



ЗАГАД

04.10.2018 № 573

г. Мінск

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

ПРИКАЗ

г. Минск

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 дальнейшего совершенствования оказания противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Инструкцию по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией (далее – Инструкция).

2. Начальникам управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома, директору государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии» Гуревичу Г.Л., главным врачам республиканских туберкулезных больниц обеспечить:

разработку механизма реализации требований Инструкции в подчиненных государственных организациях здравоохранения на уровне административных территорий;

выполнение в подчиненных государственных организациях здравоохранения требований Инструкции, утвержденной настоящим приказом;

наличие в планах закупок противотуберкулезных организаций экспресс-тестов на ВИЧ.

3. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.10.2013 г. № 1034 «Об утверждении Инструкции по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией».

4. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на начальника главного управления организации медицинской помощи и экспертизы Богдан Е.Л.

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневич

УТВЕРЖДЕНО
приказом
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
04.06.2018 № 573

ИНСТРУКЦИЯ по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Инструкция по организации противотуберкулезной помощи пациентам с ВИЧ – инфекцией (далее – 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:

активное 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 сульфаметоксазолом-триметопримом;

инфекционный контроль в организациях, где проводится лечение подтвержденных или предполагаемых случаев ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

преимущество в оказании медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией врачом-инфекционистом и врачом-фтизиатром.

II. ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

3. Рентгеновское обследование органов грудной клетки пациентам с ВИЧ-инфекцией проводится по направлению врача кабинета инфекционных заболеваний (далее – КИЗ), консультативно-диспансерного отделения по ВИЧ-инфекции (далее – КДО ВИЧ), врача-терапевта, врача общей практики территориальной амбулаторно-поликлинической либо больничной организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания):

у взрослых в плановом порядке 1 раз в год; 2 раза в год – при наличии отягощающих факторов;

внеочередное – при возникновении симптомов бронхолегочных заболеваний без учета возраста.

К отягощающим факторам, при которых рентгеновское обследование органов грудной клетки при ВИЧ инфекции проводится 2 раза в год, относятся:

нахождение в учреждениях уголовно-исполнительной системы – на протяжении 3 лет со времени освобождения;

миграция;

постоянное отсутствие определенного места жительства;

контакт с пациентами с туберкулезом;

сахарный диабет;

злоупотребление психоактивными веществами с вредными последствиями;

кортикостероидная или иммуносупрессивная терапия.

4. При каждом посещении пациентом с ВИЧ-инфекцией КДО, КИЗ медицинским работником проводится клинический скрининг на наличие симптомов, характерных для активного туберкулеза по четырем основным клиническим симптомам:

кашель более 2-х недель;

повышение температуры тела более 2-х недель;

потеря веса (>5% за последние 4 недели);

ночная потливость.

Также собирается информация о контакте с пациентом с туберкулезом.

5. При наличии любого из перечисленных клинических симптомов или сведений о контакте с пациентом с туберкулезом, проводится внеплановое рентгеновское обследование и бактериологическое исследование мокроты. Забирают два образца мокроты, один образец мокроты обязательно направляется на исследование с использованием быстрых методов диагностики туберкулеза и множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (GeneXpert, BACTEC MGIT960, LPA) в бактериологические лаборатории противотуберкулезных организаций, оснащенные оборудованием для проведения данных видов исследования. Второй образец мокроты направляют на бактериоскопическое и бактериологическое исследования рутинными методами.

6. Для сокращения числа визитов в организацию здравоохранения образцы мокроты у каждого пациента собирают в течение двух последовательных дней. Мокроту для исследования собирают под непосредственным наблюдением медработника «на месте», во время первого и последующего посещения пациентом организации здравоохранения.

7. Сбор мокроты осуществляется в соответствии с порядком, установленным приложением 1 к данной Инструкции. Мокроту забирают в одноразовые контейнеры с плотно закрывающейся крышкой. При сборе

мокроты и транспортировке строго соблюдают меры инфекционного контроля.

8. Пациентам с подозрением на наличие внелегочного туберкулеза проводят обследования методами визуализации (ультразвуковое исследование внутренних органов, лимфатических узлов, рентгенкомпьютерное, магнитно-резонансное томографическое исследование органов и систем, эндоскопические исследования) и при необходимости другие инструментальные исследования, у них берут образцы биологических жидкостей и тканей (кровь, спинномозговая и плевральная жидкость, моча, биоптаты лимфоузлов, печени, кожи и др.) для проведения бактериологического, молекулярно-генетического и (или) морфологического исследований. Данные исследования проводятся в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациенту, либо, по согласованию, в условиях инфекционных и противотуберкулезных больничных организациях здравоохранения. Образцы биологического материала направляются для исследования в бактериологические лаборатории областных противотуберкулезных организаций, для г. Минска – в Республиканскую референс-лабораторию государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии».

9. В случае установления диагноза туберкулеза пациент с туберкулезом направляется в противотуберкулезную организацию здравоохранения по месту пребывания.

III. ВЫЯВЛЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ

10. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции проводится в установленном порядке в соответствии с клиническим протоколом.

11. При выявлении (подозрении) туберкулезной инфекции у лица, обратившегося за медицинской помощью в организацию здравоохранения, проводится забор крови для диагностики ВИЧ-инфекции в срок, не превышающий трех календарных дней от даты обращения.

12. В противотуберкулезных организациях здравоохранения для скринингового этапа лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции используют экспресс-тесты по крови для определения специфических антител к ВИЧ или антител / антигена(ов) ВИЧ.

13. Положительный результат, полученный при исследовании крови в организации здравоохранения с использованием экспресс-тестов, расценивается как первично положительный (скрининговый) результат.

14. При получении из лаборатории направления на исследование крови на ВИЧ с записью «Анализ повторить» в срок, не превышающий трех календарных дней проводится повторный забор крови у пациента.

Организация здравоохранения направляет повторно забранную пробу крови в арбитражную лабораторию с пометкой в направлении «повторно».

15. При использовании на первом этапе лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции экспресс-теста в крови, сведения о его проведении вносятся в медицинскую документацию. При получении положительного результата организация здравоохранения направляет повторно забранную пробу крови в арбитражную лабораторию с пометкой в направлении «повторно». В направлении указывают дату получения положительного результата экспресс-теста в крови, его название, серию, ФИО медицинского работника, выполнившего и верифицировавшего результат экспресс-теста в крови.

16. Выдача заключения о наличии или отсутствии ВИЧ-инфекции только по результатам экспресс-теста в крови не допускается. Положительный результат экспресс-теста в крови используется только для своевременного принятия решения и определения тактики ведения пациента.

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

18. После получения положительных результатов арбитражного этапа лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции в противотуберкулезной организации в трехдневный срок организуется консультация врача-эпидемиолога.

19. Врачом-эпидемиологом или помощником врача-эпидемиолога проводится кризисное консультирование, при необходимости к консультированию привлекают врача-инфекциониста, либо врача другой специальности (врача-фтизиатра, врача-анестезиолога - реаниматолога и др.), осуществляющего оказание помощи пациенту с ВИЧ-инфекцией на этапе проведения консультирования.

20. Информация о лабораторно подтвержденном случае ВИЧ-инфекции и контактных лицах (при их установлении) в письменном виде передается в организацию здравоохранения врачу – специалисту, осуществляющему диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными пациентами для организации диспансерного наблюдения за пациентом.

21. Диагноз болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных врачом-инфекционистом.

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

22. Лечение туберкулеза у пациентов с ВИЧ-инфекцией проводится в соответствии с утвержденными инструкциями и клиническими протоколами.

23. При поступлении пациента с ранее установленным ВИЧ-положительным статусом или при выявлении у пациента с туберкулезом ВИЧ-инфекции в противотуберкулезной организации здравоохранения пациенту в 5-дневный срок проводится консультация врача-инфекциониста.

24. Врач-инфекционист и врач-фтизиатр определяют и организуют необходимые исследования в соответствии с утвержденными инструкциями и клиническими протоколами. При необходимости врач-фтизиатр и врач-инфекционист инициируют соответствующий комплекс обследований после получения положительного результата скринингового этапа тестирования на ВИЧ до подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции.

25. Пациентам с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом назначают:
профилактическое лечение сульфаметоксазолом-триметопримом 960 мг/сут на весь курс лечения туберкулеза сразу после установления диагноза ВИЧ-ассоциированного туберкулеза вне зависимости от результатов исследования CD4+ лимфоцитов крови;

антиретровирусную терапию (далее – АРТ) через 2-8 недель от начала лечения противотуберкулезными лекарственными средствами;

противовирусное лечение хронического вирусного гепатита С, если его активность препятствует проведению противотуберкулезного лечения.

26. Назначение антиретровирусных лекарственных средств (далее АРВ-ЛС) 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 АРТ оформляется в письменном виде и хранится в медицинской карте стационарного больного, информация об этом отмечается в передаваемых в другие организации здравоохранения медицинских документах.

27. При поступлении в противотуберкулезную организацию здравоохранения пациента с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в обязательном порядке организуется обеспечение пациента АРВ-ЛС вне зависимости от места жительства (регистрации) пациента:

для впервые выявленных случаев ВИЧ-инфекции в противотуберкулезном стационаре или пациентов с известным положительным ВИЧ-статусом, не получающих АРТ, – после консультации врача-инфекциониста и назначения АРТ;

для пациентов с известным положительным ВИЧ-статусом, получающих АРТ, – незамедлительно.

28. Главные внештатные фтизиатры управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома ежегодно до 1 февраля текущего года передают

информацию о выявленных случаях ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в предыдущем году и расчетного числа на следующий год главным внештатным инфекционистам управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома для формирования резервной потребности для противотуберкулезных организаций здравоохранения на АРВ-ЛС, приобретаемые за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь.

29. Обеспечение АРВ-ЛС осуществляется в установленном порядке.

30. На стационарном этапе лечения прием пациентами АРВ-ЛС проводится в присутствии медицинского работника противотуберкулезной организации.

31. Информация о пациентах, начавших и прекративших АРТ в условиях противотуберкулезной организации, передается ежемесячно в адрес КДО (КИЗ) с указанием фамилии, имени, отчества, года рождения, места жительства пациента, клинического диагноза, схемы и фактической даты начала (изменения, прекращения) АРТ, причины прекращения с соблюдением требований конфиденциальности.

32. После начала АРТ в противотуберкулезной организации врач-инфекционист проводит осмотры пациента по медицинским показаниям, но не реже чем 1 раз в квартал, а также обязательно перед выпиской из противотуберкулезной организации. Лабораторное обследование проводится в соответствии с утвержденными клиническими протоколами и инструкциями.

33. При выписке пациента из противотуберкулезной организации копии эпикризов (заключений) представляются в КДО по ВИЧ, КИЗ, организацию здравоохранения по месту жительства. В эпикризе указывается дата начала (прекращения, изменения схемы) АРТ, использовавшаяся схема(ы) АРТ и количество АРВ-ЛС (в таблетках), выданных пациенту на руки.

34. Дальнейшее лечение пациента с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом проводится врачом-фтизиатром и врачом-инфекционистом по месту его регистрации/проживания. Врач-фтизиатр информирует врача-инфекциониста об изменении (завершении, отрыве от) противотуберкулезного лечения, изменении группы диспансерного наблюдения (снятии с учета) пациента. Врач-инфекционист информирует врача-фтизиатра об изменении диагноза, схемы (отрыве от) АРТ, изменении группы диспансерного наблюдения (снятии с учета) пациента.

35. В медицинских картах амбулаторного пациента в кабинете фтизиатра и КИЗе оформляются консультативные заключения специалистов (инфекциониста и фтизиатра) с формулировкой основного диагноза, информацией о лечении и датой следующего осмотра у специалиста по профилю заболевания. Консультативные заключения направляются по месту

диспансерного наблюдения пациента с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией соответственно.

V. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

36. У всех пациентов с ВИЧ-инфекцией проводят активное выявление латентной туберкулезной инфекции (далее – ЛТИ) путем выполнения кожной туберкулиновой пробы или определения секреции гамма-интерферона.

Диагностику ЛТИ осуществляют в КДО, КИЗ и в противотуберкулезных организациях здравоохранения по месту обращения пациента.

37. У пациентов с ВИЧ-инфекцией и подтвержденной ЛТИ, при отсутствии признаков активного туберкулеза, врачом-фтизиатром и (или) врачом-инфекционистом проводится назначение профилактического лечения ЛТИ изониазидом с оформлением соответствующего заключения и согласия пациента на ее проведение. При наличии противопоказаний к профилактическому лечению ЛТИ изониазидом врач-инфекционист проводит регулярный скрининг активного туберкулеза и наличие противопоказаний в динамике.

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

39. Лечение ЛТИ изониазидом у пациентов с количеством CD4 лимфоцитов менее 200 кл/мкл начинают через три месяца после начала антиретровирусной терапии.

40. Главные внештатные инфекционисты управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома ежегодно до 1 февраля текущего года подают информацию о количестве пациентов с ВИЧ, прошедших химиопрофилактику изониазидом в предыдущем году и планируемом их количестве в следующем году главным внештатным фтизиатрам управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома, которые формируют резервную потребность в изониазиде, приобретаемом за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь.

41. Главные внештатные инфекционисты управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, комитета по здравоохранению Мингорисполкома ежегодно до 1 февраля текущего года представляют главным внештатным фтизиатрам управлений (главных управлений) здравоохранения облисполкомов, комитета по

здравоохранению Мингорисполкома информацию о количестве пациентов с ВИЧ, прошедших химиопрофилактику, схемах и количестве лекарственных средств, использованных в предыдущем году и планируемом их количестве в следующем году. На основании представленной информации формируют заявку на лекарственные средства, приобретаемые за счет средств республиканского бюджета, предусмотренных Министерству здравоохранения Республики Беларусь.

Лекарственные средства для проведения химиопрофилактики отпускаются региональными унитарными предприятиями «Фармация» на основании заявок КДК (КДО) по месту диспансерного наблюдения пациента в пределах 3 месячной потребности из расчета на пациентов, получающих профилактическое лечение

42. Профилактическое лечение изониазидом проводится в дозе 5 мг/кг веса (не более 300 мг/сут) ежедневно в течение 6 месяцев. Химиопрофилактическое лечение изониазидом (иной схемой) назначает врач-инфекционист в зависимости от схемы антиретровирусной терапии.

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

43. У пациентов с отрицательным результатом теста для диагностики ЛТИ его повторяют каждые два года до появления первой положительной реакции теста на ЛТИ (кожной туберкулиновой пробы или определения секрета гамма-интерферона).

44. Во внеочередном порядке профилактическое лечение изониазидом назначают в следующих случаях (после исключения активного туберкулеза и вне зависимости от результата теста на ЛТИ):

при контакте с пациентом с туберкулезом;

после освобождения из мест лишения свободы – в течение года;

при назначении иммуносупрессивной терапии.

Лечение во внеочередном порядке назначается врачом-фтизиатром.

45. Ответственным за проведение профилактического лечения является назначивший его врач. Изониазид выдается пациенту в пределах 2х- или 3х-месячной потребности (в зависимости от схемы АРТ) при посещении КДО (КИЗ).

При назначении профилактического лечения пациенту предоставляют информацию в соответствии с приложением 2 к настоящей Инструкции.

46. При назначении профилактического лечения изониазидом проводится мониторинг лабораторных показателей (общий анализ крови, биохимические исследования крови: общий билирубин и его фракции, аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ)) при посещении пациентом лечащего врача 1 раз в 2 месяца, чаще – при наличии клинических показаний.

47. Противопоказанием к назначению профилактического лечения изониазидом ЛТИ являются цирроз печени классов В и С по Чайлд-Пью,

хронический гепатит высокой биохимической активности. У пациентов с циррозом печени класса тяжести А и хроническим гепатитом умеренной биохимической активности мониторинг лабораторных показателей проводят через 2 недели после начала лечения, далее – по клиническим показаниям.

VI. МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА СОВМЕСТНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

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

охват пациентов с туберкулезом и неизвестным ВИЧ-статусом тестированием на ВИЧ-инфекцию;

удельный вес ВИЧ-ассоциированного туберкулеза среди зарегистрированных случаев туберкулеза;

охват профилактическим лечением изониазидом пациентов с ВИЧ-инфекцией от числа подлежащих в отчетном году;

охват профилактическим лечением сульфаметоксазолом-триметопримом пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом;

охват АРТ пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Приложение 1
к Инструкции по организации
противотуберкулезной помощи
пациентам с ВИЧ-инфекцией

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 отведенном для этого 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-светло-зеленым. Мокрота с кровью имеет красный или коричневый 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.

Приложение 2
к Инструкции по организации
противотуберкулезной помощи
пациентам с ВИЧ-инфекцией

ИНФОРМАЦИЯ

для предоставления пациентам с ВИЧ-инфекцией перед проведением профилактического лечения изониазидом

Уважаемый пациент,

Понимая Вашу обеспокоенность в отношении назначения профилактики туберкулеза изониазидом, хотим предоставить Вам следующую краткую информацию.

Туберкулез – инфекция, которая передается только аэрогенным путем (через инфицированный воздух) от пациента, который выделяет бактерии туберкулеза при разговоре, кашле, чихании. В отличие от предыдущих представлений, в настоящее время установлено, что туберкулез **не передается** через контакт с посудой, загрязненными поверхностями, одеждой, при рукопожатии.

Наиболее опасен контакт с человеком, у которого есть легочная форма заболевания, и бактерии туберкулеза находят в мокроте. Самый высокий риск при контакте с тем, кто еще не начал лечение. Человек, страдающий туберкулезом, может выделять микроб от 1 до 6 месяцев. Если в это время вы находились в контакте с человеком с инфекционной формой туберкулеза, то вы могли быть инфицированы бактериями туберкулеза. Наличие инфицирования бактериями туберкулеза не всегда приводит к заболеванию активным туберкулезом, но требует обследования.

Инфицирование бактериями туберкулеза не вызывает никаких жалоб и ни в коем случае не представляет инфекционной опасности для Ваших близких. В течение первых двух лет после инфицирования вероятность заболеть активным туберкулезом составляет 5%, затем снижается. Туберкулезом может заболеть любой человек, однако у детей и людей с ослабленным иммунитетом риск больше.

При ВИЧ-инфекции вероятность заболеть туберкулезом в течение первых двух лет после инфицирования в 10-15 раз выше по сравнению с совершенно здоровыми людьми. Поэтому Вам было предложено провести профилактическое лечение туберкулезной инфекции.

В нашей стране это лечение проводится бесплатно изониазидом, который необходимо принимать ежедневно в течение 6 месяцев. В

результате вероятность заболевания активным туберкулезом снижается на 60-70%. Перерывы в приеме лекарств делают лечение неэффективным.

Необходимо знать, что если у Вас появятся симптомы, такие как кашель (более 2 недель), повышение температуры, потливость в ночное время, снижение массы тела, то Вам необходимо незамедлительно обратиться к лечащему врачу-инфекционисту или терапевту и рассказать ему о появившемся недомогании. Так же необходимо поступить, если появится сильная слабость, потемнение мочи, неприятные ощущения в ногах.

Помните, что туберкулез является излечимым заболеванием при раннем обращении за медицинской помощью и при полном приеме всего курса назначенного лечения.