



ЗАГАД

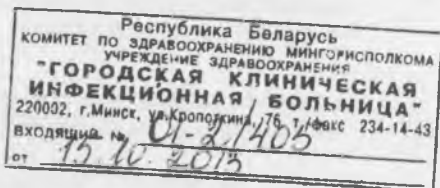
ПРИКАЗ

08.10.2013 № 1034

г. Минск

г. Минск

Об утверждении Инструкции по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией



На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360» и в целях совершенствования работы по оказанию противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Инструкцию по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (далее – Инструкция).
2. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения республиканского подчинения обеспечить выполнение в подчиненных учреждениях требований Инструкции, утвержденной настоящим приказом.
3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11.11.2010 г. № 1217 «Об утверждении Инструкции об организации оказания медицинской помощи пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом».
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на начальника Главного управления организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Беларусь Богдан Е.Л.

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневич

УТВЕРЖДЕНО
приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.10. 2013 г. № 1034

ИНСТРУКЦИЯ
по организации
противотуберкулезной помощи
пациентам с ВИЧ-инфекцией

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящая Инструкция определяет порядок организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

2. При проведении совместных мероприятий по организации противотуберкулезной помощи у пациентов с ВИЧ-инфекцией необходимо обеспечить:

интенсивное выявление туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией с использованием быстрых методов диагностики, обеспечение доступности тестирования лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, в том числе с использованием быстрых методов;

проведение лечения туберкулеза и ВИЧ-инфекции;

профилактическое лечение изониазидом;

профилактическое лечение ко-тримоксазолом;

инфекционный контроль в противотуберкулезных организациях, где проводится лечение ВИЧ-ассоциированного туберкулеза;

динамическое наблюдение за пациентами с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом в рамках диспансерного наблюдения.

II. ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

3. Рентгено-флюорографическое обследование органов грудной клетки пациентам с ВИЧ-инфекцией проводится по направлению врача кабинета инфекционных заболеваний территориальной амбулаторно-поликлинической организации (далее - КИЗ) в амбулаторно-поликлинических организациях по месту жительства (месту пребывания), консультативно-диспансерного отделения/кабинета по

ВИЧ/СПИД (далее - КДО/КДК), в амбулаторно-поликлинических либо стационарных организациях здравоохранения:

в плановом порядке 1 раз в год, при наличии отягощающих факторов (заключенные и лица, освободившиеся из учреждений уголовно-исполнительной системы на протяжении 3-х лет от момента освобождения; мигранты; лица, контактирующие или контактировавшие с пациентами, больными туберкулезом; потребители инъекционных наркотиков; лица, больные сахарным диабетом, хроническим алкоголизмом, психическими заболеваниями, длительно получающие кортикостероидную или иммуносупрессивную терапию) – 2 раза в год;

внеочередное – при возникновении симптомов бронхолегочных заболеваний, при взятии пациента с ВИЧ-инфекцией на диспансерный учет по ВИЧ-инфекции.

4. При каждом посещении пациентом с ВИЧ-инфекцией КДО/КДК, КИЗ врачом-инфекционистом (в случае его отсутствия – врачом-терапевтом) проводится клинический скрининг активного туберкулеза по четырем основным клиническим симптомам:

- наличие кашля;
- наличие повышенной температуры;
- потеря веса;
- ночная потливость.

При наличии сведений о контакте с пациентом, больным туберкулезом, и/или любого из клинических симптомов проводится внеплановое рентгено-флюорографическое обследование, бактериоскопическое исследование 3-х образцов мокроты. 1 образец мокроты направляется на исследование с использованием быстрых методов диагностики туберкулеза и множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МЛУ-ТБ) (GeneXpert, ВАСТЕС MGIT960, LPA) в бактериологические лаборатории противотуберкулезных организаций, оснащенные оборудованием для проведения данных видов исследования.

5. Для сокращения числа визитов в медицинскую организацию образцы мокроты у каждого пациента следует собрать в течение 2 последовательных дней. В число образцов мокроты для исследования входят:

два образца мокроты, которые собирают под непосредственным наблюдением медработника «на месте», во время первого и последующего посещения пациентом медицинской организации;

еще один образец, который пациент собирает у себя дома самостоятельно, рано утром натощак (после того, как он почистит зубы,

чтобы снизить контаминацию мокроты неспецифической микрофлорой).

6. Сбор мокроты осуществляется в соответствии с порядком, установленным Приложением к данной Инструкции. В организации здравоохранения должен быть необходимый запас контейнеров с плотно закрывающейся крышкой. При сборе мокроты и транспортировке должны соблюдаться меры инфекционного контроля.

7. В случае детекции МЛУ-ТБ быстрыми методами диагностики туберкулеза пациент направляется на консилиум по МЛУ-ТБ (областные противотуберкулезные организации, для г. Минска – государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»).

8. Пациентам с подозрением на наличие внелегочного туберкулеза по назначению специалистов соответствующего профиля проводятся эндоскопическое, ультразвуковое, компьютерно-томографическое либо иные лабораторно-инструментальные исследования органов и систем, берутся образцы патологического материала (кровь, спинномозговая и плевральная жидкость, моча, биоптаты печени, кожи и др.) для проведения бактериологического, гистологического, молекулярно-генетического и/или морфологического исследований. Данные мероприятия проводятся на базе организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациенту, либо в условиях диагностических отделений инфекционных и противотуберкулезных стационарных учреждений. Образцы забранного материала направляются для исследования в лаборатории областных противотуберкулезных организаций, для г. Минска – в лабораторию государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии».

9. При установлении диагноза туберкулез пациент направляется для лечения в противотуберкулезную организацию.

10. Для снижения риска трансмиссии туберкулеза посещение противотуберкулезных организаций пациентами с ВИЧ должно быть ограничено.

11. Потoki пациентов должны быть разграничены в зависимости от степени эпидемической опасности.

III. ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

12. При выявлении (подозрении) туберкулезной инфекции у лица, обратившегося за медицинской помощью в организации здравоохранения, проводится забор крови на наличие антител к ВИЧ

методом иммуноферментного анализа (далее – ИФА) в срок, не превышающий 3-х календарных дней от даты обращения.

13. При получении из лаборатории направления на исследование крови на вирусные инфекции и сифилис по форме № 339/у с записью «Анализ повторить» в срок, не превышающий 3-х календарных дней организуется повторный забор крови у пациента.

14. При выявлении (подозрении) туберкулезной инфекции в случаях, когда необходимо определиться с дальнейшей тактикой лечения пациента (перед экстренным хирургическим вмешательством) или после аварийной ситуации при выполнении медицинских вмешательств рекомендуется использовать экспресс-тесты для определения специфических антител к ВИЧ.

15. Каждый положительный результат на ВИЧ с применением экспресс-тестов должен подтверждаться исследованием крови классическими методами (ИФА, ИБ).

16. Выдача заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции только по результатам экспресс-теста не допускается. Результаты экспресс-тестов используются только для своевременного принятия решений и определения тактики ведения пациента в экстренных ситуациях.

17. Пациент с выявленным (подозрительным) случаем туберкулеза в 3-хдневный срок направляется на врачебную консультацию (госпитализацию) в организацию здравоохранения, оказывающую противотуберкулезную помощь; в направлении указывается дата и результат исследования на наличие антител к ВИЧ, а при отсутствии результата – дата забора образцов крови.

18. После получения из лаборатории 2-го или 3-го уровней информации о положительном результате лабораторного исследования проб крови на наличие антител к ВИЧ или антигена ВИЧ методами ИФА и ИБ и пребывании пациента в стационарной противотуберкулезной организации в 3-х дневный срок организуется консультация врача-эпидемиолога, который фиксирует факт установления инфицированности ВИЧ в медицинской карте стационарного больного.

19. Врач-эпидемиолог территориального центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья проводит кризисное консультирование и эпидемиологическое расследование случая ВИЧ-инфекции.

20. При проведении кризисного консультирования врач-эпидемиолог обсуждает с лицом, инфицированным ВИЧ: результаты исследования его пробы крови; вопросы оказания психологической помощи и поддержки; эпидемиологические данные; соблюдение мер по

предупреждению распространения ВИЧ-инфекции и предупреждает пациента в письменной форме об уголовной ответственности за заражение другого лица ВИЧ.

IV. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

21. Лечение туберкулеза у пациентов с ВИЧ проводится в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения нормативными документами.

22. При поступлении (выявлении) пациента с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в противотуберкулезные организации в 5-дневный срок организуется консультация врача-инфекциониста.

23. Врач-инфекционист и врач-фтизиатр определяют и организуют объем дополнительных исследований (иммунный статус, вирусная нагрузка, оппортунистические инфекции).

24. Пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом рекомендуется:

24.1. сразу после установления диагноза ВИЧ-ассоциированного туберкулеза назначение профилактического лечения ко-тримоксазолом 960 мг/сут. на весь курс лечения туберкулеза;

24.2. через 2-8 недель от начала назначения лечения противотуберкулезными лекарственными средствами (с целью избежать взаимодействия противотуберкулезных и антиретровирусных лекарств и суммирования их побочных эффектов, снизить риск развития синдрома восстановления иммунитета) назначение антиретровирусной терапии.

25. Назначение антиретровирусных лекарственных средств фиксируется врачом-фтизиатром в листе назначения лекарственных средств медицинской карты стационарного больного, дата начала приема – в текущем дневнике медицинского осмотра. Информированное согласие пациента на проведение антиретровирусной терапии оформляется в письменном виде и хранится в медицинской карте стационарного больного, информация об этом отмечается в передаваемых в другие организации здравоохранения медицинских документах.

26. Получение противотуберкулезными организациями антиретровирусных лекарственных средств проводится через аптеку областных (г. Минска) клинических (инфекционных) больниц.

27. Администрация противотуберкулезной организации оформляет в установленном законодательством Республики Беларусь порядке доверенность для получения вышеуказанных лекарственных средств,

сопроводительное письмо и документ с указанием номера медицинского документа и диагноза пациентов, перечня и необходимого количества лекарственных средств. Передача лекарственных средств осуществляется в срок, не превышающий 5 рабочих дней. В противотуберкулезной организации проводится предметно-количественный учет полученных лекарственных средств.

28. Прием пациентами антиретровирусных лекарственных средств проводится в присутствии медицинского работника стационарного отделения противотуберкулезной организации.

29. Информация о пациентах, начавших антиретровирусную терапию в условиях противотуберкулезной организации, передается ежемесячно в адрес КДО/КДК (КИЗ) с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, места жительства пациента, клинического диагноза, схемы лечения ВИЧ-инфекции и фактической даты начала проведения лечения с соблюдением требований конфиденциальности.

30. После начала антиретровирусной терапии в противотуберкулезной организации врач-инфекционист проводит динамическое наблюдение за пациентом по медицинским показаниям, но не реже чем 1 раз в квартал, а также обязательный медицинский осмотр перед выпиской из противотуберкулезной организации.

31. При выписке пациента из противотуберкулезной организации копии эпикризов (заключений) предоставляются в КДО/КДК по ВИЧ/СПИД, КИЗ, организацию здравоохранения по месту жительства. В эпикризе указывается дата начала антиретровирусной терапии, схема антиретровирусной терапии и количество антиретровирусных лекарственных средств (в таблетках), выданных пациенту на руки.

32. За пациентом с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом по месту регистрации/проживания проводится наблюдение врачом-фтизиатром и врачом-инфекционистом.

33. В медицинских картах амбулаторного пациента тубкабинета и КИЗа оформляются консультативные заключения специалистов (инфекциониста и фтизиатра) с формулировкой основного диагноза, информацией о лечении и датой следующего осмотра у специалиста по профилю заболевания.

V. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

34. При отсутствии противопоказаний и признаков активного туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией (п. 4.) врачом-фтизиатром и/или врачом-инфекционистом проводится назначение

профилактического лечения туберкулеза изониазидом с оформлением соответствующего заключения и согласия пациента на ее проведение.

35. Профилактическое лечение изониазидом осуществляется в КДО (КДО, КИЗ) по месту жительства (месту пребывания) пациента, пунктах заместительной терапии опиоидной зависимости.

36. Изониазид получает по доверенности медицинский работник инфекционной организации в территориальной противотуберкулезной организации. В КДО/КДК (КИЗ) проводится предметно-количественный учет полученных лекарственных средств. Лекарственное средство выдается медицинскому работнику в пределах 2-х месячной потребности из расчета на пациентов, получающих профилактическое лечение.

37. Профилактическое лечение изониазидом проводится в дозе 5 мг/кг веса (не более 300 мг/сут) ежедневно в течение 6 месяцев.

При отрыве (прекращении лечения) пациента от профилактического лечения на 2 месяца и более, профилактическое лечение начинается заново.

Периодичность проведения профилактического лечения – не реже 1 раза в 2 года.

38. Ответственным за проведение профилактического лечения является лечащий врач. Изониазид выдается пациенту в пределах месячной потребности при посещении КДО/КДК (КИЗ), пунктов заместительной терапии.

При назначении профилактического лечения необходимо проводить мероприятия по формированию приверженности пациента.

39. При назначении профилактического лечения проводится мониторинг лабораторных показателей (общий анализ крови, мочи, биохимические тесты, характеризующие функцию печени) через 1 месяц от начала лечения и далее в рамках проводимого диспансерного наблюдения, чаще – при наличии клинических показаний.

VI. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОВМЕСТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

40. Врач-фтизиатр организации здравоохранения, оказывающей противотуберкулезную помощь, направляет в срок, не превышающий 3-х календарных дней от установления у пациента диагноза туберкулез, запрос в областной (г. Минска) КДО/КДК и отделы профилактики ВИЧ/СПИД государственного учреждения «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья», областных центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, государственного учреждения «Минский городской центр гигиены и

эпидемиологии» о регистрации пациента в базе данных ВИЧ-инфицированных лиц, с указанием в запросе клинического диагноза туберкулеза.

В случае подтверждения регистрации в базе данных пациентов с ВИЧ врач-инфекционист областного (г. Минска) КДО/КДК (далее врач-инфекционист):

в срок, не превышающий 3-х календарных дней от получения запроса, письменно извещает (под грифом «ДСП») областной (г. Минска) противотуберкулезный диспансер о случае ВИЧ-ассоциированного туберкулеза с указанием клинического диагноза ВИЧ-инфекции;

вносит соответствующую информацию в Регистр пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Лицо, ответственное за ведение регистра «Туберкулез», областного (г. Минска) противотуберкулезного диспансера вносит сведения о результатах исследования пациента на ВИЧ-инфекцию в регистр «Туберкулез» и извещает об этом врача-фтизиатра, направившего запрос.

41. При подозрении на туберкулезную инфекцию у пациента с ВИЧ врач-инфекционист организует в срок, не превышающий 3-х календарных дней от даты выявления симптомов туберкулеза, проведение консультации врача-фтизиатра областного (г. Минска) противотуберкулезного диспансера.

Врач-фтизиатр областного (г. Минска) противотуберкулезного диспансера при подтверждении диагноза туберкулезной инфекции у пациента с ВИЧ-инфекцией:

передает информацию о пациенте лицу, ответственному за ведение регистра «Туберкулез», для внесения информации в базу данных регистра «Туберкулез»;

в срок, не превышающий 3-х календарных дней от подтверждения диагноза, извещает врача-инфекциониста и отделы профилактики ВИЧ/СПИД областных центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, государственного учреждения «Минский городской центр гигиены и эпидемиологии» о случае ВИЧ-ассоциированного туберкулеза с указанием клинического диагноза по туберкулезу.

42. Для мониторинга и оценки совместных мероприятий по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией используются следующие показатели:

охват пациентов с туберкулезом тестированием на ВИЧ-инфекцию;

удельный вес ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди зарегистрированных случаев туберкулеза;

охват профилактическим лечением изониазидом пациентов с ВИЧ-инфекцией;

охват профилактическим лечением ко-тримоксазолом пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом;

охват антиретровирусной терапией пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

ПРАВИЛА СБОРА МОКРОТЫ

Процедура сбора мокроты осуществляется в специально оборудованном помещении (наличие приточно-вытяжной с отрицательным давлением в помещении или вытяжной вентиляции с рекомендуемым 8-12 кратным воздухообменом, бактерицидных облучателей, ультразвуковых ингаляторов) под непосредственным наблюдением медицинского персонала (через стекло) или на улице в рекомендуемом месте.

Добейтесь взаимопонимания с пациентом и объясните ему, для чего необходимо провести исследование мокроты. Расскажите пациенту, что следует откашливать мокроту из глубоких отделов легких. Объясните пациенту, что он не должен собирать слюну или носоглоточную слизь.

Проинструктируйте пациента, чтобы он прополоскал рот или почистил зубы перед сдачей мокроты для удаления из полости рта остатков пищи и контаминирующих бактерий.

Для получения мокроты из глубоких отделов легких пациент должен:

- сделать два глубоких вдоха, задержать дыхание на несколько секунд после каждого вдоха и затем медленно выдохнуть;
- вдохнуть глубоко в третий раз и с силой выдохнуть воздух;
- вдохнуть еще раз и затем покашлять;
- при необходимости последовательность повторить.

После появления продуктивного кашля пациент должен поднести к губам контейнер и аккуратно сплюнуть в него мокроту. Для исследования необходимо получить достаточное количество мокроты (3-5 мл), содержащей плотные слизистые или гнойные частицы, а не слюну.

Мокрота бывает густой и слизистой или жидкой с частицами некротических тканей из пораженных участков легких. Цвет мокроты может быть грязно-белым или грязновато-светлозеленым. Мокрота с кровью имеет красный или коричневатый цвет.

Жидкая прозрачная слюна или выделения из носоглотки не являются мокротой и имеют небольшую ценность в диагностике туберкулеза.

Если мокроты собрано недостаточно, попросите пациента покашлять еще, чтобы получить образец достаточного объема. Надо помнить о том, что многие пациенты не в состоянии собрать мокроту в течение нескольких минут. Необходимо дать им достаточно времени и дождаться действительно глубокого кашля.

Если мокроту получить не удалось, контейнер считается использованным и утилизируется в соответствии с инструкцией. В случае отсутствия мокроты у пациента следует провести раздражающую ингаляцию. Используется 3-5 мл 4-8% раствора гидрокарбоната или хлорида натрия. Оптимально проводить процедуру сбора мокроты через 15-20 минут после ингаляции.

Проверьте, чтобы контейнер был плотно закрыт и промаркирован на стенке, а не на крышке.

Поставьте контейнер в штатив для транспортировки в лабораторию. Желательно доставить мокроту в лабораторию в тот же день, при невозможности мокрота может храниться в холодильнике до 72 часов.

Вымойте руки в перчатках с мылом.

Если следующая порция мокроты будет собираться пациентом самостоятельно дома, дайте пациенту новый контейнер и объясните, что важно собрать мокроту утром, как только он проснется.

Покажите пациенту, как следует плотно закрыть контейнер.

Объясните пациенту, куда и когда он должен доставить мокроту.