещения для изоляции, хорошо проветриваемое социальное пространство и СИЗ, как в стационарах, так и в медучреждениях амбулаторного типа
- Эффективно работающие, обеспеченные персоналом и всем необходимым лаборатории с контролем качества для своевременных исследований и результатов микроскопии контрольных мазков мокроты (а также посевов и результатов LPA для больных ЛУ ТБ)
- Доступ к лабораторным исследованиям в целях контроля токсичности и безопасности препаратов для пациентов на режимах ТБ терапии препаратами второго ряда
- Доступ к вспомогательным препаратам для облегчения симптомов типичных побочных эффектов препаратов второго ряда (например, противорвотные, витамин В6, хлористый калий, гормонозаместительная терапия при дисфункциях щитовидной железы).

Таблица 5.1: Какие факторы могут помешать больным придерживаться режима лечения

Факторы, связанные с больным	Что можно сделать
Социально-экономические факторы и личные обстоятельства	
Нет личных средств	<ul style="list-style-type: none"> • Помочь получить все возможные пособия/материальную помощь
Чрезмерное количество одинаково важных для больного забот: работа, уход за домашней скотиной/хозяйством, обеспечение семьи пропитанием и основными материальными благами.	<ul style="list-style-type: none"> • Входить в положение и помогать везде и во всем, где это возможно • Организовать режим лечения с учетом обстоятельств больного
Проблемы, связанные с возрастом пациента, напр, ребенок, подросток, лицо пожилого возраста	<ul style="list-style-type: none"> • Используйте язык, понятный для возраста пациента, и привлечите подходящих возрасту больного помощников
Потеря работы – в связи со стигмой и/или дискриминацией	<ul style="list-style-type: none"> • Посоветуйте подходящие источники поддержки, например, местные НПО
Общественные/семейные обязанности и обязательства (напр, выполнение ранее взятых на себя обязательств, работа, посещение или помощь родственникам)	<ul style="list-style-type: none"> • Заранее обговорите с пациентом, что можно сделать, чтобы не приходилось прерывать лечение в случае отъезда в связи с непредвиденными событиями
Отсутствие места жительства – пациент либо уже был бездомным, либо потерял жилье в связи со стигмой и/или дискриминацией	<ul style="list-style-type: none"> • По возможности помочь, напр, привлечь общественные организации • Обсудить и согласовать с больным, как лучше организовать лечение в таких обстоятельствах
Психологические и эмоциональные факторы	
Личные убеждения и культурные убеждения, а также предрассудки по поводу ТБ	<ul style="list-style-type: none"> • Понять взгляды пациента и постараться развеять его заблуждения в уважительной и тактичной форме
Апатия, пессимизм, депрессия, отрицание	<ul style="list-style-type: none"> • Понять и морально поддержать

Нет системы социальной поддержки	<ul style="list-style-type: none"> • Найти того, кто мог бы помочь пациенту – центр охраны здоровья, волонтер, другой пациент, группы самоподдержки пациентов или другие группы взаимоподдержки, проч.
Недовольство медработником, негативный опыт общения с медработниками в прошлом	<ul style="list-style-type: none"> • Разобраться в проблемах и ожиданиях больного. При необходимости донести жалобы до сведения медучреждения, подать личный положительный пример
Чувство стыда – пациент считает себя отвергнутым обществом из-за своей болезни	<ul style="list-style-type: none"> • Просвещать и ободрять • Вести себя тактично • Прорабатывать тему с пациентом, его близкими и общественными группами при необходимости
Ощущение потери контроля над своей жизнью	<ul style="list-style-type: none"> • Если это возможно, позволить пациенту самому выбрать место получения лечения
Факторы, связанные со здоровьем	Что можно сделать
Пациент в прошлом уклонялся от лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Выяснить, какие обстоятельства привели больного к прерыванию лечения в прошлом
Пациент недоволен слишком медленной скоростью выздоровления/реакцией организма на лечение	<ul style="list-style-type: none"> • Повторно обсудить ожидания пациента и успокоить
Сенсорные нарушения (проблемы со слухом, зрением)	<ul style="list-style-type: none"> • Подобрать наилучший способ общения с пациентом и сотрудничать с теми, кто помимо вас ухаживает за больным
Пациент не в состоянии следовать плану лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Выяснить, почему, устранить причину или соответственно изменить план лечения
Злоупотребление алкоголем и/или наркотическими веществами	<ul style="list-style-type: none"> • Подойти к ситуации с пониманием, проявить тактичность • Попробовать привлечь соответствующие службы помощи. Если это невозможно, принять это как данность и помогать больному делать хотя бы то, что он в состоянии делать

Беспокойство по поводу носительства ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> • Постоянно предлагать свою моральную поддержку и советы • Направить на лечение и организовать дополнительную помощь, если это необходимо и возможно
Все, что связано с терапией	Что можно сделать
Сложность и/или длительность лечения	<ul style="list-style-type: none"> • Давать ясные указания, предоставлять информацию и моральную поддержку
Особенности препаратов (количество таблеток, побочные эффекты и проч)	<ul style="list-style-type: none"> • Предложить моральную поддержку, доступно рассказать о побочных эффектах препаратов и настоятельно просить больных рассказывать обо всех проблемах. По возможности предлагайте помощь в облегчении симптомов. О серьезных побочных эффектах нужно сразу сообщать врачу и оказывать срочную помощь.
Взаимное действие препаратов и пищи: напр, тошнота	<ul style="list-style-type: none"> • Выслушать и предложить советы по изменению питания и времени приема препаратов
Все, что связано с заболеванием	Что можно сделать
Сопутствующие заболевания:	
– ВИЧ	<ul style="list-style-type: none"> • Выяснить статус; предложить консультирование и тестирование; сотрудничать со службами лечения ВИЧ, особенно если назначена АРТ; отслеживать и купировать взаимные действия препаратов
– Диабет	<ul style="list-style-type: none"> • Консультировать по вопросам питания и выяснить, что пациент принимает от диабета
– Истощение	<ul style="list-style-type: none"> • Узнать, есть ли у пациента доступ к питанию, по возможности помочь обеспечить продуктами питания и посоветовать, чем питаться

– Психические проблемы	<ul style="list-style-type: none"> • Проверить, не принимает ли пациент плохо сочетаемые между собой препараты, напр, антипсихотические средства • Тесно сотрудничать с теми, кто оказывает помощь больному. Если таких нет, подыскать альтернативный источник помощи больному.
Все, что связано с системой здравоохранения	Что можно сделать
Сложно или невозможно добраться до клиники/наблюдателя	<ul style="list-style-type: none"> • Организовать лечение в максимально удобной для пациента форме
Долгое время ожидания в клинике	<ul style="list-style-type: none"> • Реорганизовать службу так, чтобы пациентам не приходилось долго ждать, например, пропускать больных ТБ без очереди
Раздробленные и неорганизованные службы	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить координацию и хорошую взаимосвязь между различными службами, регулярно общаться с ними, использовать общие протоколы и проч
Проблемы с персоналом (нет мотивации, нехватка кадров, слишком большая нагрузка на персонал)	<ul style="list-style-type: none"> • Контролировать деятельность персонала. • Относиться к персоналу внимательно, дать людям понять, что их работа ценится; прислушиваться к их идеям; придумать схемы поощрения персонала, напр, награды за хорошую работу/возможность повышения квалификации
Стигма и дискриминация со стороны персонала	<ul style="list-style-type: none"> • Просветительские кампании в медучреждениях, постоянная санпросветработа • Борьба с унижающим человеческое достоинство поведением на всех уровнях • Проверить, не является ли организационная политика учреждения дискриминирующей или стигматизирующей

5.1.4 Профессиональная деятельность

- Медработник, на которого возложен уход за больным, должен оценить ситуацию каждого больного по пунктам из Таблицы 5.1 с целью выявить те факторы, которые могут повлиять на способность данного пациента придерживаться предписанного режима лечения.

- Обязательно соблюдать все правила и меры инфекционной безопасности, предписанные местными инструкциями. Медработник должен рассказывать пациентам, посетителям и остальному персоналу о правильной гигиене кашля и правильном использовании имеющихся в наличии средств индивидуальной защиты. Респираторы N95 (или FFP2) должны быть индивидуально подогнаны под каждого пользователя, храниться в чистом и сухом месте, использованные респираторы нужно выбрасывать, соблюдая все меры предосторожности. Каждого больного, которому выдается хирургическая маска (респираторы N95/FFP2 **НЕ ДОЛЖНЫ** выдаваться больным), нужно проинструктировать, как правильно ей пользоваться и куда выбрасывать.
- В случае лекарственно-чувствительного ТБ (ЛЧ ТБ) в конце интенсивной фазы больного должен осмотреть врач и оценить, насколько успешно идет лечение. Рекомендуется взять по меньшей мере один образец мокроты на микроскопию за неделю до окончания интенсивной фазы. Независимо от результата анализа, больного следует перевести на продолжающую фазу лечения²
- В каждом случае положительного результата микроскопии у больного ЛЧ ТБ после двух месяцев интенсивной фазы нужно пересмотреть историю болезни и выяснить:
 - Был ли больному назначен правильный режим антибиотикотерапии на интенсивную фазу?
 - Какие проблемы могли возникнуть в процессе получения назначенного режима терапии?
 - Не случилось ли какой-то путаницы и недопонимания в отношении режима терапии, например, принимал ли больной лекарства в правильной дозе и через правильные промежутки времени?
 - Не было ли сложностей с наблюдателем за лечением?

Внимание: в этом случае также рекомендуется повторно взять мокроту на анализ Xpert MTB/RIF или ТЛЧ (посев или LPA), в зависимости от того, что предусмотрено национальным протоколом.
- Наблюдение пациентов на более длительных режимах терапии ЛУ ТБ нужно продолжать согласно местным протоколам, с которыми медработник должен быть знаком.
- Между медработником, который осуществляет постоянный ежедневный уход за больным ЛУ ТБ, и командой специалистов-медиков должна быть хорошая связь: о каждой проблеме нужно сразу сообщать нужному специалисту, который должен оказать незамедлительную и правильную помощь
- Уход за больным нужно планировать и регулярно оценивать на предмет максимального соответствия индивидуальным потребностям пациента
- Как и на протяжении всего курса лечения, нужно обращать внимание на серьезные побочные эффекты препаратов, документировать их и незамедлительно направлять больного за помощью к подходящему специалисту
- Легкие побочные эффекты препаратов нужно выявлять, документировать и лечить силами ТБ медучреждения²
- Вся документация, включая журнал учета и регистрации ТБ больных, карты лечения и лабораторный регистрационный журнал, должна заполняться своевременно. Ежедневно специально назначенный медработник должен сверять карты лечения

и журнал регистрации и учета больных ТБ на предмет полного соответствия информации. Особое внимание надо уделять записи результата микроскопии мокроты на втором месяце лечения в журнале учета ТБ больных с ЛЧ ТБ и результатам микроскопии и посева на шестом месяце терапии каждого больного ЛУ ТБ, получающих терапию препаратами второго ряда.

- Беспереывный и достаточный запас препаратов, инъекционного оборудования, СИЗ и других материалов.
- Если пациент не явился на прием препаратов под непосредственным наблюдением, сделать ясную отметку об этом в карте лечения. Следует посетить больного на дому, выяснить, почему он не явился и добиться того, чтобы лечение было как можно быстрее продолжено
- Желательно координировать свою деятельность с работой других местных служб, чтобы знать, как помочь пациенту получить дополнительную поддержку в случае необходимости.

5.1.5 Результат

Интенсивная фаза лечения успешно завершена. Об этом свидетельствуют соответствующие отметки в карте лечения пациента и журнале регистрации и учета больных ТБ.

5.2 Стандарт: Поиск пациентов, не явившихся в назначенное время (перерывы в лечении)

Должна быть система поиска пациентов, которые не явились в назначенное время на прием («прервали лечение»), цель которой – предотвратить длительные перерывы в терапии и потерю пациента для наблюдения. Самые лучшие результаты приносит использование гибких и индивидуальных подходов, например, пользоваться телефоном, текстовыми сообщениями или специальными мобильными приложениями. Качество лечения и ухода, которое получает пациент, неизбежно влияет на отношение к лечению и от него во многом зависит, будет ли больной соблюдать режим лечения или нет.

В большинстве случаев достаточно устранить какую-то одну простую проблему, чтобы пациент вернулся и успешно продолжил лечение, поэтому так важно выяснить – что же это за проблема. При этом всегда будут пациенты, которых невозможно найти, и всегда будут такие, которые, даже если их найти, откажутся возвращаться на лечение. Тем не менее, надо постараться сделать все, что в ваших силах, чтобы возможно большее число пациентов возобновили лечение.

Внимание: Во всех случаях необходимо иметь четкую систему отслеживания неявившихся пациентов. Однако, если держится высокий процент пациентов, потерянных для медицинского наблюдения (более 10%), то не поможет никакая система отслеживания – тут нужно смотреть, в каком состоянии находится вся служба. Анализ работы службы необходим, чтобы выявить и решить такие проблемы общего характера, которые могут затруднять доступ пациентов к службе или приводить к отказу больных от лечения.

5.2.1 Формулировка стандарта

Всех пациентов, которые не являются в назначенное время, разыскивают, выясняют причину неявки и помогают как можно быстрее возобновить лечение.

5.2.2 Логическое обоснование

В первую очередь разыскивать самых заразных больных

В первую очередь нужно разыскивать пациентов с положительным мазком микроскопии мокроты или положительным результатом Xpert MTB/RIF, которые не явились на лечение или пропустили прием. Именно они наиболее опасны для окружающих, распространяя болезнь, и именно они наиболее рискуют умереть без правильного лечения. Нужно сделать все возможное, чтобы такие пациенты получили полный и непрерывный курс лечения. Только так можно снизить количество заразных больных среди населения, предотвратить рост лекарственной устойчивости, излечить больше пациентов и снизить количество смертей.

Быстрое реагирование

Пациентов, прервавших лечение, нужно как можно быстрее найти, чтобы перерыв в лечении не затянулся. Чем быстрее их разыскать и убедить вернуться в лечебное учреждение, тем больше вероятность того, что их состояние за это время не слишком ухудшилось.

Разборчивое, правильное и своевременное заполнение документации

Как только пациент начал лечение, нужно внести в документацию все его контактные данные и регулярно проверять их актуальность. (см Стандарт 4.1).

Ясная и вовремя сделанная пометка в карте лечения пациента должна сразу привлечь внимание персонала к тому, что больной пропустил прием. Карта лечения – очень полезный документ, поскольку из него сразу видно, на каком этапе лечения находится больной и как регулярно он принимает препараты. Кроме того, по карте лечения пациент может и сам видеть, сколько ему осталось лечиться и как важна каждая правильно принятая им доза лекарства.

Постоянный анализ причин неявки

Собирать и анализировать сведения о том, почему больной не явился на лечение, необходимо не только для того, чтобы помочь одному конкретному больному возобновить лечение. Если проблема единична, ее вполне можно легко решить. Однако если на одну и ту же проблему жалуется целый ряд больных, то, возможно, причина кроется в самой службе, и тогда уже требуются более радикальные меры.

Использовать гибкие и инновационные подходы

Для того, чтобы решать более общие проблемы, выявленные при анализе причин неявки больных, требуется гибкость медработников и самой службы. Возможно, потребуется открыть филиал клиники для ряда пациентов из определенной местности; или имеет смысл изменить или продлить часы приема в медучреждении, чтобы больным

было удобнее получать лечение; или нужно изменить форму или содержание просветительских бесед о болезни и лечении, и так далее.

5.2.3 Ресурсы

- В каждом головном и подчиненном медучреждении должен быть единый порядок поиска пациентов, прервавших лечение (включая согласованные сроки их отслеживания). Осуществлять этот порядок должны конкретные люди с четко определенными обязанностями, а контролировать – координатор ТБ помощи.
- Требуется квалифицированный персонал, который понимает важность непрерывного лечения, как внутри самой 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 действующих каналов связи с больными, их семьями и местным населением поможет разыскать больного, который не явился на лечение в назначенное время.
- Крайне важно, чтобы все организации, задействованные в помощи ТБ больным, имели возможность эффективно общаться как между собой, так и с сотрудниками внутри своих подразделений.
- С самого начала больные должны знать о том, что им будут всеми силами помогать пройти полный курс лечения, и о том, какие меры будут приняты, если они пропустят прием. Нужно просить больных предупреждать о том, что они не смогут прийти в назначенное время, чтобы медработник смог вовремя перестроиться под больного. При этом нужно внятно объяснить больному, к кому конкретно и каким образом обращаться в таких случаях. Больные при этом должны быть уверены в том, что к ним отнесутся с уважением и пониманием
- Правильно, аккуратно и своевременно заполнять документацию, иметь достаточный запас бланков карт лечения – все это крайне важно для контроля за соблюдением режима лечения и посещаемости.

5.2.4 Профессиональная деятельность

Ответственный медработник:

- Организует такую систему, при которой карты лечения всех больных, ожидаемых на прием в данный день, складываются в один лоток; как только пациент пришел и получил лечение, его карта перекалывается 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 (либо в ней делается отметка «доза пропущена»), таким образом по карте сразу видно, что больной на прием не явился. Точно также следует поступать, если больной неожиданно покидает стационар. Карты лечения – основной инструмент контроля за состоянием больного и соблюдением режима лечения.

- Организует и проверяет, чтобы со всеми больными, чьи карты лечения остались в первом лотке, как можно быстрее, желательно уже к концу рабочего дня, связались: посетили на дому или позвонили по телефону и убедили явиться для продолжения лечения.
- Умеет спокойно и убедительно уговорить больных, прервавших лечение, вернуться и продолжить курс. Если пациент думает, что там, где он получал лечение, за неявку будут ругать и стыдить, трудно будет заставить его вернуться.
- Поддерживает 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.
- Выясняет причину неявки пациента. Существует масса причин, по которым люди могут не попасть на прием в назначенное время, и поэтому в этой ситуации очень важно относиться к пациенту дружелюбно и непредвзято. Возможно, потребуются несколько неудачных попыток, прежде чем пациента удастся обнаружить. Если в течение двух месяцев больного найти так и не удалось, то в документации делают пометку о том, что пациент «потерян для врачебного наблюдения». Если же пациент после этого все-таки явится в медучреждение, его придется обследовать снова, например, направить на анализ мокроты Xpert MTB/RIF или посев, чтобы выяснить, не развилась ли лекарственная устойчивость.
- Умеет 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 пациента, и для медсестры или ответственного медработника. Следует также рассмотреть возможность применения поощрений/стимулов (см Таблицу 5.2)
- Не отчаивается, если больного не удалось найти сразу, а связывается с его друзьями или родственниками и просит их передать больному убедительную просьбу прийти в клинику в любое удобное для него/нее время.

Внимание: Если же 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. Можно силами персонала клиник и лечебных учреждений проводить краткое собеседование с каждым пациентом, закончившим лечение, в ходе которого просить их оценить качество оказанной помощи и уровень удовлетворенности службой.

Альтернативный план ухода

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 регулярно проверяться координатором службы.

Поощрения/Стимулы

Система поощрений пациентов с ТБ, побуждающих к соблюдению режима лечения, определяется местными/государственными инструкциями. В Таблице 5.2 перечислен ряд примеров поощрений и стимулов, которые используются в разных странах. Не забывайте и о том, что самые простые вещи – похвалить пациента за то, что вовремя пришел и искренне обрадоваться его приходу – тоже могут послужить мощным стимулом.

С одной стороны, применение более конкретных или материальных стимулов может улучшить взаимоотношения больного и медработника, с другой стороны, оно может их значительно усложнить. Такие меры нужно очень тщательно организовывать и разработать ряд четких правил, обязательных как для больного, так и для медработника. Например, если медработник обещает больному какое-то конкретное поощрение, а потом обещание не выполняет, то отношения между ним и больным почти наверняка сильно пострадают. Если медработник ожидает, что больной будет неукоснительно выполнять все правила, он и сам должен поступать так же. На чужой роток не накинешь платок – если медработник что-то обещает и не делает, об этом быстро узнают не только его больные, но и все местные жители, а это может плохо повлиять на репутацию службы в целом.

При распределении поощрений важно понимать разницу между тем, в чем пациент действительно нуждается, и тем, в чем он думает, что нуждается. Также многие медработники считают, что больные непременно сами должны понимать, что они в ответе за свое здоровье и лечение, ведь они же не хотят заражать окружающих. Такая их убежденность может привести к конфликту, поскольку пациентов, которые сами пострадали от нищеты и социальной несправедливости, могут вовсе не волновать проблемы других людей.

По тем же причинам некоторые больные могут потерять чувство самоуважения и начать считать себя недостойными посторонней помощи. Зачастую именно применение стимулов позволяет изменить взаимоотношения больного и медработника. Участие и забота медперсонала, которые проявляются в наблюдении за лечением в сочетании с программой поощрений, 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, очень важно и морально готовить больного к тому, что лечение когда-нибудь закончится, поскольку резкое прекращение всяких отношений может сильно выбить человека из колеи.

Таблица 5.2: Примеры поощрений/стимулов

- Продукты питания, особенно для пациентов без источников дохода и/или получающих лечение от МЛУ ТБ, а также для ВИЧ-инфицированных на АРТ
- Группы взаимоподдержки (особенно эффективны, если ими руководят или в них активно участвуют бывшие больные ТБ, которым удалось вылечиться)
- Церемонии награждения, напр., выдача сертификата об успешном завершении лечения
- Возмещение расходов на транспорт
- Визиты/звонки медработника амбулаторной службы «своим» пациентам на стационарном лечении, чтобы подбодрить и поддержать
- “Благодарственное чаепитие” (приглашение на чай) для родственников больных ТБ, где выражается признательность за их помощь
- Поздравлять с днем рождения или памятной датой – человеку будет приятно ваше внимание
- Награждать чем-нибудь символическим за завершение интенсивной/продолжающей фазы лечения.

5.2.5 Результат

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

6 УХОД НА ПРОДОЛЖАЮЩЕЙ ФАЗЕ

По мере продолжения лечения симптомы больного начинают угасать, пациент чувствует себя лучше и привыкает к лечению. Стандарты в этом разделе посвящены особенностям того периода, когда контакт с ТБ службой постепенно ослабевает и пациент возобновляет «нормальную» жизнь. Курс лечения от ТБ составляет как минимум шесть месяцев, и может случиться так, что пациент, переведенный на другой режим терапии и значительно лучше себя чувствующий, перестанет соблюдать режим лечения. Полгода – длительный срок, в жизни любого человека за это время могут измениться обстоятельства, образ жизни, что угодно – и это может осложнить задачу вылечиться от ТБ либо усложнить жизнь больному на лечении от ТБ. Поэтому нужно прикладывать сознательные усилия к тому, чтобы сохранить в это время отношения с пациентом и вовремя модифицировать план лечения в связи с любой переменной.

6.1 Стандарт: Оценка состояния пациента во время перехода от интенсивной к продолжающей фазе лечения

6.1.1 Формулировка стандарта

В конце интенсивной фазы лечения оценивается состояние пациента, совместно с пациентом разрабатывается план лечения на продолжающей фазе, во время которой пациент, скорее всего, будет меньше общаться с ТБ службой.

6.1.2 Логическое обоснование

Как справляться с изменениями, вызванными переходом на другую фазу лечения

Как только состояние пациента улучшается, его начинают отвлекать от лечения другие дела. Если на интенсивной фазе пациент получал ДОТ, лечение под наблюдением, а на продолжающей фазе ДОТ отменили, пациент может расценить это как признак того, что лечение потеряло свою важность. То же самое может случиться, когда больной, прежде получавший ежедневные инъекции, переходит на одни таблетки. Чрезвычайно важно снова и снова напоминать пациенту о том, что лечение необходимо продолжать и по-прежнему предлагать свою помощь и поддержку.

Повторный анализ потребностей пациента

Повторный анализ физических, социальных и психологических потребностей больного поможет спланировать подходящую именно этому больному модель пациент-ориентированного ухода на продолжающей фазе, когда пациент в состоянии взять контроль и ответственность за свое лечение на себя. Ему по-прежнему может быть нужна дополнительная помощь, если, например, лечение осложнено сочетанной инфекцией ВИЧ или другим сопутствующим заболеванием, таким как диабет. Желательно также заранее выяснить совместно с больным, какие службы существуют на тот случай, если ему понадобится продолжить лечение этих заболеваний после успешного завершения курса лечения от ТБ.

Как справляться с непредвиденными обстоятельствами

В жизни может случиться все, что угодно, разные события могут самым неожиданным образом повлиять и на ход лечения, и на способность пациента лечение продолжать. Пациент может вдруг оказаться связанным новыми обязательствами, ему может понадобиться срочно сменить работу или внезапно переехать. Такой поворот событий особенно возможен, если пациент из мигрантов или житель пограничного района. Важно быть готовым к таким событиям и помочь пациенту приспособиться к новым обстоятельствам, не прерывая лечения. Следует обязательно поговорить с больным на эту тему именно в момент перевода с одной фазы лечения на другую, так как на продолжающей фазе контакт пациента со службой будет значительно меньше.

6.1.3 Ресурсы

- Именно в период перехода с одной фазы лечения на другую вам как никогда понадобятся хорошие навыки общения и анализа.
- 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 врачебный прием в назначенное время.
- Медработник обязан знать, когда именно нужно послать контрольные образцы мокроты на микроскопию согласно категории и картине лекарственной устойчивости пациента. (Пошаговое руководство по сбору мокроты на анализ представлено в Таблице 3.1. Те же принципы применяются и тогда, когда больного инструктируют, как правильно откашлять мокроту на контрольный анализ в домашних условиях, а также объясняют, куда и когда ее принести.)
- В это время особенно важно правильно заполнять всю документацию, связанную с направлением на лабораторные анализы и отчетом об их результатах (мазок мокроты или посев) в установленной форме.
- Требуется наличие квалифицированной, хорошо укомплектованной персоналом, оборудованием и материалами лабораторной службы с контролем качества исследований, которая без опозданий обрабатывает и вовремя выдает результаты контрольной микроскопии и посевов с тем, чтобы режим лечения мог перейти из одной фазы в другую в положенные сроки.

6.1.4 Профессиональная деятельность

Документация

Крайне важно, чтобы в момент сбора биоматериала на анализ вся документация заполнялась грамотно и правильно. Формы направления на лабораторное исследование мокроты и посев должны содержать четкую информацию о том, что анализ делается в контрольных целях, а также указывать, на каком месяце лечения мокрота сдается на анализ. Результаты анализов и любые изменения режима терапии должны разборчиво заноситься и в карту лечения, и в журнал учета больных ТБ. Это особенно важно в случае анализа мазка мокроты на содержание КУБ в конце интенсивной фазы стандартного курса терапии препаратами первого ряда (а также микроскопии

и посева на шестом месяце терапии препаратами второго ряда для пациентов, лечащихся от РР ТБ); если в журнале учета больных ТБ в этой графе запись отсутствует или стоит пометка «мазок не сделан», это может означать, что пациент либо потерял для врачебного наблюдения, либо контрольный осмотр больного проведен халатно, это требует соответствующего разбора ситуации и принятия мер.

Практические советы для пациентов, которые переходят к лечению на дому

Стоит заранее обсудить с пациентом, что можно сделать, чтобы он не забывал принимать таблетки (например, связать прием таблеток с любой ежедневной процедурой, например, приемом пищи). Лекарства нужно хранить в безопасном сухом и темном месте, вне досягаемости для детей.

Именно сейчас так важно сохранять доверительные отношения с пациентом, чтобы ему не пришлось в голову что-то от вас скрывать, если возникнут проблемы. Нужно также подумать и обо всех потенциальных сложностях, с которыми может столкнуться больной в новых условиях и которые могут помешать ему соблюдать режим лечения, например: непривычный распорядок дня, лекарства могут потеряться, их могут украсть, больной склонен к злоупотреблению алкоголя или наркотиков, и так далее (Таблица 5.1).

Постоянная поддержка и контроль за лечением

Пациенту нужно рассказать о том, когда и куда являться на контрольный врачебный прием, какие обследования понадобятся и что сдавать на анализ. Пациенту нужно также напомнить о том, что, хотя побочные эффекты препаратов бывают редко, он должен уметь распознавать самые потенциально серьезные эффекты и сообщать о них: высыпания на коже, желтуха, расстройства зрения, расстройства пищеварительного тракта, ощущения покалывания в пальцах рук и ног, глухота, которую может вызвать терапия препаратами второго ряда (МЛУ ТБ), и это еще не весь список.

За состоянием пациента нужно постоянно следить и регулярно его оценивать, чтобы контролировать ход лечения и не пропустить те изменения, которые могут повлиять на лечение и уход. Требуется оценивать целый ряд разнообразных факторов, включая:

- Возможность и желание пациента продолжать соблюдать режим лечения
- Клиническое улучшение по таким ключевым показателям как:
 - Стандартный режим терапии препаратами первого ряда – анализ мокроты на втором, пятом месяце лечения и после завершения курса терапии
 - Терапия препаратами второго ряда – следовать национальным протоколам, обычно на шестом месяце делается посев для промежуточной оценки хода лечения
- Правильность назначения препаратов
- Наличие препаратов
- Может ли пациент являться на прием в назначенное время
- Нет ли какой путаницы и/или невыясненных вопросов
- Может ли что-то помешать пациенту продолжать лечение: побочные эффекты препаратов, беременность, работа или другие обязательства, противоречащая информация, миграция, проблемы жителей приграничной зоны и проч.

Нужно согласовать с пациентом, координатором службы и медработником, который вел больного на начальной фазе, схему дальнейшего регулярного наблюдения за больным. Можно договориться, что больного будут посещать на дому, или он будет регулярно являться в медучреждение, или и то, и другое, 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 на нее реагировала.

6.1.5 Результат

После контрольного анализа мокроты пациент переходит с интенсивной фазы на фазу продолжения лечения. Информация об этом вносится в карту лечения и журнал регистрации и учета больных ТБ. Пациент продолжает лечиться, постепенно начинает больше полагаться на себя, приобретает уверенность в своих силах и сохраняет контакт с ТБ службой.

6.2 Стандарт: Ведение больного на продолжающей фазе

6.2.1 Формулировка стандарта

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

6.2.2 Логическое обоснование

Переоценка потребностей пациента

Пациент постепенно возвращает себе контроль и ответственность за происходящее, поскольку привык к лечению и больше не чувствует себя настолько больным и уязвимым, как в период интенсивной фазы. На этом этапе важно снова проанализировать потребности пациента и пересмотреть план ухода с учетом новой ситуации, особенно если больного перевели с лечения под наблюдением, ДОТ, на самостоятельный прием препаратов. Если этого не сделать, пациент может прийти к выводу о том, что теперь вам совершенно неважно, будет он принимать лекарства или нет. И, как уже говорилось выше, если раньше пациент получал ежедневные инъекции, а теперь только таблетки, он тоже может решить, что продолжать лечение вовсе необязательно. Больные, которые лечатся от ЛУ ТБ препаратами второго ряда, возможно, были госпитализированы на часть или все время лечения, им потребуется организовать лечение под наблюдением. (см Стандарт 4.2).

Гибкость в решении проблем пациента

Помогать пациенту нужно быстро и эффективно, по-прежнему проявляя заботу и участие. Доверие и ответственное отношение к своему лечению развиваются тогда, когда пациент чувствует, что к его проблемам относятся серьезно. Бывают сложности, которые не связаны с лечением напрямую, тем не менее, если оставить их без внимания сейчас, в будущем больной может перестать из-за них лечиться.

Как помочь пациенту сократить расходы

Чтобы пациент имел возможность продолжить лечение, нужно позаботиться о том, чтобы он нес как можно меньше расходов в этой связи. Например, старайтесь не вызывать пациента в клинику без особой нужды – ведь пациенту, возможно, придется тратиться на транспорт или отпрашиваться с работы.

Контрольная микроскопия мазка мокроты

Для ЛЧ ТБ – контрольное микроскопическое исследование мазка мокроты на присутствие КУБ назначается после пяти месяцев терапии всем пациентам, которые имели положительный результат микроскопии мазка мокроты до начала терапии, цель исследования – подтвердить успех или неудачу в лечении.²

Для ЛУ ТБ – частота назначения контрольных исследований мокроты может быть разной; тем не менее, на продолжающей фазе нужно взять мокроту на микроскопический и культуральный анализ, чтобы выяснить динамику лечения. Пометка «излечен» для больных рифампицино-резистентным ТБ ставится только тогда, когда получены три или более отрицательных результата посева мокроты подряд, сделанных с промежутком как минимум 30 дней.⁵

Анализ исходов 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, чтобы подтвердить «излечение» больного, для анализа успешности терапии этот показатель гораздо весомее, чем показатель «лечение завершено».²

Документация

Как и в случае диагностического и первого контрольного исследования мокроты, чтобы вовремя получить правильные результаты анализов крайне важно правильно заполнять формы направления на лабораторное исследование и правильно маркировать контейнеры с биоматериалом. Результаты анализов нужно вносить в лабораторный регистрационный журнал, карту лечения больного туберкулезом и журнал регистрации больных ТБ сразу при получении, чтобы любой медработник смог оценить динамику лечения больного и проверить, насколько правильно назначена терапия. Достоверность данных квартальных отчетов по исходам лечения зависит от правильности информации в журнале регистрации больных ТБ. Квартальные отчеты, в свою очередь, дают представление об эффективности всей программы ТБ контроля.²

6.2.3 Ресурсы

- Достаточное количество персонала, чтобы количество пациентов на одного медработника не превышало оптимальной нагрузки.
- Эффективная, хорошо укомплектованная персоналом, оборудованием и материалами лабораторная служба с контролем качества исследований должна обеспечить быструю обработку анализов и выдачу результатов микроскопических или культуральных исследований контрольных образцов мокроты.

- Если в результате подробной беседы с пациентом выявлена потенциальная проблема, потребуется составить соответствующий план ухода и регулярно проверять его выполнение по согласованию с пациентом.
- Пациент должен знать, как и к кому обратиться за помощью в медучреждение в случае нужды.
- Служба обязана отреагировать на обращение пациента и сделать все возможное для того, чтобы предотвратить возможный перерыв в лечении.
- Если возникнет необходимость направить пациента во внешние службы за дополнительной помощью, медработник должен иметь каналы связи со всеми такими службами, от государственных учреждений до неправительственных и общественных организаций.
- Нужно иметь систему поощрений и стимулов, которые предоставляются по мере необходимости, чтобы снизить риск прерывания лечения больными.
- Медработник достаточно компетентен, чтобы сделать направление на анализ мокроты на пятом месяце терапии для пациентов на режимах терапии препаратами первого ряда и правильно отреагировать на его результат, а также направить на микроскопический и культуральный анализ согласно национальным протоколам и правильно отреагировать на результат для больных на режиме терапии препаратами второго ряда.

6.2.4 Профессиональная деятельность

- Обязанность поддерживать связь с пациентом и регулярно проверять, как идет его лечение, лежит на медработнике, ответственном за пациента, даже если у пациента есть добровольный наблюдатель за лечением. Если больной получает лечение под непосредственным наблюдением в ходе терапии от ЛУ ТБ, крайне важно поддерживать тесную связь с теми, кто осуществляет наблюдение за лечением. Если пациента продолжает поддерживать специально назначенный наблюдатель за лечением, взаимоотношения медработника и больного могут видоизмениться, поскольку на фазе продолжения контрольные визиты больного в службу случаются реже.
- С каждым пациентом по меньшей мере один раз в месяц проводят беседу и выясняют, устраивает ли его уровень поддержки от службы или нужно что-то изменить. Следует учитывать факторы, влияющие на уровень приверженности лечению, перечисленные в Таблице 5.1, так как на продолжающей фазе обстоятельства больного могут измениться. Это особенно касается больных, получающих длительную терапию от ЛУ ТБ, поскольку и в это время им нужна постоянная забота, участие и помощь в соблюдении режима лечения.
- Медработник достаточно компетентен, чтобы оценить и задокументировать исход лечения.
- В конце курса лечения проводится повторное исследование мокроты, для подтверждения статуса больного «излечен». Важно следить за тем, чтобы все назначенные анализы, даты направления и результаты были правильно и вовремя занесены в соответствующую документацию. Если пациент не в состоянии откашлять мокроту, возможно, придется брать на анализ слюну, чтобы получить полную информацию о результатах лечения.
- Если пациент не явился получить запас препаратов согласно договоренности, об этом нужно сделать ясную отметку в его карте лечения. Не явившегося вовремя

пациента нужно разыскать, не высказывая при этом негативных эмоционально-оценочных суждений относительно его поведения, выяснить причины неявки и попытаться их устранить (см Стандарт 5.3)

- Всегда будут такие 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 ТБ терапии и переводу обратно в ведомство других служб. Это особенно важно для тех пациентов, которые всю жизнь будут вынуждены лечиться от других болезней, таких, как ВИЧ или сахарный диабет.
- В конце курса лечения вся документация на больного должна быть правильно и полностью заполнена.
- Журнал учета ТБ больных должен регулярно сверяться с картой лечения больного и лабораторным регистрационным журналом, чтобы убедиться – 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 должно означать то, что такой анализ действительно не сделан, а не то, что кто-то забыл внести нужные данные или потерял результаты.

6.2.5 Результат

Пациент получает достаточную поддержку службы, чтобы иметь наилучший шанс достичь результата «излечен» и все возможности к тому, чтобы лечение не приходилось прерывать. Все результаты своевременно и правильно вносятся в соответствующую документацию, что позволяет проводить ежеквартальный когортный анализ исходов лечения.

6.3 Стандарт: Организация перевода пациента в другое лечебное учреждение

6.3.1 Формулировка стандарта

Пациент получает непрерывный курс лечения благодаря правильной организации помощи в случае необходимости перевода пациента на лечение в другое медучреждение.

6.3.2 Логическое обоснование

Как учитывать мобильность пациента

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 пациента хорошие взаимоотно-

ношения с медработником и пациент понимает, как важно продолжать лечение, то, скорее всего, он сам сообщит службе обо всех изменениях личных обстоятельств, которые вынуждают его прекратить лечение в данном медучреждении, и, таким образом, даст возможность службе вовремя организовать его перевод на лечение в другое медучреждение. Особенно внимание надо уделять больным из числа мигрантов, чтобы перевод в другое медучреждение для получения дальнейшей помощи и лечения был организован достаточно надежно.

Как свести к минимуму перерывы в лечении

Нужно особенно следить за тем, чтобы из-за перевода из одного медучреждения в другое пациенту не пришлось прерывать лечение. Курс антибиотикотерапии прерывать нельзя, любой перерыв опасен рецидивом заболевания и развитием лекарственной устойчивости.

Оформление документации в связи с переводом больного

Если пациента перевели на лечение из одного медучреждения в другое, то в документах того учреждения, откуда его перевели, должна стоять пометка «убыл», а в документах принимающего медучреждения – пометка «прибыл». Исходы лечения «прибывших» больных нужно направлять обратно в те медучреждения, в которых они были изначально взяты на учет, и включать в квартальные отчеты по исходам лечения этих медучреждений.²

6.3.3 Ресурсы

- Система перевода пациентов между медучреждениями, общая и понятная для всех.
- Медработник достаточно компетентен, чтобы организовать перевод пациента и заполнить всю необходимую документацию правильно, разборчиво и своевременно.
- Есть запас бланков для перевода и они используются по назначению.
- Между всеми медучреждениями существует хорошая связь и они могут отслеживать передвижения пациентов по мере необходимости.

6.3.4 Профессиональная деятельность

- ВОЗ рекомендует использовать форму «Направление/перевод больного туберкулезом», которая заполняется в трех экземплярах. Один экземпляр получает на руки пациент, который должен сдать ее по прибытии в новое лечебное учреждение, второй экземпляр остается в том медучреждении, из которого выбывает больной, а третий передается районному координатору ТБ помощи.³⁹
- Когда пациент является в новое медучреждение, его должны внести в документацию как «переведен», а нижнюю половину бланка отправить назад в исходное медучреждение, чем подтверждается факт прибытия пациента на новое место лечения. Если эта часть бланка в исходное учреждение не вернулась, то медучреждение должно связаться с медучреждением, куда был послан пациент, и выяснить, явился больной или нет. Если пациент не явился, об этом обязательно сообщается районному координатору ТБ помощи.

- Если больной на протяжении всего курса лечения чувствовал постоянную заботу о себе и понимает, как важно закончить лечение, то, скорее всего, он сам сообщит по месту получения лечения о своих планах уехать.
- Перед отъездом пациента нужно еще раз убедиться, что он понимает, как важно продолжать лечение. Медработник обязан проверить, насколько больной понял, что он должен сделать – пациент должен точно знать, когда и куда прийти для продолжения лечения на новом месте.
- Тем пациентам, что переезжают в другую страну или еще не знают, куда именно уедут, нужно объяснить, что сразу по прибытии на место они должны обратиться за медицинской помощью. Их нужно также настоятельно попросить как можно скорее явиться в медучреждение по месту нового проживания и принести с собой выписку из истории болезни, где есть сведения о диагнозе, какую терапию и как долго они получали, а также адрес того медучреждения, где они стоят на учете как больные ТБ. В таких случаях полезно иметь какое-то представление о том, как устроена система здравоохранения в других местах, хотя это может быть не всегда легко выяснить.
- Пациенту нужно выдать разумный запас препаратов, которого должно хватить на период путешествия и до того времени, когда пациента возьмут на учет в новом учреждении и продолжат лечение.
- Медработник, ответственный за лечение данного пациента, 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.
- Неважно, куда потом был переведен пациент, исход лечения должен быть задокументирован именно в том медучреждении, где пациент впервые встал на учет как больной ТБ и начал получать лечение.

6.3.5 Результат

Пациенты продолжают получать назначенное им лечение, несмотря на то, что они выбыли из того медучреждения, где впервые встали на учет. Это можно проверить с помощью журнала регистрации и учета ТБ больных и ежеквартального когортного анализа.

7 ОБСЛЕДОВАНИЕ НА ВИЧ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ТБ / ВИЧ

ВИЧ-инфекция – одна из серьезнейших проблем профилактики и контроля ТБ, поскольку ТБ убивает больше ВИЧ-инфицированных больных, чем любая другая оппортунистическая инфекция.

Связь между этими двумя заболеваниями настолько важна, что одно из них невозможно лечить независимо от другого. Поскольку ВИЧ-инфицированным сейчас предоставляется гораздо более качественная помощь и возможности лечения, целесообразно советовать пациентам выяснить свой статус. С другой стороны, медработники должны быть готовы предоставить помощь и лечение как можно более высокого качества и обширного спектра.²

Стандарты данного раздела рассматривают ВИЧ-тестирование и консультирование по инициативе медработника (ВИЧ ТКИМ), а также уход за ЛЖВС, больными ТБ. Мы считаем, что люди, осуществляющие уход за больными ТБ, должны следить за тем, чтобы после завершения курса ТБ терапии ЛЖВС были направлены в соответствующие медучреждения для оказания им дальнейшей постоянной помощи. В некоторых случаях больного нужно направлять за специализированной помощью по поводу ВИЧ-инфекции уже в процессе противотуберкулезной терапии.

Важно, чтобы персонал действовал в соответствии с государственными предписаниями и инструкциями.

7.1 Стандарт: Обследование на ВИЧ

Всем пациентам с подозрением на ТБ или подтвержденным диагнозом ТБ, которые никогда не обследовались на ВИЧ или не знают свой ВИЧ статус, нужно предлагать тест на ВИЧ.⁴ Не делать этого означает перекрыть людям доступ к лечению и уходу, в котором они, возможно, нуждаются, особенно если учесть, что сейчас существует масса возможностей предотвратить ВИЧ-ассоциированные инфекции, например, профилактика котримоксазолом (ПКТ) и антиретровирусные препараты (АРВ). Нужно иметь четкий план оказания помощи тем пациентам, у кого обнаруживается одновременно ТБ и ВИЧ и убедиться, что пациент сможет эту помощь получать, прежде чем предлагать пройти стандартное обследование на ВИЧ больным с ТБ. Рекомендуется предлагать обследование на ВИЧ по умолчанию, то есть делать тест всем, кто не выбрал опцию «отказаться от тестирования».

7.1.1 Формулировка стандарта

ВИЧ тестирование и консультирование доброжелательно, ненавязчиво и конфиденциально предлагается всем пациентам с ТБ, которые не знают о своем ВИЧ статусе, и проводится с получением их информированного согласия.

7.1.2 Логическое обоснование

Связь между ВИЧ и ТБ

ВИЧ – самый серьезный изо всех известных факторов риска развития заболевания ТБ у тех, кто инфицирован ТБ. С другой стороны, ТБ – наиболее часто встречающаяся оппортунистическая инфекция, которая поражает носителей ВИЧ.² Смертность во время и после ТБ терапии также выше среди ВИЧ-инфицированных больных ТБ по сравнению с больными ТБ – не носителями ВИЧ.

Преимущества ранней диагностики ВИЧ инфекции

Поскольку ТБ – одна из основных оппортунистических инфекций, ассоциируемых с ВИЧ, всем пациентам с ТБ (в том числе и с ЛУ ТБ) рекомендуется обследоваться на ВИЧ. Чем раньше выяснится, что пациент инфицирован ВИЧ, тем быстрее он получит доступ к помощи и лечению (АРТ, ПКТ, др), которое может снизить вероятность заражения оппортунистическими инфекциями, продлить больному жизнь и помешать дальнейшему распространению инфекции. Это также даст возможность предоставить диагностические услуги и лечение партнеру пациента, который сильно рискует здоровьем при контакте с больным одновременно ТБ и ВИЧ.

Как помочь пациенту 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 ему известно о ВИЧ. 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 и понятно об этой инфекции
- Сталкивался ли он с этой инфекцией сам, есть ли среди родственников или друзей вероятные носители инфекции
- Насколько доступна помощь и терапия ВИЧ, включая АРТ.

При необходимости беседы с больным ТБ на тему ВИЧ могут проводиться на протяжении всего курса лечения от ТБ, поскольку пациенту может быть трудно справиться со всем сразу.

Как завоевать доверие и защитить конфиденциальность пациента

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 должно лежать твердое обещание медработника сохранить личность больного в тайне и помочь ему справиться с дискриминацией.

Документация

Чтобы все пациенты с положительным результатом теста на ВИЧ получили положенную им помощь, требуется правильно, разборчиво и своевременно вести всю необ-

ходимую документацию согласно установленным правилам и порядкам. Программа борьбы с ТБ должна вести соответствующий учет и знать, сколько больных ТБ были обследованы на ВИЧ, сколько из них получили положительный результат на ВИЧ, сколько начали получать АРТ и ПКТ, а также исходы их лечения от ТБ.

7.1.3 Ресурсы

- Порядок организации обследования на ВИЧ больным ТБ должна быть согласован и четко изложен в Национальных программах борьбы с ТБ и ВИЧ, а также доведен до сведения учреждений здравоохранения на местах посредством национальных протоколов и инструкций, где указано, кто предлагает тестирование, кто собирает биоматериал на анализ, кто выполняет анализ, кто выдает результаты анализа пациенту, кто и каким образом оказывает постоянную консультационную помощь и осуществляет уход.
- Из-за дискриминации и стигматизации 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 придется обсуждать это с больными, должны в первую очередь спросить самих себя, что они думают и чувствуют относительно ВИЧ, и побороть свои собственные предрассудки.
- Когда персонал обучают, как правильно предлагать больным обследование на ВИЧ, 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.
- Обследование на ВИЧ вряд ли будет эффективным, если нет возможности предоставить больным доступ ко всему комплексу служб профилактики, лечения и ухода. Предложение сделать анализ на ВИЧ должно подкрепляться обещанием, что, если результат анализа окажется положительным, пациенту гарантирована дополнительная профессиональная помощь и лечение.
- Нужна система обучения и контроля медперсонала, чтобы медработники были в состоянии грамотно консультировать больного сначала о возможности тестирования, а потом о его результате. Медработники, в чьи обязанности входит предлагать обследование на ВИЧ, должны достаточно много знать о ТБ и ВИЧ, иметь представление о том, как взаимосвязаны эти два заболевания и какое существует лечение сочетанной патологии, чтобы 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 подходящее 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 защиты конфиденциальности пациента. Если использует-

ся экспресс-диагностика вне лаборатории, то должен быть механизм обеспечения контроля качества.

- Должна быть унифицированная на государственном уровне система записи (например, в карте лечения больного) о том, что больному был предложен анализ на ВИЧ, а также о том, был ли он сделан и когда. Как и любые другие сведения, эта информация должна оставаться в тайне, а документация на пациентов храниться в безопасном месте.

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.⁴⁰

7.1.4 Профессиональная деятельность

До обследования на ВИЧ⁴¹

- В первую очередь медработник должен установить, знает ли пациент свой ВИЧ-статус или нет. Если больной уже обследовался на ВИЧ в прошлом 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 подвергался ли больной опасности заражения ВИЧ с тех пор. Если ВИЧ-статус больного неизвестен или требуется повторный анализ, то больному должен:
- Понять, в чем смысл этого обследования, чем он рискует и в чем выигрывает, если согласится на анализ или откажется от него
- Быть уверенным, что получил достаточно информации, чтобы решать, соглашаться на анализ или нет.

ВОЗ рекомендует предлагать тест на ВИЧ с соблюдением всех прав человека, следуя «правилу пяти»: 1. информированное согласие, 2. конфиденциальность услуг, 3. консультирование, 4. правильные результаты теста, 5. доступ к специализированной помощи.^{41, 42}

Конфиденциальность

Как и в случае любого другого заболевания, следует строго соблюдать врачебную тайну и никогда не разглашать сведения о пациенте. Очень важно убедить пациента в том, что службе можно доверять и принимать предлагаемые медработниками услуги.

Консультирование

Во время беседы с пациентом до того, как ему будет предложено пройти обследование, медработник должен:⁴¹

- Оценить, насколько хорошо пациент понимает взаимосвязь между ТБ и ВИЧ и что он знает об этих заболеваниях.
- Определить, есть ли у пациента какие-то особенности поведения или обстоятельства, которые указывают на то, что он может быть заражен ВИЧ, например: неправильное или нерегулярное применение презервативов во время полового акта; вероятность того, что пациент мог получить переливание крови или иной субстанции из крови, которая не проверялась на ВИЧ; вероятность укола нестерилизован-

ной иглой или совместного использования игл во время приема инъекционных наркотиков; большое количество сексуальных партнеров.

- Выяснить, нет ли у пациента клинических признаков, указывающих на возможность заражения ВИЧ (Приложение 2).
- Рассказать, из чего состоит обследование.
- Сообщить, когда и каким образом пациент получит результаты обследования.
- Обсудить с пациентом возможные последствия как положительного, так и отрицательного результата.
- Рассказать, какая помощь и лечение предоставляются в случае положительного результата.
- Рассказать о способах передачи ВИЧ инфекции и как снизить риск заражения, если это актуально.

Согласие пациента

Как записано в Объединенной программе ООН по ВИЧ/СПИД (ЮНЕЙДС)⁴³ и ВОЗ,^{41, 42} для информированного согласия пациента требуется предоставить ему как минимум следующую информацию (примечание: информированное согласие не обязательно должно быть сделано в письменной форме):

- Что даст это обследование в плане профилактики и лечения
- Какую пользу здоровью пациента дают существующие возможности лечения
- Если узнать свой ВИЧ-статус, будет меньше поводов для беспокойства.
- Положительный результат может побудить изменить свое рискованное поведение.
- Знание своего статуса позволит защитить других людей от заражения.
- Право на отказ – тестирование по инициативе медработника должно подразумевать право отказаться от обследования, если его систематически предлагают.
- Какие услуги предлагаются по результатам обследования.
- В случае положительного результата важно понимать, что неизбежно придется предупредить о риске заражения всех, кто сейчас не подозревает о том, что подвергается опасности заразиться ВИЧ.
- Если пациент отказывается от обследования, то во время последующих визитов пациента в медучреждение по поводу лечения от ТБ медработник должен:
 - Выяснить, почему пациент предпочитает не обследоваться
 - Каждый раз повторно рассказывать пациенту о преимуществах обследования и существующих возможностях лечения и ухода
 - Побуждать больного избегать риска заражения ВИЧ и/или не допустить заражения ВИЧ-инфекцией своего сексуального партнера/-ов.
- Если пациент соглашается 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. Пациента также нужно проинформировать о том, где и когда он/а сможет получить результаты. Если есть возможность экспресс-диагностики, результат можно получить уже через полчаса после сдачи анализа.

Внимание: См Приложение 4, Примерный сценарий беседы до обследования

После обследования на ВИЧ

- Результат обследования нужно сообщать с глазу на глаз, в тактичной и вежливой форме, будь он положительным или отрицательным.
- Если результат анализа отрицателен, нужно рассказать пациенту о том, как защищаться от инфекции и сохранить ВИЧ-отрицательный статус на всю жизнь. Эти советы нужно время от времени повторять на протяжении всего курса лечения от ТБ.
- Если результат положительный, нужно обсудить с пациентом следующие темы:
 - Рассказать, как защищать себя и других: как практиковать защищенный половой акт, при необходимости показать, как правильно пользоваться презервативами и объяснить, где их брать.
 - Рассказать, какие возможности имеются для лечения ВИЧ и связанных с ВИЧ заболеваний в вашей местности.
 - Обсудить связанные с этим эмоциональные, социальные и экономические проблемы.
 - Рассказать, какие местные службы могут помочь пациенту в решении проблем.
 - Посоветовать признаться в своем статусе сексуальному партнеру/-ам и убедить его/ее провериться на ВИЧ, несмотря на возможные негативные последствия, например, обвинения в адрес пациента, агрессивную реакцию или уход партнера.⁴¹

Внимание: Не всегда возможно или уместно обсудить все необходимые вопросы во время первой беседы. Беседы с пациентом по результатам обследования должны проводиться в течение всего курса лечения от ТБ и после его окончания, если пациент перейдет в ведомство другой службы (см Стандарт 7.2). См также Приложение 4, Примерный сценарий беседы после обследования.

- Направить в соответствующие вспомогательные службы по желанию пациента.
- Правильно, разборчиво и своевременно внести результаты беседы в документацию согласно существующим протоколам.

7.1.5 Результат

Обследование на ВИЧ предлагается в соответствии с согласованными протоколами, 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.

7.2 Стандарт: Уход за пациентом с сочетанной патологией ТБ и ВИЧ

При правильном лечении больной ТБ с сочетанной ВИЧ-инфекцией может достичь такого же полного выздоровления, как и больной ТБ, отрицательный по ВИЧ.² Самое главное – эффективно лечить ТБ у такого больного и тем самым дать ему наилучший шанс поправиться. Если предоставить пациенту, который живет с ВИЧ, достаточную моральную поддержку, заботу и лечение, то он сможет сохранить здоровье в хорошем состоянии. Если же пациент получает терапию по поводу ЛУ ТБ, то все сложнее – побочные эффекты препаратов второго ряда гораздо серьезней, а если пациент получает

одновременно еще и АРТ, то прием таблеток в таком количестве может быть очень тяжело переносить.

7.2.1 Формулировка стандарта

Пациент получает химиопрофилактику от наиболее частых оппортунистических инфекций, моральную поддержку и информацию о том, как сохранить здоровье, являясь носителем ВИЧ, а также начинает получать терапию АРВ препаратами, когда станет ясно, что ТБ терапия переносится пациентом хорошо.⁴⁴

7.2.2 Логическое обоснование

Противотуберкулезная терапия

В первую очередь больной ТБ (лекарственно чувствительным или лекарственно устойчивым ТБ) должен начать получать противотуберкулезное лечение правильно назначенным стандартным режимом химиотерапии, поскольку оставленный без лечения ТБ может быстро стать смертельным для ВИЧ-инфицированных больных.

Профилактика других инфекций

Люди, инфицированные ВИЧ, особо подвержены заражению целым рядом различных инфекций: дыхательных путей, ЖКТ, кожных покровов и полости рта, неврологических и передающихся половым путем. Риск заразиться наиболее часто встречающимися бактериальными и ВИЧ-ассоциированными инфекциями можно снизить с помощью химиопрофилактики определенными препаратами. Рекомендуется назначать ПКТ всем ВИЧ-инфицированным больным ТБ. Рекомендуется начинать эту химиопрофилактику одновременно с химиотерапией ТБ.⁴⁴

Заражение этими инфекциями можно предотвратить и с помощью соблюдения простых правил гигиены, особенно таких как мытье рук, кипячение воды для питья и защищенный половой акт.

Антиретровирусная терапия (АРТ)

Лечение АРВ препаратами нужно начинать как только станет ясно, что больной хорошо переносит ТБ терапию, после двух – восьми недель приема противотуберкулезных препаратов. Стоит учитывать, какое количество таблеток пациенту придется принимать и оценить, насколько успешно он сможет справляться с этим обстоятельством, тем не менее АРТ рекомендуется начинать через две недели после начала противотуберкулезной терапии независимо от того, какой показатель количества CD4 у больного.^{32, 44}

Возможные осложнения

Прием АРВ и противотуберкулезных препаратов одновременно может привести: к взаимной реакции препаратов, которая может оказаться непереносимой для больного; к тому, что само количество таблеток окажется для больного непосильной нагрузкой и он перестанет соблюдать режим лечения; а также к тому, что восстановление иммунной системы приведет к обострению ТБ.³⁵ Также может быть проблема с эффективностью некоторых АРВ препаратов в сочетании с рифампицином из-за их

взаимного действия. Поэтому требуется медработник с опытом лечения и ТБ, и ВИЧ, чтобы все осложнения быстро распознавались и правильно лечились.

Профилактика распространения ВИЧ инфекции

Всех больных с положительным результатом обследования на ВИЧ нужно научить способам профилактики заражения других людей. Нужно советовать практиковать безопасный секс и избегать рискованных форм поведения, таких как, например, пользование одной иглой, если пациент употребляет инъекционные наркотики.

Распространения ВИЧ среди больных в учреждениях здравоохранения можно избежать, если строго следовать правилам стерилизации медицинских, хирургических и стоматологических инструментов, а также повсеместно 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 от всех «колющих» предметов в соответствии с правилами, принятыми на местах.

Постоянная моральная поддержка и консультирование

Пациент может очень тяжело воспринять известие о том, что, помимо ТБ, еще и заражен ВИЧ. Важно внимательно наблюдать за реакцией пациента и реагировать так, чтобы пациент проникся уверенностью в том, что ему помогут. Обязательно обсудите необходимость рассказать о ВИЧ инфекции близким людям, хотя, возможно, и не сразу – дайте пациенту время привыкнуть к диагнозу и понять особенности своего состояния.

Как оценить потребность пациента в информации

Очень важно, чтобы пациент получил всю необходимую информацию, которая поможет сохранить здоровье. Требуется обсудить множество вопросов, и важно следить за тем, чтобы больной получал сведения дозированно, ведь людям сложно воспринимать большие объемы информации, находясь в стрессовом состоянии. Потребности в информации о ВИЧ у впервые выявленного больного сочетанной патологией нужно оценивать таким же образом, как и потребности пациента в сведениях о ТБ (см Стандарт 4.1). Нельзя ожидать от больного запоминания всего, что вы ему рассказали, поэтому так важно проверять, что именно понял пациент и просить задавать вопросы.

Связь с другими службами

У пациента, скорее всего, будет много разных проблем, и ему будет полезно узнать обо всем спектре услуг, предлагаемых разными службами в вашей местности. Поэтому важно рассказать пациенту о том, в какие местные организации он может обратиться за помощью. Однако официально направлять куда-либо больного можно только с его ясно выраженного согласия, поскольку служба должна строго соблюдать конфиденциальность во всем, что касается пациента, иначе он потеряет к ней всякое доверие.

Документация

Чтобы отслеживать динамику лечения и прогресс каждого больного, нужно правильно, разборчиво и своевременно заполнять всю соответствующую документацию. Све-

дения о больных сочетанной инфекцией нужно записывать по форме, определенной государственными инструкциями и протоколами.

7.2.3 Ресурсы

- Государственная программа борьбы со СПИДом и Государственная программа борьбы с ТБ должны совместно разработать и принять общие планы, инструкции и руководства по лечению и уходу за больными сочетанной инфекцией. В них должно быть предписано, какая документация для этого нужна.
- Персонал, который имеет достаточные познания о лечении и уходе и за больными ТБ, и за инфицированными ВИЧ
- Сестринское и врачебное пост-лечебное наблюдение с помощью персонала, который имеет опыт работы с обеими патологиями
- Помещение для конфиденциального общения с пациентом
- Постоянный запас и условия для хранения препаратов и лабораторных материалов для лечения и контроля ТБ и типичных ВИЧ-ассоциированных инфекций, а также ПКТ.
- Санитарное просвещение в группах и с глазу на глаз, где обсуждаются различные темы, такие как лечение, защищенный секс и профилактика дальнейших инфекций.
- Доступ к местным вспомогательным службам, которые могут предложить дополнительные услуги в зависимости от потребностей пациентов
- Квалифицированный персонал, который имеет доступ к информации, в том числе к пособиям ВОЗ, IMAI («Интегрированное ведение болезней подростков и взрослых») и ЮНЕЙДС.
- На местах принимаются меры инфекционного контроля ТБ и ВИЧ в соответствии с рекомендациями ВОЗ⁴⁰
- Система направления больных в другие учреждения для оказания им постоянной помощи после завершения курса ТБ терапии.

7.2.4 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. Нужно выяснить следующие вопросы:

- Насколько хорошо пациент понимает природу ТБ и ВИЧ и знает, как распространяются и как лечатся эти инфекции
- Есть ли у пациента связанные с ВИЧ состояния, которые могут требовать или не требовать лечения
- Готов ли пациент начать АРТ и какова вероятность того, что он/а будет соблюдать режим лечения
- Есть ли какие-то психосоциальные проблемы, которые могут повлиять на лечение пациента
- Как пациент воспринимает необходимость рассказать о своем ВИЧ статусе и ТБ другим людям
- Страдает ли пациент от побочных эффектов препаратов и какой препарат может спровоцировать такие симптомы.

Таблица 7.1: Режимы терапии для АРТ

ВОЗ рекомендует использовать определенные стандартные режимы АРТ первого и второго ряда.⁴⁴

Любое решение относительно АРТ – когда начинать и какие режимы использовать – должно соответствовать государственным рекомендациям и директивам. АРТ можно начать через 2–8 недель после начала противотуберкулезной терапии. Больным сочетанной патологией ВИЧ и ТБ с острой иммуносупрессией (количество CD4 < 50 клеток/мм³) рекомендуется назначать АРТ в течение первых двух недель противотуберкулезной терапии.

По результатам такого анализа:

- Больному предоставляется необходимая информация именно тогда, когда пациент в ней нуждается и способен понять
- Пациента можно, если он согласен, направить за помощью в другие полезные ему службы и организации
- Пациенту помогают купировать побочные эффекты препаратов, независимо от того, связаны они с лечением ВИЧ или ТБ
- Если пациент получает АРТ, необходимо регулярно контролировать следующее:
 - Любые изменения в состоянии пациента, например, если пациент набирает вес и у него проходят оппортунистические инфекции, то это признак хорошей динамики лечения; показатели количества CD4 и вирусной нагрузки тоже можно учитывать, но не всегда есть возможность их проверить.

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

 - Режимы и дозировки предписанной терапии должны соответствовать предписаниям национальных протоколов
 - Лабораторные показатели согласно местным предписаниям
 - Соблюдает ли пациент предписанный режим терапии
- Помогать больному соблюдать режим лечения при АРТ нужно так же, как и при противотуберкулезной терапии: обеспечить бесперебойное снабжение бесплатными лекарствами, привлечь к контролю за лечением родственников или волонтеров, предоставить психологическую и социальную помощь, дополнительное питание, коробочки для таблеток или блистерные упаковки, а также по возможности лечение под наблюдением
- Медработник должен соблюдать все имеющиеся на местах инструкции по правильному, аккуратному и своевременному ведению документации
- Медработник должен подготовить больного к направлению в соответствующее учреждение, в котором больной сможет получать дальнейшее лечение и уход в связи с ВИЧ-инфекцией.

7.2.5 Результат

Пациенты с сочетанной патологией успешно завершают полный курс противотуберкулезной терапии, получают соответствующие познания, моральную поддержку и помощь в связи с ВИЧ во время лечения от ТБ и по окончании ТБ терапии направляются в соответствующие службы, где продолжают получать помощь в связи с ВИЧ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Stop TB Partnership. Global Plan to End TB: The Paradigm Shift 2016–2020. Geneva, Switzerland: 2015. Available from: http://stoptb.org/assets/documents/global/plan/GlobalPlanToEndTB_TheParadigmShift_2016–2020_StopTBPartnership.pdf.
2. Ait-Khaled N, Alarcón E, Armengol R, Bissell K, Boillot F, Caminero J A, et al. Management of tuberculosis: a guide to the essentials of good practice. 6th ed. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2010.
3. Caminero J A, editor. Guidelines for Clinical and Operational Management of Drug-Resistant Tuberculosis. Paris, France: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2013.
4. World Health Organization. Treatment of tuberculosis: guidelines – 4th ed. Geneva: 2009. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf?ua=1.
5. World Health Organization. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/130918/1/9789241548809_eng.pdf?ua=1&ua=1.
6. World Health Organization. The end TB strategy. Geneva: 2015. Available from: http://who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1.
7. World Health Organization. The Stop TB Strategy. Geneva: World Health Organization, 2006. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69241/1/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf.
8. International Council of Nurses. ICN TB/MDR-TB Project News. Geneva: 2016.
9. TB CARE I. International standards for tuberculosis care, Edition 3. The Hague: TB CARE I, 2014. Available from: http://www.who.int/tb/publications/ISTC_3rdEd.pdf?ua=1.
10. Luthert J M, Robinson L, editors. The Royal Marsden Hospital manual of standards of care. Oxford; UK: Blackwell Scientific Publications; 1993.
11. Bryar R M, Griffiths J M, editors. Practice development in community nursing: Principles and processes. London: Arnold Publishers; 2003.
12. Griffiths J M, Leeming A., Bryar R M. Evaluating developments in practice In: Bryar R M, Griffiths J M, editors. Practice Development in Community Nursing: Principles and Processes. London: Arnold; 2003. p. 93–116.
13. World Health Organization. Systematic screening for active tuberculosis: an operational guide. Switzerland: 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181164/1/9789241549172_eng.pdf?ua=1.
14. International Labour Organization. The joint WHO-ILO-UNAIDS policy guidelines on improving health workers' access to HIV and TB prevention, treatment, care and support services: a guidance note. Geneva, Switzerland: International Labour Organization, 2011. Available from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—ed_protect/—protrav/—ilo_aids/documents/publication/wcms_149714.pdf.
15. World Health Organization. HIV-Associated Tuberculosis. 2015 [updated November 2015; cited 2017 June]; Available from: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/tbhiv_factsheet_2015.pdf?ua=1.

16. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. Geneva: 2015. Available from: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
17. World Health Organization. Tuberculosis and Diabetes. 2016 [updated 2016; cited 2016 June]; Available from: http://www.who.int/tb/publications/diabetes_tb.pdf.
18. World Health Organization. Tuberculosis and tobacco. 2009 [updated November 2009; cited 2016 April]; Available from: http://www.who.int/tobacco/publications/health_effects/factsheet_tub_tob.pdf?ua=1.
19. Yen Y F, Yen M Y, Lin Y S, Lin Y P, Shih H C, Li L H, et al. Smoking increases risk of recurrence after successful anti-tuberculosis treatment: a population-based study. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2014;18(4):492–8.
20. Stop TB Partnership. Key populations brief: Miners. Geneva: 2016. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP_Miners_Spreads.pdf.
21. Stop TB Partnership. Key populations brief: Prisoners. Geneva: 2016. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KP_Prisoners_Spreads.pdf.
22. Joshi R, Reingold A L, Menzies D, Pai M. Tuberculosis among health-care workers in low- and middle-income countries: a systematic review. *PLoS Med*. 2006;3(12): e494.
23. Menzies D, Joshi R, Pai M. Risk of tuberculosis infection and disease associated with work in health care settings. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2007;11(6):593–605.
24. Stop TB Partnership. Key populations brief: Health care workers. Geneva: 2016. Available from: http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_HealthCareWorker_ENG_WEB.pdf.
25. World Health Organization. Tuberculosis diagnostics: Xpert MTB/RIF test. Geneva: 2014 [updated October 2014; cited 2016 May]; Available from: http://www.who.int/tb/publications/Xpert_factsheet.pdf.
26. World Health Organization. Chest radiography in tuberculosis detection – summary of current WHO recommendations and guidance on programmatic approaches. Switzerland: 2016. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252424/1/9789241511506-eng.pdf>.
27. World Health Organization. Tuberculosis diagnostics: Molecular line-probe assay for the detection of resistance to second-line anti-TB drugs (SL–LPA) 2016 [updated May 2016; cited 2016 May]; Available from: http://www.who.int/tb/Factsheet_SLLPAfinal.pdf?ua=1.
28. CLSI. *Laboratory detection and identification of mycobacteria; approved guideline*. CLSI document M48-A. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute; 2008.
29. Lumb R, Van Deun A, Bastian I, Fitz-Gerald M, editors. *Laboratory Diagnosis of Tuberculosis by Sputum Microscopy: The Handbook Global edition*. Adelaide, Australia: SA Pathology; 2013.
30. World Health Organization. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis: 2016 update. Switzerland: 2016. Available from: <http://www.who.int/tb/MDRTBguidelines2016.pdf?ua=1>.
31. Donovan J L, Blake D R. Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making? *Soc Sci Med*. 1992;34(5):507–13.

32. World Health Organization. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care, 2017 update. Geneva: 2017. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255052/1/9789241550000-eng.pdf?ua=1>.
33. World Health Organization. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: 2008. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547581_eng.pdf?ua=1.
34. Rieder H L. Contacts of tuberculosis patients in high-incidence countries. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003;7(12 Suppl 3): S333–6.
35. Fujiwara P, Dlodlo R, Ferrusier O, Nakanyagi-Mukwaya A, Cesari G, Boillot F, editors. Implementing collaborative TB/HIV activities – A programmatic guide. Paris: The International Union Against TB and Lung Disease; 2012.
36. World Health Organization. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva: 2012. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf?ua=1.
37. The International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Desk-guide for diagnosis and management of TB in children 2010. Paris: 2010. Available from: http://www.theunion.org/what-we-do/publications/technical/english/pub_tbdeskguide_eng.pdf.
38. World Health Organization. Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. France: 2012. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77741/1/9789241504492_eng.pdf.
39. World Health Organization. Definitions and reporting framework for tuberculosis – 2013 revision (updated December 2014). Geneva: 2013. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79199/1/9789241505345_eng.pdf.
40. World Health Organization. WHO Policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva: 2009. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44148/1/9789241598323_eng.pdf.
41. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services: 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct results and Connection. Geneva, Switzerland: 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179870/1/9789241508926_eng.pdf?ua=1&ua=1.
42. World Health Organization. Service delivery approaches to HIV Testing and counseling (HTC): A strategic HTC programme framework. Geneva, Switzerland: 2012. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75206/1/9789241593877_eng.pdf.
43. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, World Health Organization. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing. 2004 [updated; cited 2016 10 April]; Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/hivtestingpolicy04.pdf?ua=1>.
44. World Health Organization. Policy brief: consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: what's new. Geneva, Switzerland: 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/198064/1/9789241509893_eng.pdf.
45. Department of Health Republic of South Africa. National tuberculosis management guidelines 2014. Pretoria: 2014. Available from: http://www.hst.org.za/sites/default/files/NTCP_Adult_TB-Guidelines-27.5.2014.pdf.
46. World Health Organization. Case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and chil-

dren. Geneva, Switzerland: 2007. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf?ua=1>.

47. Centers for Disease Control and Prevention. Diagnostic HIV counselling and testing in TB clinical settings. Atlanta: 2005. Available from.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: Пример формуляра для оценки существующей практики, планирования и внедрения изменений

Этот формуляр можно использовать для каждого стандарта

Стадия 1: Анализ и предварительное планирование	Анализ: что удовлетворяет стандарту, а что нет?	План: что можно сделать, чтобы это исправить?
<p>Формулировка стандарта: Впишите формулировку нужного стандарта</p>	<p>Каков стандарт оказания помощи в ваших условиях на самом деле?</p>	<p>Можно ли добиться выполнения этого стандарта в ваших условиях или нужно изменить его так, чтобы он больше соответствовал вашим задачам или был реально выполнимым? Если требуется изменить стандарт, как вы теперь его сформулируете?</p>
<p>Логическое обоснование <u>Свяжите</u> с текстом стандарта</p>	<p>Как влияет существующий стандарт оказания помощи на пациента/службу?</p>	<p>Что изменится для пациента/службы, если оказание помощи станет соответствовать стандарту, к которому вы теперь собираетесь стремиться?</p>
<p>Ресурсы Впишите вкратце со <u>ссылкой</u> на полный текст</p>	<p>Какие ресурсы сейчас есть для применения данного стандарта?</p>	<p>Какие дополнительные ресурсы могут понадобиться и где их можно взять? Кого нужно задействовать?</p>
<p>Профессиональная деятельность Впишите вкратце со <u>ссылкой</u> на полный текст</p>	<p>Что делается сейчас? Чем занимается?</p>	<p>Что нужно изменить для соответствия стандарту? Кто что должен делать по-другому и как изменится практика их работы?</p>

<p>Результат Впишите полностью</p>	<p>Что происходит сейчас? Какие сведения (из квартальных отчетов, от пациентов, из документов, таких как лабораторный регистрационный журнал, журнал учета больных ТБ или карты лечения пациентов) указывают на то, что имеется проблема?</p>	<p>Откуда вы будете знать, получилось ли улучшить стандарт оказания помощи? На что будете обращать внимание и где возьмете информацию, которая подтвердит изменения к лучшему?</p>
---	---	--

Стадия 2: Планирование и внедрение изменений

Формулировка стандарта:

	Кого понадобится привлечь?	Что должен делать каждый/каждая группа?	Какой результат ожидать?	К какому сроку?
<p>Какие ресурсы нужны для того, чтобы удовлетворять стандарту? <i>(перечислите то, что было выяснено на Стадии 1)</i></p>				
<p>Какие элементы профессиональной деятельности нужно усовершенствовать, чтобы удовлетворять стандарту? <i>(перечислите то, что было выяснено на Стадии 1)</i></p>				

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: Пример формуляра обследования на симптомы ТБ

Формуляр обследования на симптомы ТБ для взрослых и детей

Данные пациента

Фамилия	Имя, отчество
Адрес проживания	Возраст
Номер телефона	Номер дела пациента

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Близкий контактирующий инфекционного больного ТБ

да	нет	неизвестно	(отметить галочкой)
ЛЧТБ	Рифустойчив ТБ	МЛУ или ШЛУТБ	
да	нет	неизвестно	
полож	отриц	неизвестно	

Тип исходного контакта _____

Диабет _____

ВИЧ статус _____

Другое (что именно) _____

Осмотр на симптомы ТБ _____

1. Взрослый

Симптом (отметить галочкой)	да	нет
Кашель длит 2 нед или более или люб продолж, если полож на ВИЧ		
Постоянная лихорадка длит более 2 недель		
Необъяснимая потеря веса, более 1,5 кг в месц		
Обильные ночные поты		

2. Ребенок

Симптом (отметить галочкой)	да	нет
Кашель длит более 2 недель, лечение не помогает		
Постоянная лихорадка длит более 2 недель		
Документированная потеря веса/недомогание, проверить Карту ребенка		
Недомогание/усталость, мало и неохотно играет		

При ответе "да" на один или более вопросов, подозревайте ТБ

Если пациент кашляет, возьмите мокроту на анализ Хрелт

Если нет кашля, но есть другие симптомы, проведите клинический осмотр или направьте к специалисту

Дата последнего обследования на ТБ _____	
Пациент направлен на дальнейшее обследование	
Дата направления: _____	Название учреждения: _____
ФИО _____	Дата _____

Источник: Государственное руководство по противотуберкулезной помощи, ЮАР, 2014.⁴⁵

ПРИЛОЖЕНИЕ 3: Клинические признаки сочетанной инфекции ВИЧ у больных с ТБ

Анамнез (перенесенные заболевания в прошлом)	Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) Опоясывающий герпес (лишай), от которого часто остаются шрамы Недавняя или постоянно повторяющаяся пневмония Тяжелые бактериальные инфекции (синусит, бактериемия, пиомиозит) Недавно перенесенный ТБ
Симптомы	Необъяснимая потеря веса (>10 кг или >10 % изначальной массы тела) Необъяснимая хроническая диарея (>1 месяца) Загрудинная боль при глотании (указывает на кандидомикоз пищевода) Жжение в ступнях (периферическая сенсорная нейропатия)
Признаки	Шрам от опоясывающего герпеса Зудящая папулезная кожная сыпь Саркома Капоши Симметричное генерализованное увеличение лимфоузлов Кандидомикоз полости рта Ангулярный хейлит Волосистая нейроплакия полости рта Некротизирующий гингивит Массивное ящурное изъязвление Персистирующее болезненное изъязвление области гениталий

Более подробную информацию по младенцам, детям, подросткам и взрослым можно найти в пособии ВОЗ на английском языке: «Определения ВОЗ случаев заболевания ВИЧ для эпидемиологического контроля, а также пересмотренная клиническая картина и иммунологическая классификация ВИЧ-ассоциированных заболеваний у взрослых и детей» – WHO's *Case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children*.⁴⁶

Текст документа на англ языке по ссылке: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/HIVstaging150307.pdf?ua=1>

ПРИЛОЖЕНИЕ 4: Примерный сценарий бесед до и после обследования на ВИЧ

Примерный сценарий беседы 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 беседы 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/замужем. Проверяться ли Ваша жена/муж/партнер на ВИЧ? (Предположим, пациент не знает). В таком случае я предлагаю вам вместе сходить в....., чтобы с Вашим партнером поговорили и сделали анализ на ВИЧ. Если он/-а не заражена ВИЧ, вы можете спокойно продолжать отношения, не забывая, конечно, о соблюдении верности друг другу. Если Ваша жена/муж/партнер окажется носителем ВИЧ, вы должны защищать себя от заражения и всегда пользоваться презервативом. Мы советуем воздержаться от близких отношений с женой/мужем/партнером до тех пор, пока не узнаете о результатах анализа. У нас в клинике есть бесплатные презервативы, пользуйтесь на здоровье. Надеюсь, ко времени Вашего следующего посещения Ваша жена/муж/партнер уже пройдет обследование, и мы сможем еще раз обсудить эту тему. Есть ли у Вас ко мне вопросы?

Примерный сценарий беседы после обследования (результат положительный)

Я знаю, как тяжело сейчас 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 ТБ и ВИЧ. В нашей клинике Вам сделают и другие анализы на ВИЧ, такие как подсчет CD4 и тест на вирусную нагрузку. Как Вы знаете, ВИЧ-инфекция передается половым путем. Поэтому так важно, чтобы Ваш муж/жена/партнер тоже сейчас прошел обследование на ВИЧ. Как Вы думаете, может быть он/-а 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?

Адаптировано из практики медработников Зимбабве, в свою очередь, основано на материалах, разработанных CDC в 2005 году под названием «*Диагностическое консультирование и обследование на ВИЧ в клинической практике лечения ТБ*» – “Diagnostic HIV counselling and testing in TB clinical Settings”²⁴⁷

О МЕЖДУНАРОДНОМ СОЮЗЕ БОРЬБЫ С ТБ И БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ (СОЮЗЕ)

Союз — это глобальная научная организация, миссия которой заключается в улучшении здоровья людей, живущих в бедности. Мы выполняем свою миссию, проводя научные исследования, работая с правительствами и другими организациями по внедрению научных данных для улучшения здоровья населения во всем мире, а также реализуя проекты непосредственно на местах. Союз состоит из членов — людей со всего мира, помогающих в осуществлении нашей миссии, и научного института, реализующего в странах проекты в области общественного здравоохранения. На протяжении почти 100 лет мы являемся лидерами в борьбе с самыми грозными заболеваниями планеты, уносящими жизни людей, включая туберкулез, заболевания легких и табакокурение.

Для получения более детальной информации приглашаем посетить наш веб-сайт:
www.theunion.org

ISBN: 979-10-91287-17-3

Организации, которые внесли вклад
в разработку, публикацию и распространение
настоящего издания

The Union

International Union Against
Tuberculosis and Lung Disease
Health solutions for the poor



International Council of Nurses
The global voice of nursing