

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Методические рекомендации

**Москва
2006**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

«УТВЕРЖДАЮ»

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



В.И. СТАРОДУБОВ

В.И. Стародубов 2006 год

**ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Методические рекомендации

**Москва
2006**

Департамент фармацевтической
деятельности, обеспечения
благополучия человека, науки,
образования

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke, positioned to the right of the department name.

В.А. Ступин

Аннотация

В рекомендациях представлены организационные аспекты оказания противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации. В рекомендациях затронуты вопросы профилактики туберкулеза, его активного и пассивного выявления у ВИЧ-инфицированных граждан, организации оказания помощи больным с сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез.

Методические рекомендации предназначены для фтизиатров, инфекционистов, сотрудников территориальных центров СПИД, а также врачей других специальностей, оказывающих медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным гражданам.

Организации разработчики

ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

ФГУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии Росздрава»

Авторы:

- Ю.В. Михайлова - докт.мед.наук, профессор, директор ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»
- И.М. Сон - докт.мед.наук, заместитель директора ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по научной работе
- А.В. Короткова - канд.мед.наук, заместитель директора ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по международным вопросам
- Е.И. Скачкова - канд.мед.наук, заведующая отделением социально-обусловленных заболеваний ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»
- А.В. Гажева - научный сотрудник отделения методологии обеспечения качества медицинской помощи ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»
- А.В. Новожилов - научный сотрудник отделения методологии обеспечения качества медицинской помощи ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»
- З.Х. Корнилова – докт.мед.наук, профессор, заведующая общеклиническим отделом ГУ «ЦНИИТ РАМН»
- Г.И. Саенко - канд.мед.наук, главный врач Ростовского ГУЗ «Специализированная туберкулезная больница»
- О.Б. Нечаева - докт.мед.наук, директор Свердловского ОГУЗ «Противотуберкулезный диспансер», главный внештатный

Д.Н. Голубев -	специалист фтизиатр Минздрава Свердловской области докт.мед.наук, профессор, директор ФГУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмо- логии Росздрава»
Н.В. Эйсмонт -	канд.мед.наук, заведующая диспансерным легочным отделением Свердловского ОГУЗ «Противотуберкулез- ный диспансер», ответственный специалист фтизиатр по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в Свердловской области
А.С. Подымова -	канд.мед.наук, главный врач ГУЗ Свердловской области «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»
С.Ю. Темирджанова	врач-ординатор Карачаевской центральной клинической больницы
Е.А. Ключикова	Министр здравоохранения Калининградской области

Введение

Одновременно с изменением эпидемиологических показателей по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации изменяется динамика оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных. В течение первых 10 лет после начала регистрации ВИЧ-инфекции в России среди оппортунистических заболеваний преобладали саркома Капоши (32,0-37,6%), цитомегаловирусная инфекция (24,0-31,0%), туберкулез (8,0-19,0%) и генерализованные бактериальные инфекции (20,0-6,8%). В последующие годы отмечено неуклонное увеличение числа летальных исходов, связанных с туберкулезом (29,0-43,8%). Данная тенденция сохраняется и до сих пор. Туберкулез вышел на первое место среди причин смерти у ВИЧ-инфицированных больных.

Распространение ВИЧ-инфекции внесло радикальные изменения в эпидемиологию туберкулеза в мире. ВИЧ-инфекция - это самый серьезный фактор риска развития туберкулеза у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ), особенно в нашей стране с практически сплошь инфицированным МБТ населением. Риск заболеть активным туберкулезом для человека с двумя инфекциями составляет 5-10% в год, тогда как у остальных контингентов населения подобная вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни. По прогнозам, если ВИЧ-инфекцией поразит 10-13% взрослого населения, то число случаев туберкулеза в стране увеличится в 2-3 раза.

Эпидемия ВИЧ считается ведущей причиной возрождения туберкулеза в индустриально развитых странах. Эпидемиологические прогнозы в связи с ростом эпидемии СПИДа весьма неблагоприятны. Туберкулез, развивающийся у зараженных ВИЧ-инфекцией, часто связан с реактивацией ранее существовавшей у них латентной туберкулезной инфекции. Но большое значение имеет и реинфекция.

ВИЧ-инфекция не только провоцирует развитие туберкулеза, но и оказывает резко выраженное отрицательное влияние на его симптоматику и течение. Клинико-рентгенологические проявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и у больных СПИДом в значительной степени зависят от степени угнетения иммунитета. Примерно в половине случаев туберкулез опережает другие проявления СПИДа в среднем на 2 года. Выраженное снижение питания, уменьшение объема внутри- и внеклеточной жидкости, отражающие склонность к гиперметаболизму, рассматриваются как характерная особенность больных сочетанной инфекцией.

Для оптимизации работы по профилактике туберкулеза у ВИЧ-инфицированных лиц, его своевременному выявлению и оптимизации оказания медицинской помощи больным с сочетанной патологией ВИЧ и туберкулез и были разработаны данные рекомендации.

Организация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам на территории Российской Федерации

С целью изучения эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди ВИЧ-инфицированных, определения порядка учета больных данной патологией, а также организации системы мер противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным, в Российской Федерации в каждом субъекте утвержден *ответственный специалист фтизиатр по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных*.

Учреждения здравоохранения, а также учреждения ГУФСИН России заполняют «Карты персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (учетная форма «263/у-ТВ – далее «Карта») на всех больных с вновь выявленной сочетанной патологией, рецидивом туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции и умерших от сочетанного заболевания, начиная с 01 января 2004 года. «Карты» направляются ответственному специалисту фтизиатру по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Ответственный специалист фтизиатр по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных заполняет «Карты» на умерших от сочетанной инфекции на основании протоколов патологоанатомических исследований, полученных от патологоанатомов, или сообщений лечебно-диагностических учреждений о случаях смерти. Ежемесячно дубликат «Карт» направляется в Центр противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным Минздравсоцразвития Российской Федерации.

План мероприятий по предупреждению и профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц должен включать в себя 10 разделов:

- подготовка кадров;
- гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- мероприятия по предупреждению заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных;
- мероприятия по раннему выявлению тубинфицирования и заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных;
- мероприятия по предупреждению прогрессирования или осложнений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией;
- организация лабораторного обследования ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом;
- организация стационарной помощи ВИЧ-инфицированным, страдающим туберкулезом или имеющим подозрение на туберкулез;
- лекарственное обеспечение ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом и имеющих подозрение на это заболевание;
- координация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным на региональном уровне.

В приложении № 1 представляем алгоритм действия фтизиатрической службы при оказании противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным.

1. Подготовка кадров включает:

- участие в обучающих семинарах для координаторов по сочетанию туберкулеза и ВИЧ-инфекции в субъектах Российской Федерации по вопросам организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным, проводимые Центром противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным Минздравсоцразвития России;

- проведение конференций по управленческим округам по внедрению нормативных актов по оказанию противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам;

- проведение обучающих семинаров для врачей-инфекционистов по вопросам туберкулеза на кафедрах фтизиатрии и фтизиопульмонологии;

- проведение обучающих семинаров для врачей-фтизиатров по вопросам ВИЧ-инфекции на кафедрах профилактической педиатрии и инфекционных болезней;

- проведение обучающего семинара по вопросам туберкулинодиагностики и вакцинации от туберкулеза детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, а также ВИЧ-инфицированных детей и подростков;

- включение вопросов оказания противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным в программы обучения среднего медперсонала.

При подготовке кадров необходимо освещать особенности работы с ВИЧ-инфицированными, страдающими туберкулезом или имеющими подозрение на это заболевание.

В программу обучающего семинара для врачей-фтизиатров по вопросам ВИЧ-инфекции необходимо включить следующие разделы:

- профилактика и раннее выявление тубинфицирования и туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

- методы и содержание гигиенического воспитания населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

- особенности диагностики, клиники и течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

- обследование больных туберкулезом на ВИЧ-инфекцию;

- проведение послетестового консультирования;

- разъяснение путей передачи ВИЧ-инфекции;

- проведение эпидемиологического расследования;

- особенности диспансерного наблюдения, лабораторного контроля и лечения ВИЧ-инфицированных, в том числе, страдающих туберкулезом;

- организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, заполнение и ведение документации (учетно-отчетные формы, амбулаторные карты, истории болезни и др.);

- соблюдение при работе с больными ВИЧ-инфекцией правовых норм в соответствии с действующим законодательством;

- соблюдение инфекционной безопасности при работе с пациентами, болеющими одновременно ВИЧ-инфекцией и туберкулезом;
- предупреждение профессионального заражения медперсонала ВИЧ-инфекцией;
- освещение правовых аспектов при профессиональном заражении согласно действующим нормативным документам.

В программу обучающего семинара для врачей-инфекционистов необходимо включить следующие разделы:

- работа с группами риска по туберкулезу;
- вакцинопрофилактика туберкулеза;
- химиопрофилактика, превентивное и пробное лечение туберкулеза;
- раннее выявление тубинфицирования и туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- методы и содержание гигиенического воспитания населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- консультирование ВИЧ-инфицированных, их родственников и близких по вопросам туберкулеза;
- пути передачи туберкулезной инфекции;
- особенности диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными на территории с высокой распространенностью туберкулеза;
- особенности диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- особенности патогенеза, клиники и течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- вопросы лечения и диспансерного наблюдения за больными туберкулезом;
- проведение противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции;
- особенности мониторинга за туберкулезом, сочетанного ВИЧ-инфекцией.

В программу курсов усовершенствования для средних медицинских работников противотуберкулезной и инфекционной служб следует включить следующие разделы:

- гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- пути передачи ВИЧ-инфекции и туберкулеза;
- профилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- особенности диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом;
- особенности диспансерного наблюдения, лабораторного контроля и лечения, включая паллиативного, ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом;
- организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, ведение документации;
- соблюдение при работе с ВИЧ-инфицированными правовых норм в соответствии с действующим законодательством;

- соблюдение инфекционной безопасности при работе с больными туберкулезом и ВИЧ-инфекции;
- профилактика профессионального заражения медперсонала туберкулезом и ВИЧ-инфекцией;
- освещение правовых аспектов при профессиональном заражении согласно действующим нормативным документам.

При обучении волонтеров, в том числе из общественных организаций, работающих по проблеме ВИЧ-инфекции, необходимо освещать вопросы профилактики туберкулеза и его раннего выявления, принципы лечения и диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Кроме того, следует обращать их внимание на проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, где проживают или бывают ВИЧ-инфицированные.

Нельзя привлекать к работе по обучению мерам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, их родственников и близких лиц, самих ВИЧ-инфицированных, так как они не могут работать в очагах опасной для них туберкулезной инфекции.

2. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Индивидуальное гигиеническое воспитание по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных должно охватывать как самих ВИЧ-инфицированных, так и их родственников, близких и других лиц, которые смогут повлиять на поведение социально дезадаптированных ВИЧ-инфицированных с целью привлечения этих пациентов к обследованию на туберкулез.

Необходимо обращать внимание ВИЧ-инфицированных, их родственников и близких на возможные пути передачи туберкулезной инфекции, основные клинические проявления туберкулеза, уходе за больным туберкулезом, значимость профилактики и превентивного лечения туберкулеза.

Следует широко использовать для освещения вопросов туберкулеза индивидуальное консультирование ВИЧ-инфицированных в кабинетах инфекционных заболеваний, центрах СПИД, противотуберкулезных диспансерах (кабинетах), наркологических диспансерах (стационарах, кабинетах) и т.д. Больным туберкулезом необходимо рекомендовать обследование на ВИЧ-инфекцию, как лицам из группы высокого риска, подлежащим обследованию на ВИЧ.

Гигиеническое воспитание населения по вопросам туберкулеза у ВИЧ-инфицированных следует проводить с помощью средств массовой информации, санитарных бюллетеней, кратких памяток. Наибольшее внимание граждан привлекают короткие видеофильмы, вставки в рекламу на телевидении. В бюллетенях, памятках, статьях в газетах, радиопередачах информацию о туберкулезе у ВИЧ-инфицированных следует излагать в доступной и интересной форме.

3. Мероприятия по предупреждению заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных.

Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции в соответствии с приказом от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» проводятся там, где проживают или бывают ВИЧ-инфицированные (территориальный очаг туберкулеза, противотуберкулезный и инфекционный стационары, центры СПИД, кабинеты инфекционных заболеваний, пункты обмена шприцев и др.).

При организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным необходимо соблюдение принципов не пересечения потока больных ВИЧ-инфекции с опасными в эпидотношении потоками больных туберкулезом (кабинеты инфекционных заболеваний, центров СПИД, кабинеты скрининг и референс диагностики туберкулеза, стационарные отделения для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, противотуберкулезные диспансеры и др.).

Профилактика туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и матерей с сомнительным результатом иммуноблота, подробно изложена в алгоритме, представленном ниже.

Алгоритм организации профилактики туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей

До родов:

- антиретровирусная терапия у матери;
- увеличение количества CD-4 лимфоцитов у матери;
- снижение в крови вирусной нагрузки у матери;
- обследование окружения новорожденного на туберкулез.

Во время родов: кесарево сечение.

После родов:

- отказ от грудного вскармливания ребенка;
- продолжение антиретровирусной терапии у матери



Минимум обследования	Результат обследования	Тактика иммунизации
<p>Новорожденные дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей.</p> <ul style="list-style-type: none"> • шкала Ангар • абсолютное число нейтрофилов • осмотр иммунолога; • осмотр инфекциониста; • осмотр неонатолога 	<ul style="list-style-type: none"> - не менее 6 баллов; - не менее 1000 в общем анализе крови; - отсутствие противопоказаний; - отсутствие первичного иммунодефицитного состояния; - отсутствие генерализованной БЦЖ-инфекции, выявленной у других детей в семье; - отсутствие острых заболеваний и острых состояний (внутриутробная инфекция, гнойно-септическое заболевание, гемолитическая болезнь, поражение ЦНС, генерализованные поражения, пороки развития) 	Прививка БЦЖ-М
<p>ВИЧ-инфицированные матери:</p> <ul style="list-style-type: none"> • иммуноблот • рентгенография легких и проба Манту с 2ТЕ 	<ul style="list-style-type: none"> - положительный или сомнительный; - отсутствие признаков туберкулеза; - отсутствие туберкулеза в окружении новорожденного 	
<p>ВИЧ-инфицированные матери:</p> <ul style="list-style-type: none"> • иммуноблот • рентгенография легких и проба Манту с 2ТЕ 	<ul style="list-style-type: none"> - положительный или сомнительный; - признаки туберкулеза по данным рентгенографии легких и пробе Манту с 2ТЕ; - туберкулез в окружении новорожденного или невозможность выяснения эпиданамнеза по туберкулезу в окружении новорожденного (например, лица БОМЖ) 	Прививка БЦЖ-М и изоляция новорожденного в соматическое отделение на 2 месяца на период формирования иммунитета

Если в роддоме прививка БЦЖ-М не была проведена, то в последующем решение о проведении прививки против туберкулеза принимается индивидуально и коллегиально с участием врачей разных специальностей.

4. Мероприятия по раннему выявлению тубинфицирования и заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных.

В центрах СПИД должен функционировать кабинет скрининг диагностики туберкулеза, в котором работает врач-фтизиатр. Врач-фтизиатр может быть работником центра СПИД, но лучше, если он является сотрудником противотуберкулезного диспансера. При этом кабинете должны быть развернуты: флюорографический кабинет, кабинеты туберкулинодиагностики и забора мокроты на МБТ методом раздражающей ингаляции. В этом же кабинете проводятся контролируемая химиопрофилактика, превентивное или пробное лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Для аналогичной работы в районных и городских больницах фтизиатр для консультации ВИЧ-инфицированных выходит непосредственно в кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ).

В противотуберкулезных учреждениях должен функционировать кабинет референс-диагностики туберкулеза, где окончательно устанавливается диагноз туберкулеза у больного ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ-инфицированные на консультацию фтизиатра кабинетов скрининг или референс-диагностики туберкулеза представляют:

- флюорограмму (рентгенограмму) органов грудной клетки;
- результаты общих анализов крови и мочи, мокроты или другого отделяемого на микобактерии туберкулеза, а также других видов обследования на туберкулез;
- данные реакций на пробу Манту с 2 ТЕ в динамике;
- результат анализа крови на иммунный статус.

Приказом по лечебно-профилактическому учреждению или управления здравоохранением в территории назначается врач-фтизиатр, ответственный за оказание противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным.

Флюорографическое (рентгенологическое) обследование органов грудной клетки подросткам, начиная с 15 лет, и взрослым, ВИЧ-инфицированным, а также туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ проводится в учреждении первичной медико-санитарной помощи при взятии на учет у инфекциониста и затем не реже 2 раз в год.

Проведение туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ и по показаниям флюорографического (рентгенологического) обследования органов грудной клетки детям до 15 лет, ВИЧ-инфицированных, проводится также в условиях учреждений общей лечебной сети

Внеочередное флюорографическое (рентгенологическое) обследование органов грудной клетки ВИЧ-инфицированных проводится также в учреждении первичной медико-санитарной помощи и стационарах. Это касается:

- лиц с симптомами туберкулеза;
- лиц из контакта с источником туберкулезной инфекции;

- лиц, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые;
- лиц, освободившихся из мест лишения свободы.

Консультация ВИЧ-инфицированных у фтизиатра:

1) осуществляется непосредственно в КИЗ или кабинете скрининг диагностики туберкулеза центра СПИД не позднее 7 дней в случаях, когда:

- у больного ВИЧ-инфекцией снижается количество CD4 лимфоцитов 200 и ниже в куб. мм крови при иммунологическом исследовании;
- выпадает положительная реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ (инфильтрат размером от 5 до 16 мм у детей и подростков; от 5 до 20 мм у взрослых);
- выпадает гиперергическая реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ (инфильтрат от 17 мм и более у детей и подростков; от 21 мм и более у взрослых; а также везикуло-некротическая реакция, независимо от размера инфильтрата, с лимфангоитом или без него);
- регистрируется усиление туберкулиновой чувствительности (увеличение инфильтрата на 6-10 мм и более по сравнению с предыдущей реакцией);
- имеется заболевание туберкулезом в анамнезе;
- имеется контакт с источником туберкулезной инфекции, включая кратковременный;
- впервые выявляются остаточные явления туберкулеза любой локализации;

2) осуществляется в кабинете референс-диагностики туберкулеза противотуберкулезной службы не позднее 7 дней при обнаружении у больного ВИЧ-инфекцией клиники, подозрительной на туберкулез.

Обследование ВИЧ-инфицированных при наличии у них клиники, подозрительной на туберкулез легочной и/или внелегочной локализации, проводится в учреждении общей лечебной сети:

- забор и исследование мокроты, мочи и/или соответствующего отделяемого на МБТ;
- использование других показанных методов (УЗИ, рентгенография, гистологическая верификация диагноза туберкулеза при исследовании биопсийного и послеоперационного материала и др).

Контролируемая химиопрофилактика туберкулеза, превентивное или пробное лечение туберкулеза (по 3 режиму химиотерапии туберкулеза) у ВИЧ-инфицированных в показанных случаях осуществляется в КИЗ или кабинете скрининг диагностики туберкулеза центра СПИД следующим пациентам:

- ранее не болевших туберкулезом;
- не имеющих постоянного контакта с источником туберкулезной инфекции;
- с впервые выявленными остаточными изменениями излеченного туберкулеза.

Лечение или химиопрофилактика туберкулеза назначается фтизиатром. Необходимое количество противотуберкулезных препаратов и патогенетических средств (витамины, гепатопротекторы) для купирования осложнений на

лечение туберкулостатиками выдает территориальный противотуберкулезный диспансер.

Диспансерному учету у фтизиатра подлежат дети и подростки, ВИЧ-инфицированные, согласно приложению № 7 приказа Минздрава РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», осуществляется при наличии:

- положительной и гиперергической реакции на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ;
- усиления туберкулиновой чувствительности;
- заболевания туберкулезом в анамнезе;
- постоянного контакта с источником туберкулезной инфекции;
- впервые выявленных остаточных явлений туберкулеза;
- клиники, подозрительной на туберкулез;
- локальной формы туберкулеза.

Диспансерному учету у фтизиатра подлежат взрослые, ВИЧ-инфицированные, согласно приложению № 7 приказа МЗ РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» осуществляется при наличии:

- постоянного контакта с источником туберкулезной инфекции;
- клиники, подозрительной на туберкулез;
- локальной формы активного и клинически излеченного туберкулеза.

5. Мероприятия по предупреждению прогрессирования или профилактики осложнений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

При выявлении у больного туберкулезом ВИЧ-инфекции показана консультация его в течение 14 дней у инфекциониста, а при прогрессировании ВИЧ-инфекции – в областном центре СПИД.

Совместное диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированным и туберкулезом осуществляется инфекционистом и фтизиатром согласно приказам Минздрава РФ от 16 августа 1994 года № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» и от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Проведение *контролируемого лечения туберкулеза* у ВИЧ-инфицированных осуществляется на всех этапах химиотерапии. Контроль за приемом противотуберкулезных препаратов осуществляется не только в стационарных условиях, но и в поликлинике (дневной стационар, стационар на дому), а также при амбулаторном лечении (прием медикаментов в присутствии средних медицинских работников здравпунктов, фельдшерских пунктов и др.).

Подтверждение диагноза впервые выявленного и рецидива туберкулеза, а также случаев смерти больных с сочетанной патологией (туберкулез + ВИЧ-инфекция) из всех территорий субъекта РФ проводится на заседании ЦВКК головного противотуберкулезного диспансера. Представление на заседание ЦВКК документов ВИЧ-инфицированных с впервые выявленным, рецидивом

туберкулеза, а также случаев смерти больных с сочетанной патологией проводится противотуберкулезной службой территории сразу по мере выявления указанных случаев.

Во всех медицинских учреждениях муниципальных образований области необходимо обеспечить вскрытие всех умерших с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза, а также гистологическую верификацию диагноза туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, включая исследование биопсийного и послеоперационного материала.

6. Организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Ежемесячно, по мере выявления случаев сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции, фтизиатром совместно с инфекционистом заполняется учетная форма 263/у-ТБ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией». Заполненная форма 263/у-ТБ направляется в головной противотуберкулезный диспансер ответственному специалисту-фтизиатру по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, включая случаи обнаружения сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции на вскрытии.

Дубликат учетной формы 263/у-ТБ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» ежемесячно направляется в Центр противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным Минздравсоцразвития России ответственным специалистом-фтизиатром по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных субъекта РФ.

Полученные данные по мониторингу впервые выявленных больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции ежеквартально обобщаются при сверке областного противотуберкулезного диспансера и областного центра СПИД.

7. Организация лабораторного обследования лиц с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Обследованию на ВИЧ-инфекцию подлежат следующие больные туберкулезом:

- 1) в плановом порядке:
 - все впервые выявленные больные туберкулезом;
 - все больные активным туберкулезом 2 раза в год согласно приказа МЗ и МП РФ от 30 октября 1995 года № 295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня медработников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ»;
- 2) внеочередное повторное обследование на ВИЧ проводится при:
 - обострении туберкулеза у лиц, страдающих хроническими формами туберкулеза;
 - нетипичном течении туберкулеза;
 - отсутствии эффекта от лечения туберкулеза;
 - диссеминированном туберкулезе;

- клинических или лабораторных признаках иммунодефицита.

Иммунологическое исследование крови на количество CD4 у ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом, проводится 1 раз в 3-6 месяцев. Определение в крови у ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом, вирусной нагрузки проводится в показанных случаях (перед назначением и в процессе проведения антиретровирусной терапии). Иммунологическое исследование и анализ крови для определения вирусной нагрузки больному ВИЧ-инфекцией, страдающему туберкулезом, назначает врач-инфекционист центра СПИД. Организует и обеспечивает проведение соответствующих исследований центр СПИД.

Бактериоскопическое и гистологическое обследование ВИЧ-инфицированных на туберкулез проводится в учреждениях общей лечебной сети. Бактериологическое обследование материала у ВИЧ-инфицированных на наличие в нем микобактерий туберкулеза организует и проводит противотуберкулезное учреждение согласно приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

8. Организация стационарной помощи ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом туберкулеза или имеющим подозрение на туберкулез.

Лечение активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных II стадии проводится в туберкулезных стационарах по месту жительства или в межрайонных противотуберкулезных диспансерах. Консультация больного врачом-инфекционистом проводится 1 раз в квартал. При прогрессировании ВИЧ-инфекции и/или туберкулеза показана незамедлительная консультация больного в центре СПИД.

К каждому больному, пришедшему на амбулаторный прием к врачу-фтизиатру или госпитализированному в противотуберкулезное учреждение, необходимо относиться как к возможному носителю ВИЧ-инфекции, в том числе в стадии инкубации.

ВИЧ-инфекция имеет достаточно ограниченное количество возможных путей передачи в условиях медицинского учреждения. Вирус иммунодефицита человека значительно быстрее уничтожается, чем вирусы гепатитов. Таким образом, пребывание ВИЧ-инфицированного в противотуберкулезном учреждении, где соблюдается предписанный для инфекционной больницы санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим, не требует введения дополнительных мер защиты медперсонала и пациентов от ВИЧ-инфекции.

Опасность заражения персонала больницы ВИЧ-инфекцией возникает при проведении медицинских манипуляций (прежде всего инвазивных) у ВИЧ-инфицированных и в процессе работы с их биологическими субстратами при разрывах и проколах перчаток, особенно сопровождающихся уколами и порезами кожи, при наличии повреждений кожи, включая микротравмы, наличии кровохарканья или кровотечения у больного, в лабораториях при работе с кровью ВИЧ-инфицированных.

Персонал туберкулезного учреждения, у которого возникла необходимость обслуживания ВИЧ-инфицированного из числа контингентов службы, подлежит обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ. В дальнейшем оно проводится 1 раз в год, если указанная необходимость сохраняется. При приеме новых сотрудников они будут обследоваться на ВИЧ только в случае, если будут приниматься для обслуживания ВИЧ-инфицированных.

В Приложениях №№ 2 и 3 к данным рекомендациям изложены положения об отделениях для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, приложением № 4 - положение об инфекционной безопасности в отделении для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

9. Лекарственное обеспечение ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом туберкулеза или имеющих подозрение на это заболевание.

Обеспечение лекарственными препаратами ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом (для лечения туберкулеза, ВИЧ-инфекции, оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции и проведения симптоматической терапии), осуществляется:

стационарный и санаторный этапы лечения - в соответствии с текущим финансированием лечебно-профилактического учреждения в рамках утвержденного формуляра лекарственных средств;

амбулаторный этап лечения - в порядке предоставления больным мер социальной поддержки по лекарственному обеспечению граждан Свердловской области, страдающих социально значимыми заболеваниями, за счет средств областного бюджета; а также за счет средств федерального бюджета (инвалиды по причине туберкулеза).

ВИЧ-инфицированные, страдающие туберкулезом и имеющие право на получение при амбулаторном лечении набора социальных услуг, обеспечиваются лекарственными препаратами за счет средств федерального бюджета в установленном порядке.

Отделения для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных создают достаточный запас необходимых антиретровирусных препаратов с целью начала проведения постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции в случае возникновения аварийной ситуации в течение первых 24 часов.

10. Координация противотуберкулезной работы для ВИЧ-инфицированных на региональном уровне.

Для координации проводимых мероприятий по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекции организовать работу на уровне Правительства субъекта Российской Федерации (противоэпидемическая комиссия), органа управления здравоохранения субъекта и территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Эффективность использования метода

Разработанная система организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам Российской Федерации позволила специалистам практического здравоохранения унифицировать данную помощь основной группе населения с повышенным риском заболевания туберкулезом.

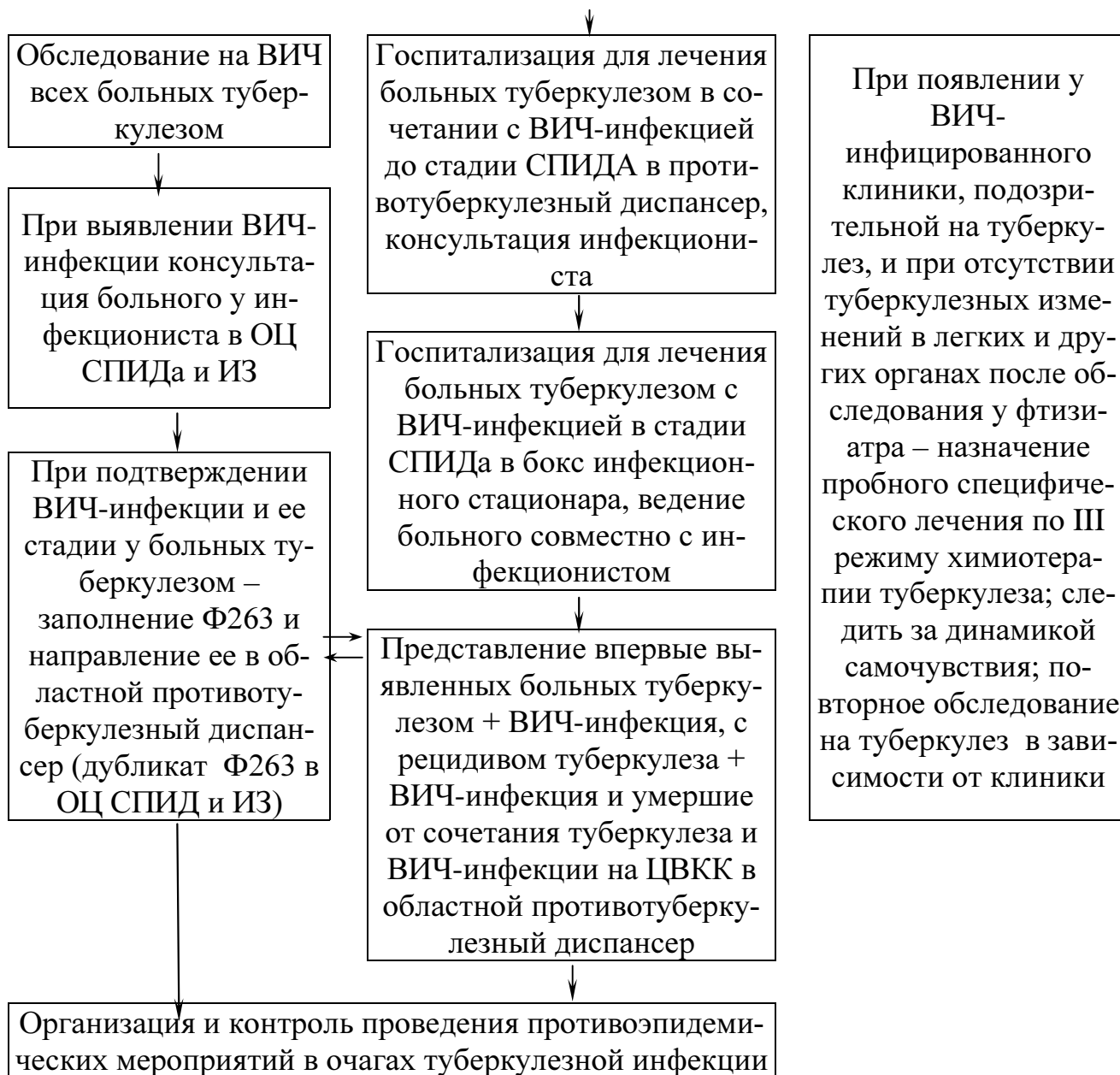
В Свердловской области, применяющей изложенную выше методику, охват профилактическими флюорографическими осмотрами граждан с ВИЧ-инфекцией увеличился с 23,0% (2002 год) до 80,0% (2005 год).

В Свердловской области, которая занимает среди всех субъектов Российской Федерации первое место по числу детей, родившихся от ВИЧ-инфицированной матери (на конец 2005 года – 3040 детей), после принятия областных нормативных документов в течение 2004-2005 годов было привито в роддоме вакциной БЦЖ-М 564 ребенка из перинатального контакта по ВИЧ-инфекции. Осложнений на прививку зарегистрировано не было. Среди вакцинированных детей не зафиксировано случаев заболевания туберкулезом. В то же время в области заболело туберкулезом в возрасте до 1,5 лет 4 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и не иммунизированных против туберкулеза, в том числе 1 ребенок умер при явлениях СПИД и генерализованного туберкулеза.

Организация специализированных отделений для лечения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции, преимущественно 3-й стадии, способствует стабилизации и улучшению туберкулеза на фоне приема противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов под контролем врачей - фтизиатров и врачей - инфекционистов. Сотрудники специализированных туберкулезных отделений получают дополнительную социальную поддержку за работу с ВИЧ-инфицированными.

Алгоритм действия специалистов фтизиатрической службы при оказании противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам

Проведение контролируемого превентивного лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных (изониазид H – 10 мг/кг, пипразинамид Z или этамбутол E – 25 мг/кг)



**Положение о стационарном отделении
для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Стационарное отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, является структурным подразделением круглосуточного стационара противотуберкулезного учреждения.

1.2. Отделение предназначено для лечения активного туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией преимущественно на стадии вторичных заболеваний (4-я стадия).

1.3. Мощность отделения – 30 коек на 1,2-1,8 млн. человек населения.

1.4. Закупки лекарственных средств (противотуберкулезные, антиретровирусные препараты, препараты для лечения оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции) для отделения лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных осуществляются на основании финансирования в соответствии с требованиями Бюджетного Кодекса РФ на конкурсной основе в рамках формуляра противотуберкулезного учреждения, где развернуто отделение.

1.5. Антиретровирусная терапия назначается врачом-инфекционистом.

1.6. Лабораторная диагностика при ВИЧ-инфекции (контроль за уровнем CD4 лимфоцитов и величиной вирусной нагрузки в крови) обеспечивается лабораториями по назначению врача-инфекциониста.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

2.1. Режим работы отделения – круглосуточный.

2.2. Для осуществления функций отделения может быть выделено время приема ВИЧ-инфицированных в других подразделениях противотуберкулезного учреждения, в структуре которого это отделение находится: рентгеновское отделение, кабинеты (УЗИ, функциональной диагностики, бронхологический, стоматологический, ЛОР), лаборатории (клинико-диагностическая и бактериологическая) и др.

2.3. Ведение больных осуществляется врачом-фтизиатром совместно с врачом-инфекционистом. При наличии показаний больные могут быть направлены для консультации в поликлиники областных (республиканских) учреждений. При необходимости в отделение привлекаются врачи-консультанты.

2.4. Питание больных осуществляется в отделении.

2.5. В своей работе отделение руководствуется положениями медико-экономических стандартов для противотуберкулезного учреждения клинического уровня.

2.6. Контроль за деятельностью отделения осуществляет руководитель противотуберкулезного учреждения и его заместитель по медицинской части, а также клинико-экспертная и лечебно-контрольная комиссии этого учреждения.

2.7. Организация и ликвидация отделения для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных осуществляется по решению руководителя противоту-

беркулезного учреждения по согласованию с органом управления здравоохранения субъекта РФ.

3. ФУНКЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ

3.1. Выполнение лечебных мероприятий:

3.1.1. Контролируемая химиотерапия активного туберкулеза, при наличии показаний – коллапсотерапия, патогенетическое лечение и др.

3.1.2. Контролируемая антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции.

3.1.3. Проведение экспертизы состояния здоровья, временной трудоспособности, выдача листа нетрудоспособности (справки) работающим или учащимся, находящимся на лечении в отделении и решения вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

3.1.4. Проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий.

3.1.5. Ведение медицинской документации, предусмотренной в противотуберкулезных стационарах.

3.2. Выполнение противоэпидемических мероприятий:

3.2.1. Раздельное размещение больных в палатах:

- для выделяющих МБТ, резистентных к противотуберкулезным препаратам;

- для больных без выделения МБТ.

3.3. Для создания системы социальной адаптации ВИЧ-инфицированных и туберкулезом – консультации психотерапевта.

4. СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЯ

4.1. В структуру отделения для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных включаются:

- палаты (не более чем на 4 человека);
- процедурный кабинет;
- буфетная и столовая;
- ординаторская, кабинеты заведующего отделением и старшей медсестры;

- комната сестры-хозяйки;

- другие кабинеты по решению руководства противотуберкулезного учреждения;

- набор вспомогательных помещений в соответствии с СанПиН и СНиП.

5. ШТАТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НА 30 КОЕК

Врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал
Заведующий отделением (врач-фтизиатр) - 1,0 ставка; Врач-фтизиатр - 1,5 ставки; Врач-инфекционист - 1,0 ставки; Психотерапевт (психиатр) - 0,5 ставки; Патологоанатом – 0,25 ставки	старшая медицинская сестра - 1,0 ставка; палатная медицинская сестра - 6,5 ставок; медицинская сестра процедурной - 1,0 ставка; медицинская сестра перевязочной - 0,5 ставки лаборант – 0,5 ставки	санитарка - 4,0 ставок; младшая медицинская сестра по уходу за больными - 2,0 ставки; сестра-хозяйка – 1,0 ставка; санитарка лаборатории – 0,5 ставки

5.1. Нормы нагрузки:

- зав. отделением в объеме 50 % нормы нагрузки врача;
- на 1 врача-фтизиатра – 15 больных (включая пациентов с внелегочными локализациями туберкулеза: туберкулезный менингит, туберкулезный спондилит и др., а также с генерализованным туберкулезом);
- на 1 пост медсестры – 30 больных.

5.2. Обязательное первичное и затем не реже 1 раза в 5 лет сертификационное обучение медперсонала отделения основным вопросам ВИЧ-инфекции.

6. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ОТДЕЛЕНИЕ

6.1. В отделение для лечения активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных преимущественно на стадии вторичных заболеваний (4-я стадия), направляются следующие пациенты:

- впервые выявленные больные с активным туберкулезом;
- больные с рецидивом заболевания, обострением или прогрессированием туберкулезного процесса;
- больные с хроническим течением туберкулезного процесса;
- больные туберкулезом, нуждающиеся в углубленном комплексном диагностическом обследовании.

6.2. Госпитализация пациентов в отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, осуществляется по направлению врача-фтизиатра кабинета референс-диагностики туберкулеза головного противотуберкулезного диспансера.

6.3. Ведение пациентов в отделении для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, осуществляется врачом-фтизиатром. Контроль за течением ВИЧ-инфекции у пациентов проводится врачом-инфекционистом.

**Положение о стационарном отделении
для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Стационарное отделение для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, является структурным подразделением круглосуточного стационара противотуберкулезного учреждения.

1.2. Отделение предназначено для диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

1.3. Мощность отделения – 30 коек.

1.4. Режим работы отделения – круглосуточный.

1.5. Вход в отделение изолируется от общих входов в противотуберкулезное учреждение, на базе которого оно развернуто.

1.6. Закупки лекарственных средств (противотуберкулезные, антиретровирусные препараты, препараты для лечения оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции) для отделения диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных осуществляются на основании финансирования в соответствии с требованиями Бюджетного Кодекса РФ на конкурсной основе в рамках формуляра противотуберкулезного учреждения, где развернуто отделение.

1.7. Антиретровирусная терапия назначается врачом-инфекционистом.

1.8. Лабораторная диагностика при ВИЧ-инфекции (контроль за уровнем CD4 лимфоцитов и величиной вирусной нагрузки в крови) обеспечивается лабораторией по назначению врача-инфекциониста.

2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

2.1. Режим работы отделения – круглосуточный.

2.2. Ведение больных осуществляется врачом-фтизиатром совместно с врачом-инфекционистом.

2.3. Эндоскопические обследования больных, взятие биопсийного материала для гистологической верификации диагноза туберкулеза проводятся непосредственно в отделении.

2.4. При наличии показаний больные могут быть направлены для консультации в поликлиники областных (республиканских) учреждений. При необходимости в отделение привлекаются соответствующие врачи-консультанты.

2.5. В своей работе отделение руководствуется положениями медико-экономических стандартов для противотуберкулезного учреждения клинического уровня (диагностика туберкулеза и определение активности туберкулеза).

2.6. Питание больных осуществляется в отделении.

2.7. Контроль за деятельностью отделения осуществляет руководитель противотуберкулезного учреждения и его заместитель по медицинской части, а также клиничко-экспертная и лечебно-контрольная комиссии этого учреждения.

2.8. Организация и ликвидация отделения для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, осуществляется по решению руководителя противотуберкулезного учреждения по согласованию с органом управления здравоохранения субъекта РФ.

3. ФУНКЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ

3.1. Выполнение диагностических мероприятий при туберкулезе в соответствии с медико-экономическими стандартами:

3.1.1. Диагностика туберкулеза любой локализации у ВИЧ-инфицированных.

3.1.2. Определение активности туберкулеза любой локализации у ВИЧ-инфицированных.

3.2. Проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий.

3.3. Выдача листа временной нетрудоспособности (справки) работающим или учащимся, находящимся на лечении в отделении.

3.4. Ведение медицинской документации, предусмотренной в противотуберкулезных стационарах.

3.5. Для создания системы социальной адаптации ВИЧ-инфицированных - консультации психотерапевта.

3. СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЯ

В структуру отделения для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных включаются:

- палаты (на 4 чел.);
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет;
- перевязочный кабинет;
- эндоскопический кабинет;
- буфетная и столовая;
- кабинет сестры-хозяйки;
- ординаторская, кабинеты заведующего отделением и старшей медицинской сестры;
- другие кабинеты по решению руководства противотуберкулезного отделения;
- набор вспомогательных помещений в соответствии с СанПиН и СНиП.

4. ШТАТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НА 30 КОЕК

Врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал
Зав. отделением (врач-фтизиатр) – 1,0 ставка	Старшая медицинская сестра – 1,0 ставка;	палатная санитарка - 3,0 ставок;
Врач-фтизиатр - 1,5 ставки;	палатная медицинская сестра - 6,5 ставок;	младшая медицинская сестра по уходу за больными -2,0 ставки;
Врач-инфекционист - 0,5 ставки;	медицинская сестра процедурной - 1,0 ставка;	санитарка эндоскопического кабинета - 0,5 ставки;
Врач-эндоскопист - 0,25 ставки;	медицинская сестра перевязочной – 0,5 ставки;	сестра-хозяйка – 1,0 ставка;
Хирург - 0,25 ставки	медицинская сестра эндоскопического кабинета - 0,5 ставки;	санитарка лаборатории – 1,0 ставка
Психотерапевт (психиатр) - 0,5 ставки;	лаборант - 1,0 ставка	
Патологоанатом – 0,25 ставки		

5.1. Нормы нагрузки отделения для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных:

- на 1 врача-фтизиатра – 15 больных;
- на 1 пост медицинской сестры – 30 больных.

5.2. Первичное и затем не реже 1 раза в 5 лет сертификационное обучение медперсонала отделения основным вопросам ВИЧ-инфекции.

6. ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

6.1. В отделение для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных госпитализируются пациенты, направленные головным Центром по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями или головным противотуберкулезным диспансером субъекта Российской Федерации.

6.2. После установления диагноза активного туберкулеза:

- больные 2-3 стадий ВИЧ-инфекции направляются для лечения туберкулеза в противотуберкулезные стационары по месту жительства и реже – в специализированное отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- больные 4-й стадии ВИЧ-инфекции направляются в специализированное отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- больные 5-й стадии лечатся в инфекционных больницах в специализированных боксах.

6.3. В случае исключения активности или диагноза туберкулеза ВИЧ-инфицированные переводятся для дальнейшего наблюдения врачом-инфекционистом по месту жительства.

Положение об инфекционной безопасности в отделении для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных

Цель: обеспечение комфортных и безопасных условий пребывания пациентов и медицинского персонала в указанных отделениях.

Задача: снижение риска внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала.

1. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

1.1. Наличие в отделении перечня законодательной и нормативной документации по инфекционной безопасности.

1.2. Наличие плана мероприятий по инфекционной безопасности и программы проведения производственного контроля в отделении.

1.3. Наличие алгоритма действия персонала при выявлении внутрибольничной инфекции

1.4. Наличие программы подготовки различных категорий медперсонала: врачей, средних и младших медицинских работников отделения.

1.5. Взаимодействие с головным Центром по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и Территориальным отделом Федеральной службы по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека субъекта Российской Федерации.

1.6. Наличие приказа и согласованной схемы сбора и утилизации отходов.

2. МИНИМАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

2.1. Обеспечение контейнерами для транспортировки проб крови, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, в том числе для дезинфекции высокого уровня и стерилизации эндоскопов.

2.2. Обеспечение в соответствии с нормами:

- разовыми расходными материалами: мембранными вакуум-системами для венопункции, перчатками и др.;

- жидким мылом и антисептиками для обработки рук с локтевыми дозаторами;

- средствами индивидуальной защиты (масками, фартуками, очками-щитками для защиты глаз и др.);

- запасом препаратов для проведения антиретровирусной профилактики при аварийной ситуации у персонала;

- деструкторами игл;

- автоклавом для обеззараживания мокроты и др. отделяемого ВИЧ-инфицированным;

- контейнерами и расходными материалами для сбора, хранения и утилизации отходов

2.3. Обеспечение двухмесячным запасом дезинфицирующих средств и кожных антисептиков.

3. ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

3.1 Снижение риска внутрибольничного инфицирования пациентов при проведении манипуляций

3.1.1. Минимизация парентеральных процедур.

3.1.2. Проведение дезинфекции по режиму профилактики туберкулеза при:

- текущей и заключительной дезинфекции;
- использовании разовых изделий медицинского назначения;
- обработке посуды и остатков пищи после пациентов;
- обработке белья;
- обработке мокроты и др. отделяемого ВИЧ-инфицированным.

3.2. Предупреждение профессионального заражения

3.2.1. Соблюдение правил универсальной безопасности.

3.2.4. Наличие аптечек «антиСПИД», ведение стандартной документации.

3.2.5. Наличие алгоритма действий персонала по ликвидации аварийной ситуации.

3.2.6. Обучение понятиям о степенях риска заражения ВИЧ-инфекцией и комбинированной антиретровирусной терапии.

3.2.7. Назначение и начало антиретровирусной профилактики сотруднику в течение 24 часов после аварийной ситуации.

3.2.8. Организация послетестового консультирования, антиретровирусной профилактики и диспансерного наблюдения при обследовании на ВИЧ-инфекцию после аварии

4. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

4.1. Предварительные и периодические медосмотры персонала:

- на туберкулез, включая флюорографическое обследование органов грудной клетки при поступлении на работу и затем 2 раза в год;
- обследование персонала на ВИЧ, HbsAg, HCV с до тестовым консультированием при поступлении на работу;
- ежегодное обследование персонала на ВИЧ, HbsAg, HCV, ЗППП;
- иммунопрофилактика персонала.

4.2. Контроль проведения в отделении организационных мероприятий по инфекционной безопасности.

4.3. Контроль осуществления материального обеспечения отделения: оценка потребности в расходных материалах, дезинфицирующих средствах, антисептиках и др.

4.4. Контроль проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий: качество обработки изделий медицинского назначения, бактериологический контроль стерильности изделий медицинского назначения, воздуха, воды, объектов внешней среды и т.д.

4.5. Контроль работы стерилизующей аппаратуры.

4.6. Контроль утилизации отходов.

4.7. Активное выявление и регистрация случаев внутрибольничной инфекции:

4.7.1. Клиническая и микробиологическая диагностика.

4.7.2. Эпидемиологическая диагностика.

4.7.3. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в зависимости от пути и факторов передачи выявленной внутрибольничной инфекции.