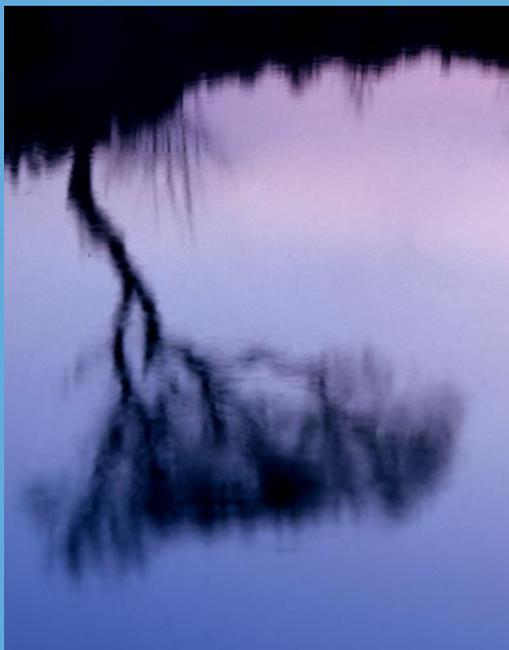




СОЦИАЛЬНЫМ РАБОТНИКАМ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ



Составитель материала - Кая Хурт

1) Модули 1-9; CDC учебные материалы (Centers for Disease Control and Prevention), адаптированная программа по защите от туберкулеза в Эстонии. Тарту, 2004

2) Инструкции по диагностике, лечению и слежению за лечением туберкулеза подготовлены

в сотрудничестве с программой по защите от туберкулеза и Обществом пульмонологов Эстонии. Тарту, 2005

Благодарим: Кай Клийман, Манфреда Даниловича, Анастасию Пярнсалу и Марис Саар

Для бесплатно распространения

ISBN 9985-9670-7-0

Издано на средства государственной программы по предупреждению ВИЧ/СПИД 2002/2006

Издатель: Tervise Arengu Instituut

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	3
I ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	4
II РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА	5
III РАЗВИТИЕ ИНФЕКЦИИ ИЛИ БОЛЕЗНИ В ОРГАНИЗМЕ	6
IV ДИАГНОСТИКА ЗАРАЖЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ	7
V ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПОБОЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРОТИВО ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ	8
VI КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИИ, САМОЗАЩИТА НАБЛЮДАЮЩЕГО ЗА ЛЕЧЕНИЕМ	10
VII ВАЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ КОНТАКТОВ, КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ	12
VIII СОТРУДНИЧЕСТВО ПАЦИЕНТА И МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПРИ ПРО- ВЕДЕНИИ ЛЕЧЕНИЯ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА	14

История

Туберкулез - это заболевание известное также под названием «чахотка», которое поражало людей в течение веков. До 1940х - 1950х годов не было лекарственных препаратов для лечения туберкулеза, поэтому болезнь порой называли «медленной смертью».

В 1943 году американский ученый Сельман Ваксман открыл первое противотуберкулезное лекарство - стрептомицин, с помощью которого появилась возможность бороться с возбудителем туберкулеза. Это привело к излечению многих больных туберкулезом и повсеместному снижению смертности от этого заболевания.

После второй мировой войны самый высокий уровень заболеваемости (число больных на 100 000 населения) туберкулезом в Эстонии был в 1953 году. Благодаря улучшению социально-экономических условий больше внимания обращалось на здоровье людей, а в результате повышения эффективности борьбы заболеваемость туберкулезом снижалась вплоть до 1992 года. Но с 1993 года заболеваемость вновь начала расти и к 1998 году этот показатель уже вдвое превышал показатель 1992 года (см. рисунок 1). Начиная с 2001 года численность больных туберкулезом в Эстонии вновь начала снижаться.

Положение в настоящий момент

По данным Всемирной организации здравоохранения, туберкулез и сегодня является лидером по смертности среди инфекционных заболеваний. Ежегодно от него умирает около 3 миллионов человек.

Полагают, что 1/3 взрослого населения планеты инфицирована бактерией туберкулеза. Из всех инфицированных в течение жизни заболевает 5-10%. В год диагностируется примерно 8 миллионов новых случаев заболеваний, половина этих людей представляют инфекционную опасность (заразны).

В Азии диагностируется 74% случаев заболеваний, в Африке - 12%, в Центральной и Южной Америке - 9% и в промышленно развитых странах - 5%. В мире живет около 12 миллионов человек, зараженных одновременно туберкулезной бактерией и ВИЧ-инфекцией.

Распространение туберкулеза зависит от социально-экономической ситуации в стране. Заболевание распространяется чаще среди бездомных и лиц с недостаточным питанием, но от заражения этой инфекцией не защищен никто. Распространению инфекции способствует перенаселение, увеличение числа устойчивых к медикаментам заболеваний, а также в последние десятилетия эпидемия ВИЧ и иммиграция.

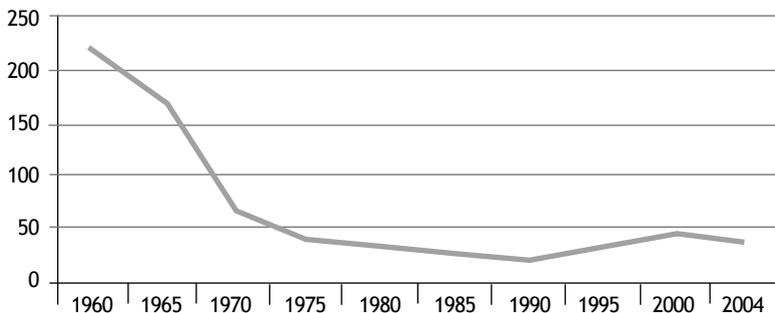


Рисунок 1. Первичная заболеваемость (число больных на 100 000 населения) туберкулезом в Эстонии в 1960-2004 гг.

Возбудитель

Заражение и возможное последующее заболевание туберкулезом вызывает микроорганизм *Mycobacterium tuberculosis*.

M. tuberculosis - это один из видов микобактерий. Часть микобактерий являются возбудителями туберкулеза, поскольку они вызывают заболевание туберкулезом. Такими бактериями являются *M. tuberculosis*, *M. bovis* и *M. africanum*. Остальные микобактерии являются нетуберкулезными или атипичными, поскольку не вызывают заболевания туберкулезом. Вызываемые ими заболевания называются микобактериозами. Одной из наиболее распространенных атипичных микобактерий является *M. avium complex*. Атипичные микобактерии выявляются в пыли, в воде рек и озер, в канализационной системе, в бассейнах и аквариумах. Обычно атипичные микобактерии не передаются от человека к человеку. Они, как правило, безопасны для человека со здоровой иммунной системой, но у людей с иммунной недостаточностью (например у больных СПИДом) могут вызвать микобактериоз.

Распространение

Возбудитель туберкулеза *M. tuberculosis* передается от человека к человеку по воздуху. Если человек болеет заразной формой туберкулеза легких или горла, то при кашле, чихании, разговоре, пении в воздух попадает большое количество частиц мокроты, содержащих микобактерии. Большинство частиц не оседает, а высыхает и надолго остается в воздухе. В зависимости от характера окружающей среды частицы, содержащие микобактерии, могут быстро превращаться в так называемые аэрозольные ядрышки диаметром 1-5 мкм, которые могут оставаться несколько часов во взвешенном состоянии в воздухе и перемещаться с воздушными потоками.

Если человек вдыхает воздух, содержащий эти аэрозольные ядрышки, возможна передача инфекции, то есть перенос микроорганизмов от одного человека к другому. Быстро оседающие крупные частицы не опасны, потому что они оседают на поверхности, смешиваясь с пылью, и по причине своего размера обычно не попадают глубже верхних дыхательных путей. Туберкулез не распространяется через бытовые контакты, поэтому этой болезнью невозможно заразиться через пожатие рук, при пользовании посудой, постельным бельем или туалетом. Предметы, находившиеся в контакте с человеком больным туберкулезом (посуда, мебель и т.д.), не требуют специальной обработки. Не всегда заражается и человек, имевший непосредственный контакт с больным туберкулезом.

При передаче возбудителя туберкулеза от человека к человеку определяющими являются 4 фактора:

- 1) степень инфекциозности (заразности) больного, то есть количества выдыхаемых в воздух бактерий;
- 2) концентрация бактерий в воздухе, которая зависит от размеров помещения и вентиляции;
- 3) продолжительность контакта с больным туберкулезом;
- 4) состояние дыхательных путей и иммунной системы здорового человека.

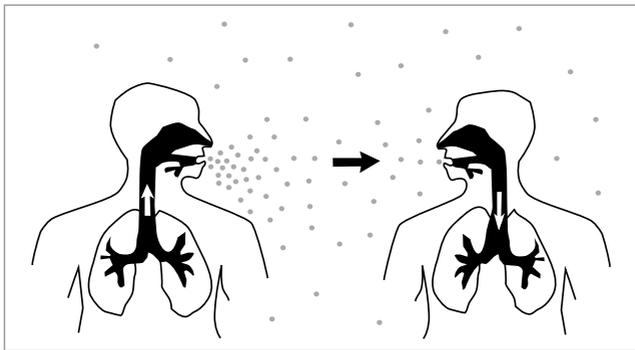
Дыхательные пути человека имеют защитные механизмы, которые предотвращают попадание вредных частиц в легкие.

Волоски в носовой полости улавливают наиболее крупные, находящиеся в воздухе, ядрышки и частицы пыли. Мелкие частицы, которые проникают через нос, прилипают к покрывающей бронхи слизистой оболочке. В результате раздражения реснитчатого эпителия ядрышки и частицы пыли попадают в горло, откуда они откашливаются.

В альвеолы легких попадают аэрозольные ядрышки, высохшие до очень маленьких размеров. Если человек инфицирован, то размножение возбудителей туберкулеза происходит в легочных альвеолах, откуда небольшое количество попадает в кровь и распространяется по всему организму. Бактерии могут попасть в любой орган или ткань. Однако чаще всего туберкулезом поражаются легкие, почки, центральная нервная система и костные ткани. Обычно иммунная система организма реагирует через 2-10 недель, что замедляет размножение и дальнейшее распространение микобактерий.

Заражение (инфицирование) туберкулезом означает, что в организме есть жизнеспособные возбудители туберкулеза, которые находятся под контролем иммунной системы данного организма. В организме зараженного человека дальнейшее размножение и распространение бактерий останавливается. Такое состояние обычно наступает через 2-10 недель после заражения.

Инфицирование туберкулезом можно определить при помощи **туберкулинового теста**.



Туберкулиновый тест большинства зараженных людей дает позитивный результат.

Зараженные возбудителем туберкулеза люди **не представляют опасности для других людей в плане заражения**. Иными словами: от них туберкулез другим людям не передается. При рентгене в их легких обычно не видно характерных для болезни изменений. Зараженный туберкулезом человек **не является больным**.

Иммунитет большинства людей при заражении является достаточным для **пожизненной защиты**.

Примерно у 10% зараженных туберкулезом людей процесс может **перейти в заболевание туберкулезом**. Заболевание развивается в случае, если иммунная система человека не способна держать деятельность бактерий под контро-

лем. В результате этого бактерии начинают быстро размножаться и попадают в лимфатические сосуды, региональные лимфатические узлы, далее в кровь, а с кровью в другие ткани и органы. Туберкулез обычно поражает верхние части легких, почки, центральную нервную систему, костные ткани и суставы. В зоне поражения могут образовываться пустоты (инфильтрация тканей, развитие каверн) и инфекция распространяется дальше. Риск заболевания туберкулезом наиболее велик в течение первых двух лет после заражения.

Ослабить сопротивляемость человека болезням могут многие состояния.

Факторы риска развития заболевания туберкулезом:

- ВИЧ/СПИД
- алкоголизм, наркомания
- иммуносупрессивная терапия (лечение, которое ослабляет иммунную систему)
- недостаточное питание
- стресс
- сопутствующие хронические заболевания: диабет (сахарная болезнь), силикоз (запыленность легких), злокачественные опухоли и их лечение (радиотерапия, химиотерапия), гипотиреоз (сниженная функция щитовидной железы), хронические инфекции (воспаления) в организме.

IV ДИАГНОСТИКА ЗАРАЖЕНИЯ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Диагностика заражения туберкулезом

Туберкулиновый тест используется для определения заражения туберкулезом. Это наиболее предпочтительный из всех тестов такого типа, поскольку он дает самые точные результаты. Для проведения теста используются игла и шприц, чтобы ввести туберкулин между слоев кожи, обычно с внешней стороны левого предплечья. По прошествии 72 часов проверяется реакция (папула) в месте инъекции. Диаметр папулы (именно папулы, а не места покраснения) измеряется поперек предплечья. У значительной части зараженных туберкулезом людей проявляется положительная реакция на туберкулин.

Определение результата туберкулинового теста как положительного зависит от многих обстоятельств: от величины папулы, от индивидуального риска заражения, а также от риска контакта с возбудителем туберкулеза на месте работы.

На трактовку кожной реакции влияют различные факторы. Некоторые факторы, например, заражение атипичной микобактерией (микобактерия, которая не является *M. tuberculosis*) и вакцинирование BCG могут вызвать ложно-положительную реакцию. Другие факторы, например, анергия (отсутствие реакции на туберкулиновую пробу из-за ослабления иммунной системы), недавнее заражение и очень молодой возраст могут стать причиной ложно-негативной реакции. ВИЧ-инфицированных людей можно проконтролировать на наличие анергии, если у них негативная реакция на туберкулиновый тест. Люди, близко контактирующие с больными туберкулезом, в случае негативной реакции, должны проходить повторный тест через 10 недель после последнего контакта с больным туберкулезом.

Если папула больше 10 мм, то для предотвращения развития заболевания рекомендуется проконсультироваться со специалистом по болезням легких.

Четыре этапа диагностики заболевания туберкулезом

Во-первых, история болезни, т.е. анамнез. Она включает в себя проведение беседы с пациентом с целью получения информации о его контактах с больным туберкулезом, симптомах, ранее перенесенном туберкулезе или заражении туберкулезом, а также факторах риска. К симптомам туберкулеза легких относятся кашель, боль в груди, выделение мокроты, кровохарканье. Общими симптомами туберкулеза являются снижение веса, быстрая утомляемость, плохое самочувствие, температура и ночная потливость.

Во-вторых, пациентам, у которых обнаружены симптомы заболевания туберкулезом, необходимо провести туберкулиновый тест. При наличии симптомов пациенту необходимо срочно провести уточняющие исследования, не дожидаясь результатов туберкулинового теста.

В-третьих, рентгенологическое исследование, одной из целей которого является выявление заболевания легочным туберкулезом у лиц с положительной кожной пробой. Вторая цель заключается в уточнении заболевания легких у лиц с симптомами туберкулеза. И все же нельзя только на основании характерного для туберкулеза результата рентгенологического исследования подтверждать диагноз «туберкулез».

В-четвертых, бактериологическое исследование, т.е. обнаружение возбудителя туберкулеза в мокроте пациента. Прежде всего необходимо взять у пациента материал для бактериологического исследования. У пациента с подозрением на туберкулез берется проба мокроты, другие биологические материалы исследуются в случае, если подозревается внелегочный туберкулез. Прежде всего, в лаборатории проба наносится на предметное стекло, окрашивается, после чего под микроскопом проверяется наличие бактерий. В случае обнаружения микобактерий их следует пересчитать и после этого соответствующим образом классифицировать. Пациент с положительным результатом пробы считается заразным.

После этого производится посев, необходимый для того, чтобы работники лаборатории смогли определить, содержатся ли в пробе *M. tuberculosis*. Достаточно выросшие бактерии определяются при помощи специальных тестов. Позитивная культура *M. Tuberculosis*, т.е. посев, подтверждает диагноз «туберкулез».

После посева проводится исследование на чувствительность к медикаментам, которое помогает медикам выбрать эффективное для данного пациента лечение.

V ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПОБОЧНЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ПРОТИВО ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Единственным надежным методом наблюдения за лечением больного является непосредственно контролируемое лечение.

Больные туберкулезом должны проходить лечение в течение не менее 6 месяцев, иногда лечение длится и дольше. Туберкулез всегда следует лечить как минимум двумя препаратами, к которым микобактерия чувствительна. Если при лечении туберкулеза применять только один препарат, может возникнуть резистентность (нечувствительность) к препарату. Резистентность может воз-

никнуть и в том случае, если больной не соблюдает назначенный ему лечебный режим. В фазе интенсивного лечения (2-3 месяца) применяется одновременно 4 препарата: изониазид, рифампицин, пиразинамид и этамбутол или стрептомицин. Если имеются данные о чувствительности микобактерии к лекарствам, врач может внести в лечебный режим соответствующие изменения. Чтобы исключить резистентность к лекарственному препарату врач должен назначить пациенту эффективный лечебный режим и убедиться в том, что пациент принимает медикаменты регулярно. Лучшим методом наблюдения за лечением пациента является непосредственно контролируемое лечение (ДОТ) непосредственное ежедневное слежение за принятием лекарств.

Выявление побочных явлений

Все пациенты, получающие лечение от туберкулеза, должны быть проинформированы о симптомах возможных побочных явлений и о возможности серьезных последствий.

Менее значительные побочные явления

Перед тем как дать пациенту первую дозу лекарства, медицинская сестра или другое наблюдающее за лечением лицо объясняет, что препарат рифампицин окрашивает все выделения (мочу, слезы и т.д.) в оранжевый цвет, кожа может стать более чувствительной к солнцу (опасность солнечного ожога); кроме того, женщины должны знать, что лекарства от туберкулеза могут ослабить действие противозачаточных препаратов.

Серьезные побочные явления:

Аллергические реакции, нарушения зрения, шум в ушах, нарушения слуха, нарушения равновесия, тошнота, рвота, расстройство желудка, боль в правой части живота, беловатый кал, пожелтение кожи, онемение конечностей, боль в суставах, кровотечение, судороги, углубляющаяся депрессия.

При появлении серьезных побочных явлений пациент должен немедленно обратиться к врачу. Врач должен в ходе лечения не менее раза в месяц осматривать больного и следить за проявлением побочных воздействий. Перед началом лечения у пациента необходимо взять основные анализы, чтобы определить возможные сопутствующие болезненные состояния, которые могут дать осложнения в ходе лечения.

Необходимо проводить повторные исследования пациента, если:

- симптомы не проходят в течение первых двух месяцев лечения;
- после первоначального проявления симптомы исчезают, но появляются снова;
- в посевах мокроты после двух месяцев лечения все еще размножаются микобактерии;
- негативные результаты посевов вновь становятся позитивными.

Обычно врач назначает снимок грудной клетки, чтобы оценить ход лечения. Лечение туберкулеза может быть затруднено, если пациент не принимает препараты регулярно, если есть рецидив заболевания, если мультирезистентная форма туберкулеза или проявление побочных явлений в лечении.

Во время каждого визита медсестра или другое наблюдающее за лечением лицо должно спрашивать пациента о его самочувствии. Если у пациента имеются симптомы, указывающие на побочные явления, то следует:

- объяснить пациенту, что при проявлении серьезных побочных явлений он должен немедленно прекратить прием лекарств (перед началом лечения необходимо объяснить пациенту, какие побочные действия являются серьезными);
- проинформировать врача о побочных явлениях у пациента и отметить симптомы в лечебной карте больного.

Медсестра или следящее за лечением лицо должно наблюдать за выздоровлением пациента. Если в ходе лечения продолжают проявляться характерные для туберкулеза симптомы, то следует:

- сообщить об этом врачу и немедленно организовать необходимые исследования;
- отметить симптомы в лечебной карте больного.

VI КОНТРОЛЬ ИНФЕКЦИИ, САМОЗАЩИТА НАБЛЮДАЮЩЕГО ЗА ЛЕЧЕНИЕМ

Опасность заражения зависит от количества выделяемых туберкулезных микобактерий в воздух. Пациенты, выделяющие большое количество микобактерий, значительно опаснее для окружающих, чем те, которые выделяют мало бактерий. Пациент заразен, если у него:

- туберкулез легких или горла;
- полость в легких;
- кашель, или ему делаются стимулирующие кашель процедуры;
- позитивный результат бактериоскопического анализа мокроты;
- лечение туберкулеза не было эффективным;
- при кашле пациент не прикрывает рот и нос рукой или платком.

Если пациент получает эффективное лечение, то опасность заражения быстро уменьшается. Необходимо иметь в виду, что излечение от болезни происходит у каждого пациента по-разному. Пациента можно считать не опасным в плане заражения других людей, если он получал эффективное лечение в течение 2-3 недель, в результате этого начинают проходить и симптомы болезни (кашель ослабевает, температура тела нормализуется), а результаты взятых в течение трех дней подряд бактериоскопических анализов мокроты являются негативными.

Туберкулез может распространяться везде: дома, на рабочем месте, а также в медицинском учреждении.

Медицинские работники чаще всего могут заразиться туберкулезом при контакте с пациентом, который болен туберкулезом, но не помещен в изолятор, поскольку степень его опасности в части заражения других лиц не определена. Опасными являются и те больные туберкулезом, которые не получают эффективного лечения.

Контроль инфекции

Все медицинские учреждения и медицинские работники должны соблюдать меры предосторожности для воспрепятствования распространению туберкулезной инфекции.

Главная цель такого контроля заключается в быстрой диагностике заболевания туберкулезом, изоляции больного и обеспечении эффективного лечения.

Программа контроля инфекции включает в себя административный контроль, технический контроль и использование персоналом средств индивидуальной защиты. Важно также проводить обучение персонала и профилактическое исследование в отношении туберкулеза.

Пациент, у которого есть жалобы характерные для туберкулеза, должен быть немедленно помещен в изолятор, и в отношении него должны быть сразу начаты исследования. Пациенту, которому поставлен диагноз «туберкулез», необходимо сразу начинать курс лечения.

В стационарных условиях больные туберкулезом или с подозрением на туберкулез должны быть немедленно помещены в изолятор.

В изоляторе должна быть вентиляционная система необходимая для обеспечения отрицательного давления и полного очищения воздуха, ХЕПА фильтры и бактерицидные лампы. Вентиляцию с ХЕПА фильтрами и бактерицидные лампы необходимо использовать вместе с другими мерами по обеспечению контроля.

Административный и технический контроль не способен обеспечить полную защиту работников, поэтому персонал должен пользоваться респираторами для защиты дыхательных путей. Учреждения, ответственные за предотвращение распространения

туберкулезной инфекции, должны сотрудничать с медицинскими учреждениями:

- информация о каждом случае заболевания туберкулезом должна доходить до врача-специалиста как можно быстрее;
- необходимо выявлять лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом, и проводить их контроль;
- необходимо разработать индивидуальный план лечения пациента как стационарно, так и амбулаторно;
- лечебным учреждениям необходимо оказывать помощь в проведении профилактических проверок и мероприятий, разъяснять общественности эпидемиологическую ситуацию, а также связанные с инфекцией аспекты.

Больной туберкулезом легких опаснее всего для окружающих до диагностики заболевания (еще нет характерных для туберкулеза жалоб) и в течение 2-3 недель после начала лечения.

Если пациент получал лекарства от туберкулеза 2-3 недели, и симптомы болезни отступили, то он, вероятно, больше не представляет опасности для других людей.

Больным туберкулезом необходимо разъяснять, что при кашле и чихании необходимо прикрывать рот и нос рукой, платком или тыльной стороной ладони (объяснять правила гигиены при кашле).

Медицинский работник, посещающий пациента на дому, должен пользоваться респиратором, чтобы защитить себя от инфекции.

Если есть подозрение, что человек может быть болен туберкулезом (кашель, потеря веса), социальный работник, работающий с этим человеком в помещениях, должен пользоваться респиратором для защиты своих дыхательных

путей. Туберкулезная инфекция обычно не передается от человека к человеку, если общение происходит на улице или в помещении с открытыми окнами (если в помещении нет принудительной вентиляции).

Гигиена при кашле

Дома пациентам также необходимо разъяснять правила гигиены при кашле:

- никогда нельзя кашлять на другого человека;
- при кашле и чихании следует прикрывать рот и нос рукой или платком;
- мокроту следует выплевывать в стаканчик или платок, который затем необходимо поместить в полиэтиленовый пакет, пакет закрыть и по возможности сжечь или выбросить в мусорный контейнер.

При транспортировке заразных больных персонал должен надеть респираторы.

Сбор анализа мокроты должен проводиться в помещении с хорошей вентиляцией, в домашних условиях в это время в том же помещении не должны находиться другие члены семьи. Самое подходящее место для этого в домашних условиях - во дворе на свежем воздухе.

Все люди, имеющие контакт с больными туберкулезом, должны пройти профилактические исследования на туберкулез.

Защищай свои дыхательные пути, разъясняй людям правила гигиены при кашле, проветривай помещение!

VII ВАЖНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ КОНТАКТОВ, КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Выявление контактов - это:

- установление лиц, имевших контакты с инфекционно опасными больными туберкулезом;
- их обследование, чтобы определить, заражены ли они или больны туберкулезом;
- обеспечение необходимого лечения больных.

Выявление контактов важно, поскольку это дает возможность выявить людей, которые:

- больны туберкулезом, чтобы вылечить их и воспрепятствовать дальнейшему распространению болезни;
- заражены возбудителем туберкулеза, чтобы назначить им профилактическое лечение для предотвращения заболевания;
- относятся к группе риска по заболеванию туберкулезом и могут нуждаться в соответствующем лечении до тех пор, пока не выяснится заражены они или нет.

Первичный больной - это лицо, у которого имеется подозрение на заболевание или с подтвержденным диагнозом. Выявление контактов должно проводиться обязательно в том случае, если у больного заразная форма туберкулеза. Ответственность за это несет специализирующийся на болезнях легких уездный

врач. Успешное выявление контактов препятствует дальнейшему распространению туберкулеза и появлению новых случаев заболевания.

Несмотря на то, что негативный результат анализа мокроты указывает на более низкое выделение бактерий, чем позитивный, выявление контактов должно происходить и среди пациентов с негативным результатом анализа.

В некоторых случаях контакты не выявляются, как, например, в случае с внелегочным туберкулезом. Выявление контактов не производится и при обнаружении атипичных микобактерий. Маленькие дети, заболевшие туберкулезом, редко представляют опасность в плане заражения, поэтому при обнаружении больных туберкулезом детей практически не ведется выявление контактов. В этой ситуации важно выявить источник инфекции, от которого заразился ребенок.

Это делается, если:

- выявляется зараженный или больной туберкулезом маленький ребенок;
- обнаруживается больной с иммунной недостаточностью, у которого ранее не диагностировался туберкулез;
- в учреждении с высоким уровнем риска заражения (например, место заключения) выявляется много людей, негативный туберкулиновый тест которых через 10-12 недель становится позитивным (во время интервала скрининга).

Конфиденциальность и доверие

Защита информации о лице называется конфиденциальностью. Конфиденциальность означает защиту всей письменной и электронной информации, полученной в результате сотрудничества пациента и медицинских работников. Медицинские работники должны знать, как сохранять конфиденциальность при сотрудничестве с клиентом в ходе лечения, сбора, анализа и передачи касающейся клиента информации личного характера. Медицинские работники несут ответственность за сохранность личной информации пациента. Правила могут нарушаться только в том случае, если речь идет о защите интересов общества. Например, пациент, который страдает заразной формой туберкулеза, может быть ограничен в правах до тех пор, пока он не станет безопасным для окружающих.

Отношения между пациентом и медицинскими работниками основаны на взаимном соглашении. Эти правила включают в себя права и обязанности обеих сторон. Сотрудничество между пациентом и медицинским работником служит основой их общения и взаимного обмена информацией, и очень важно, чтобы эти отношения основывались на доверии.

Доверие - это ключ к успеху в сотрудничестве между пациентом и медицинским работником, в ходе которого соблюдаются права и обязательства обеих сторон. При наличии доверия пациент является более мотивированным при соблюдении лечебного режима, инструкций и рекомендаций медицинских работников. Медицинский работник должен сделать все, чтобы завоевать доверие пациента.

Обычно непосредственно контролируемое лечение туберкулеза ДОТ проводит медицинская сестра или другое назначенное лицо. Иногда для проведения ДОТ можно договориться и, например, с сестрой из центра семейных врачей или с волостным социальным работником. Важно, чтобы время и место проведения ДОТ подходило пациенту. Во всех случаях пациенту должна быть обеспечена конфиденциальность.

Проведение ДОТ может быть доверено и некоторым другим лицам, получившим соответствующую подготовку. Проводить ДОТ не может член семьи, поскольку он не всегда способен настаивать на принятии пациентом лекарства, если пациент от этого отказывается.

Если пациент согласен, то контроль приема лекарств может быть поручен какому-либо лицу, которому пациент доверяет, и которое имеет соответствующую подготовку. Например, это может быть школьный врач или школьная медсестра, социальный работник, менеджер по персоналу, сосед, друг и т.п.

В сотрудничестве с пациентом необходимо добиваться соблюдения пациентом лечебного режима. Туберкулез почти всегда излечивается, если пациент аккуратно принимает лекарства в течение всего курса лечения и соблюдает лечебный режим.

Спротивление сотрудничеству означает, что пациент не может или отказывается соблюдать лечебный режим. Это одна из самых серьезных проблем при лечении туберкулеза.

В ходе проведения лечения у пациента может возникнуть много причин для отказа от лечения.

Пациенты каждый день, каждую неделю принимают решение о том, надо ли принимать лекарства. Это решение в большей степени зависит от того, как относятся к пациенту и какие разъяснения и поддержку он получает от медицинской сестры, следящего за лечением лица или социального работника. Медицинский персонал может использовать различные методы для улучшения сотрудничества с пациентом в ходе лечения.

Самым важным методом является знание и понимание пациента.

Необходимо помнить, что каждый пациент уникален и у него может иметься очень серьезная причина для уклонения от лечения.

Препятствием сотрудничеству при лечении может стать любая даже самая маленькая проблема, которая мешает посещению лечебных процедур. Чем больше медсестра или следящее за лечением лицо знает пациента, тем проще понять его и найти решение проблемы.

Для пациента у персонала должно иметься достаточно времени, чтобы побеседовать с ним о сути туберкулеза, его опасности для окружающих и о контактах. План лечения туберкулеза следует обсудить с пациентом и найти лучшую возможность для проведения непосредственно контролируемого лечения. Всегда надо выслушать мнение и аргументы пациента, оценить его готовность к сотрудничеству в ходе лечения. Чтобы информация была для пациента важной и была понятна, ее следует подавать в соответствии со знаниями пациента, его образованием и способностью понимания ситуации. Сотрудничество протекает

лучше, и пациент обращает больше внимания на информацию о своей болезни, если от него не требуются серьезные изменения его уклада жизни.

Большое значение в ходе привлечения пациента к непосредственно контролируемому лечению туберкулеза могут иметь стимулы, которые упрощают преодоление препятствий. Стимулы следует выбирать в соответствии с потребностями пациента. В Эстонии все проходящие амбулаторное лечение больные туберкулезом при каждом визите получают продовольственный пакет, им компенсируются транспортные расходы. Ответственность за соблюдение лечебного режима несет вся команда: пациент и медицинский персонал.

Иногда может сложиться ситуация, при которой члены семьи пациента, его друзья или коллеги по работе могут подбивать пациента отказаться от приема медикаментов. Они могут оттолкнуть от себя больного туберкулезом или вызвать другие связанные с болезнью проблемы. В таком случае медсестра или другой медицинский работник обязаны разъяснить положение пациента и суть болезни. Необходимо постараться переубедить этих людей и привлечь их к процессу лечения пациента. При этом всегда следует соблюдать правила конфиденциальности.

В соответствии с действующим в Эстонии законом о борьбе с инфекционными заболеваниями и их профилактике, больные туберкулезом в опасной форме, которые неоднократно прерывали лечение, могут быть направлены на принудительное лечение по решению суда. Перед направлением на принудительное лечение следует использовать все возможные методы для привлечения пациента к добровольному лечению туберкулеза.

