

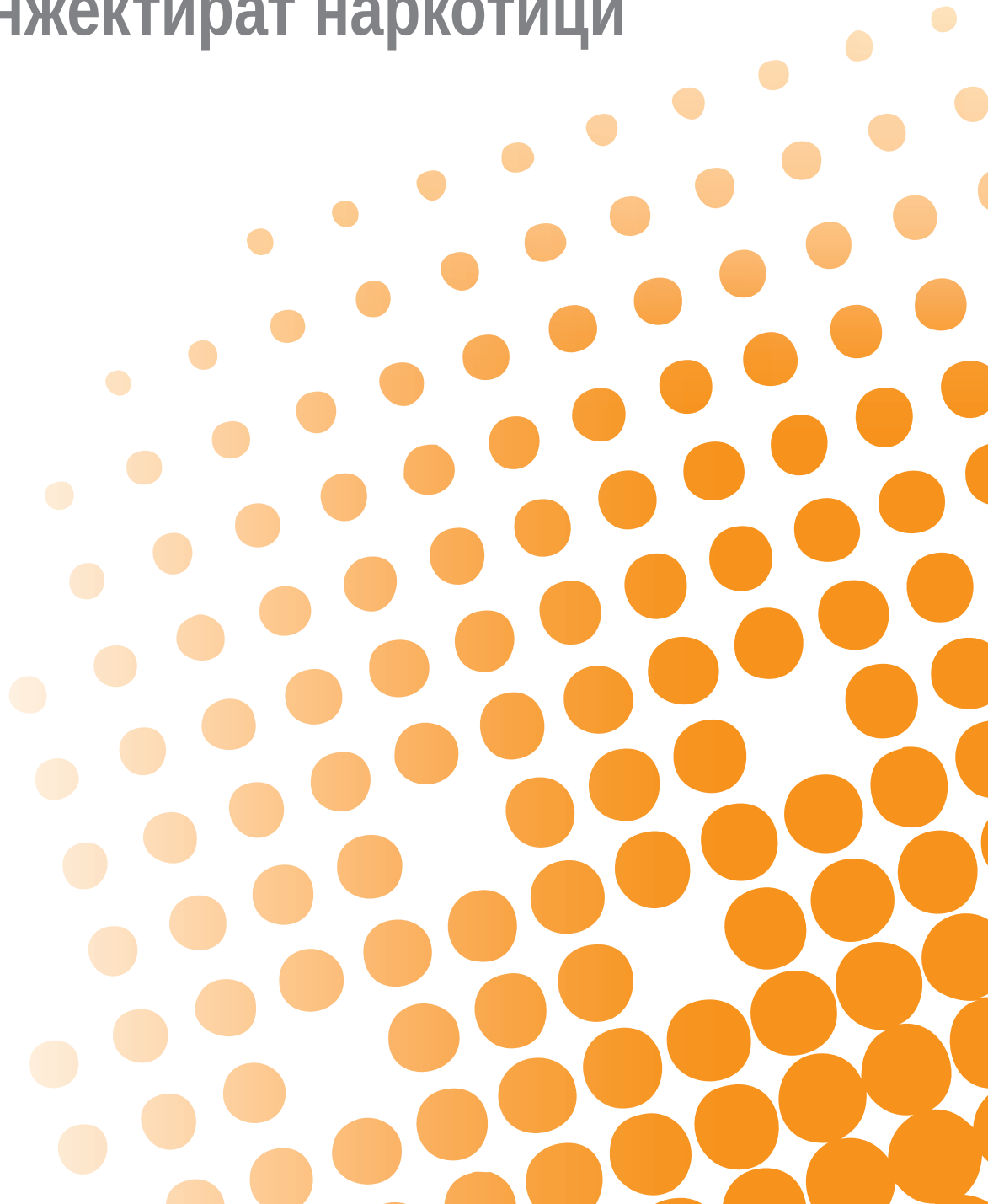


Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

tubidu

Насоки

за общностни организации, които
предоставят услуги за
туберкулоза сред хора,
които инжектират наркотици



Насоки

за общностни организации, които
предоставят услуги за
туберкулоза сред хора,
които инжектират наркотици

Авторско право 2014

Авторските права остават на авторите.

ТУБИДУ 2011–2014

Овластяване на Публично Здравната Система и Гражданското Общество в Борбата с Епидемията от Туберкулоза сред Уязвими Групи

Автори (по азбучен ред): Fidelie Kalambayi (Romanian Angel Appeal, Romania), Kai Kliiman (National Institute for Health Development, Estonia), Laura Narkauskaite (Institute of Hygiene, Lithuania), Maarja Sukles (National Institute for Health Development, Estonia), Mihaela Stefan (Romanian Angel Appeal, Romania), Nela Ivanova (Dose of Love Association, Bulgaria), Plamen Иванов (Dose of Love Association, Bulgaria), Rauni Ruuhonen (Finnish Lung Health Association, Finland), Vaira Leimane (Tuberculosis Foundation of Latvia).

Публикувано от: Национален Институт за Здравно Развитие, Естония.

Настоящата публикация бе изготвена по проект "Овластяване на Публично Здравната Система и Гражданското Общество в Борбата с Епидемията от Туберкулоза сред Уязвими Групи - ТУБИДУ" (№ 20101104), който получи финансиране от Европейския Съюз в рамките на Програма Здраве.

Съдържание

Съкращения и акроними	5
Въведение.....	6
Процес на изготвяне на насоките.....	7
Обосновка.....	7
1. Основна информация за ТБ.....	8
1.1 Туберкулоза.....	8
1.2 Пътища за предаване на ТБ	8
1.3 Латентна ТБ инфекция и ТБ заболяване	8
1.4 ТБ рискови групи и рискови фактори	8
1.5 Симптоми на заболяването ТБ	9
1.6 Диагностициране на заболяването ТБ	9
1.7 Лечение на заболяването ТБ	10
1.8 Лекарствено резистентна ТБ, МДР- ТБ и екзестивнорезистентна ТБ.....	10
1.9 Водене на случай по време на ТБ лечение	11
1.10 ТБ превенция	12
ТБ превенция на индивидуално ниво.....	12
Общи препоръки за инфекциозен контрол	12
ТБ превенция в НПО	12
1.11 ТБ в специфични популации	13
Хора, които инжектират наркотични вещества	13
Хора, живеещи с ХИВ	14
Места за излежаване на присъда	14
Мигранти и международно пребиваващи	14
2. Препоръчителни ТБ дейности в НПО за превенция и контрол	16
2.1 Интензивно откриване на ТБ случаи	16
Активно откриване на случаи	16
Проследяване на контактни лица	17
Активно насочване към услуги за здравна грижа	17
2.2 Инфекциозен контрол	17
2.3 Изониазид превантивна терапия	18
2.4 Подкрепа за клиенти на ТБ лечение	19
Водене на случай и директно наблюдавана терапия	19
Странични ефекти на ТБ лекарства	20
Взаимодействие между медикаменти	20
Рискове.....	20
Намиране на отпаднал за проследяване	21
2.5 Придържане	22
2.6 Конфиденциалност на клиента.....	23
2.7 Информация, обучение и консултиране (ИОК) на клиенти, техните близки и общността	23
2.8 Примери за ТБ дейности на организации от общността: ⁶	24
3. Примерна форма за само оценка на ТБ свързани дейности за НПО	26
Индикатори	27
Използвана литература.....	28

Благодарности

Гледните точки, изказани в настоящата публикация са единствена отговорност на авторите и не задължително отразяват позицията на Изпълнителната Агенция за Потребители, Здраве и Храни (ИАПЗХ). Нито ИАПЗХ, нито друг човек от ИАПЗХ носи отговорност за употребата на тази публикация.

Полезна обратна връзка бе получена от Външна Експертна Група (по азбучен ред): Ali Arsalo (Northern Dimension Partnership in Public Health and Social Well-being), Anastasia Pharris and Andreas Sandgren (European Centre for Disease Prevention and Control), Dagmar Hedrich (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), Iagor Kalandadze (National Center for Tuberculosis and Lung Diseases), Marija Subataite (Eurasian Harm Reduction Network), Maria Tvaradze (Eurasian Harm Reduction Network), Medea Gegia (National Center for Tuberculosis and Lung Diseases, Georgia), Nadia Gasbarrini (Fondazione Villa Maraini, Italy), Pauli Leinikki (National Public Health Institute, Finland), Sergii Filippovych (International HIV/AIDS Alliance in Ukraine), Georgia), Smiljka de Lussigny (World Health Organization) and Zinaida Zagdyn (Leningrad Region AIDS Center, Russian Federation).

Авторите изразяват специални благодарности към Kristi Rüütel, Aljona Kurbatova и Piret Viiklepp от Национален Институт за Здравно Развитие, Естония; Valerija Edita Davidaviciene от Университетска Болница Вилнюс и Loreta Stoniene от Институт по Хигиена, Литва, за техния принос в процеса на изготвяне на насоките и изказват специални благодарности към всички организации по намаляване на вредите в страните партньорки за техния ценен принос и мнение.

Съкращения и акроними

СПИН	Синдром на придобитата имунна недостатъчност
АРТ	Антиретровирусна терапия
НПО	Общностно базирани организации <i>(определени като неправителствена организация и друг тип граждански организации, които обикновено са само - организирани в специфични местни области за повишаване на солидарността и общата подкрепа при адресиране на специфични теми)</i>
ДОТ	Директно наблюдавано лечение <i>(Компонент от воденето на случай за ТБ, което подпомага пациентите да се придържат към лечение, по тясно означава: обучен здравен работник или друг човек наблюдаващ пациента как поглъща всяка доза от предписаните ТБ лекарства)</i>
ЕО	Европейска общност
ХИВ	Човешки имунодефицитен вирус
ИОК	Информация, обучение и консултиране
ИЗН	Изониазид
ЛТБИ	Латентна туберкулозна инфекция
МДР ТБ	Мултирезистентна туберкулоза <i>(Определяна като ТБ причинена от деформирана М. туберкулоза, която е резистентна поне към изониазид и рифампицин)</i>
НТП	Национална Програма за Туберкулоза
ОСТ	Опиоидна субституираща терапия
ХЖХ	Хора, които живеят с ХИВ
ИУН	Хора, които инжектират наркотични вещества (ХКИН)
РИФ	Рифампицин
ТБ	Туберкулоза
СЗО	Световна Здравна Организация

Въведение

Хората, които инжектират наркотици (ИУН) са често сред най-уязвимите и социално изключени членове на всяко общество. Също така те са изложени на множество рискови фактори, което ги поставя в голям риск от заразяване с туберкулоза. (ТБ).^{1,2} В сравнение с останалото население, хората които употребяват нелегални наркотици са в по-висок риск от развитие на активна ТБ, след като са се инфектирали.^{3,4} Въпреки, че по-високит риск от ТБ, наблюдаван сред ИУН обикновено е резултат от ко-инфекция с ХИВ, ИУН често, поради криминалното си поведение биват арестувани. Допълнителни рискови фактори са липса на дом, лош хранителен режим и употреба на алкохол, живот в пренаселени места и в помещения със слаба или лоша вентилация.³ Всички тези фактори усложняват диагностицирането и лечението на ТБ сред ИУН, тъй като това предполага комплексни нужди и по-слаб достъп до живото спасяващи интервенции. От тук изхожда и изискването за по-координиран отговор към нуждите на употребяващите наркотици, осигуряването на универсален достъп до превенция, лечение и услуги за грижа на всяко ниво на контакт.

Неправителствени организации (НПО), които работят с ИУН имат много силни страни, които могат да бъдат надградени в помощ на борбата с ТБ, напр. разбиране на местните проблеми и нуждата на техните клиенти. Научни източници предоставят множество доказателства за ползите от повишено включване на общностите и НПО в различни дейности, традиционно провеждани от здравните институции.⁵ Световната Здравна Организация (СЗО) също препоръчва по-активно промотиране на участието на хора с ТБ и общности в аспект ТБ контрол. Активното включване на общностите и гражданския сектор в отговор на ТБ позволява хора с ТБ да бъдат по-бързо идентифицирани и диагностицирани и да получат по-качествени грижи на място в техните общности; тези факти са особено значими при групи в бедност и уязвимост, които обикновено нямат достъп до ТБ услуги и са трудни за достигане.⁶ Положителните резултати от самото лечение също се повишават, а хората с ТБ са овластени чрез възможността да вземат решения за вида грижа, която е най-удачна за тяхната общност. Доказателствата сочат, че базираните в общността грижи за ТБ са икономически по-изгодни, в сравнение с грижите ориентирани към хоспитализация и други конвенционални модели за амбулаторна грижа.⁵

Настоящите насоки са насочени към НПО, работещи с ИУН. Основните ключови интервенции за ТБ контрол би трябвало да са:

1. Интензивно разкриване на ТБ случаи, включително активно издирване на нови случаи, проследяване на контактни лица и активно насочване към услугите за здравна грижа
2. Инфекциозен контрол
3. Превантивна терапия с Изониазид (ИЗН)
4. Подкрепа за клиент на ТБ лечение. Издирване, в случай на отпадане с цел продължаване на лечението
5. Предоставяне на ТБ лечение (пр. Осъществяване на ДОТ)
6. Информиране, обучение и консултиране на хора, които употребяват наркотични вещества, близки до тях и в цялата общност.

Процес на изготвяне на насоките

Настоящите насоки бяха изготвени в рамките на проект ТУБИДУ: „Овластяване на Публично Здравната Система и Гражданското Общество в Борбата с Епидемията от Туберкулоза сред Уязвими Групи.“ Проекта на Европейската Общност (ЕО) е финансиран в рамките на “Програма за Дейности в Общността в сферата на Здравето (2008-2013)” и включва седем организации от шест страни от ЕО (Сдружение „Доза обич“, България; The Estonian Network of People Living with HIV and The National Institute for Health Development в Естония, The Finnish Lung Health Association във Финландия, The Tuberculosis Foundation of Latvia, Латвия, The Institute of Hygiene в Литва, and The Romanian Angel Appeal в Румъния). Участие в проекта вземат и пет сътруднически партньора, извън ЕС (Leningrad Region AIDS Center в Руската Федерация, The International HIV/AIDS Alliance в Украйна, The National Center for Tuberculosis and Lung Diseases в Грузия, World Vision Albania and World Vision Bosnia-Herzegovina). Общата цел на проекта е да допринесе за превенцията на инжекционна употреба и ХИВ-свързаната ТБ епидемия в областта на проекта. Стратегическите цели включват овластяване на публично здравната система и гражданското общество и окуражаване на сътрудничеството с различни личности в сферата с цел борба с ТБ.

Ситуацията във всички ТУБИДУ партньорски страни е взета под внимание в процеса на изготвяне на насоките; това включва законовата рамка и организацията на здравни и социални грижи. В допълнение фокус групи, включващи употребяващи наркотици и персонал на НПО, както и много секторно изследване сред ИУН бяха проведени. Интернационални научни източници и насоки също бяха прегледани.^а

Насоките са основани на препоръки от съществуващи ключови СЗО¹, Европейски Център за Превенция и Контрол на Заболяванията и Европейски Мониторинг Център за Наркотични вещества и Наркотична Зависимост⁷ насоки за ТБ и ХИВ превенция, грижа и лечение. Препоръките в настоящия документ са базирани на доказателства и международно признати подходи за диагностика на ТБ, лечение и превенция, в синхрон с контекста на хората, които употребяват наркотици, вземайки предвид произхода и условията във всички партньорски страни.

Обосновка

Целта на настоящите насоки, е да предостави информация и насоки за НПО, за това как биха могли да се включат по-активно в превенцията на ТБ, контрола и услугите по лечение. Препоръките в настоящите насоки би следвало да се осъществяват или адаптират според местното законодателство и условия.

В тези насоки, целево НПО са дефинирани като неправителствени организации, които работят за превенция на ХИВ и други инфекциозни заболявания, доколкото те предоставят услуги по намаляване на вредите, здравни и социални услуги за ИУН и са близки до тях. Насоките не са насочени към организации, предоставящи първични здравни грижи, тъй като техния профил обикновено изисква по строги и специфични мерки за ТБ превенция и контрол. Въпреки това този материал може да бъде в помощ и на тях при сътрудничество с НПО.

^а Всички документи са достъпни: <http://www.tai.ee/en/tubidu/publications>

1. Основна информация за ТБ

1.1 Туберкулоза

ТБ е **инфекциозно заболяване, предавано по въздушно-капков път**, причинено от бактерия наречена *Mycobacterium tuberculosis*.

Една трета от населението в света се инфектира с ТБ. През 2012, е оценено, че болестта ТБ засяга 8.6 милиона души, включително 1.1 милиона нови ТБ случаи сред хора, живеещи с ХИВ (ХЖХ). В глобален мащаб, ТБ причинява 1.4 милиона смъртни случаи, от които 320 000 хора, които са били ХИВ позитивни. По света, 3.6% от новите случаи и 20% от преди лекуваните случаи имат мултирезистентна ТБ (МДР ТБ). Най-високото съотношение на МДР ТБ пациенти е в Източна Европа и Централна Азия.

1.2 Пътища за предаване на ТБ

ТБ бактерията се освобождава във въздуха, когато **човек с ТБ заболяване в белите си дробове или гърлото кашля, киха, говори или пее**. Хора, които вдишат въздуха, който съдържа тази бактерия могат да се инфектират. Въпреки това, ТБ не се предава така лесно – само една трета от изложените на заболяването за дълъг период от време (обикновено много часове в деня) се инфектират.⁸

Риска от предаване на ТБ инфекция е най-голям през периода преди да се постави диагноза. **Рисквете значително се намаляват две седмици след стартиране на подходяща терапия.**⁹

ТБ бактерията не се разпространява чрез споделянето на материали (пр. дрехи, тоалетни принадлежности, книги и т.н.), храна, напитки, или чрез здрависване с някого, който има ТБ.

ТБ най-често засяга белите дробове, но може да атакува и почти всеки друг орган на тялото.

1.3 Латентна ТБ инфекция и ТБ заболяване

Когато *Mycobacterium tuberculosis* навлезе в белите дробове на човек, той може да се инфектират. Възможността от заразяване с ТБ инфекция е различна за хората и зависи от имунитета на индивида. Не всеки инфектиран с ТБ бактерия развива ТБ заболяване.

Хората, които са инфектирани, но не са болни имат т.нар. латентна ТБ инфекция (ЛТБИ). **Хората, които имат ЛТБИ не се чувстват зле, нямат никакви симптоми и не могат да разпространяват ТБ бактерия на други.**

Около един на всеки десет ЛТБИ случая евентуално развива ТБ заболяване.⁸ **Хора, които имат ТБ заболяване се чувстват зле, имат признаци и симптоми на ТБ и ако имат белодробна или на ТБ гърлото, биха могли да предадат ТБ бактерията на другите.**

1.4 ТБ рискови групи и рискови фактори

Хората с **повишен риск от развитие на ТБ заболяване** след като са били инфектирани с ТБ бактерия са:¹⁰

1. Хора, които имат рисков фактор, който повишава прогресирането на ЛТБИ към ТБ заболяване

- Бебета и малки деца (<5 години);
- Инфектирани с ХИВ (и по-специално тези, които не са на терапия);
- Употребяващи психо - активни вещества;
- Хора, с някой от следните състояния:

- силикоза;
- диабет;
- определени бъбречни заболявания;
- хора, претърпели трансплантация на органи;
- тумори в главата и врата;
- Хора с ниско телесно тегло;
- Хора, получаващи определено медицинско лечение, като високи дози кортикостероиди, медикаменти за цитология и някои специализирани биологични медикаменти създадени за лечение на заболявания като ревматоиден артрит или болестта на Крон.

2. Хора, които принадлежат към определени сегменти на обществото с висок риск от инфектиране с ТБ бактерия (т.нар. високо рискови групи)

- Близки, контактни с човек с инфекциозно ТБ заболяване;
- Хора, мигриращи от области с високи нива на ТБ;
- Групи с високи стойности на предаване на ТБ, като бездомни хора, ИУН и инфектирани с ХИВ;
- Хора, работещи или живеещи с други, които са във висок риск от ТБ в места или институции, като болници, приюти за бездомни, арести, затвори, хосписи и жилищни домове за ХЖХ.

1.5 Симптоми на заболяването ТБ

Симптомите на заболяването ТБ зависят от това къде в тялото се размножава ТБ бактерията. Симптомите на ТБ заболяване могат да включват:

Симптоми на белия дроб	Други симптоми
<ul style="list-style-type: none"> ● продължителна кашлица, която продължава повече от 3 седмици ● болки в гърдите ● задъхване ● кашляне на кръв или кървави храчки 	<ul style="list-style-type: none"> ● температура, треска ● нощни изпотявания ● загуба на тегло ● загуба на апетит ● умора

1.6 Диагностициране на заболяването ТБ

Хора, със съмнение за ТБ заболяване трябва незабавно да бъдат насочени за медицинска оценка и преглед.

Медицинската оценка за ТБ включва:

- Преглед на медицинската история
- Физически преглед
- Рентгенова снимка на гърдите
- Микроскопско изследване на храчка (най-често използвания и най-ефикасен метод за идентифициране на белодробно ТБ заболяване)
- Тестове за диагностициране на ТБ инфекция (ТБ кожен тест или ТБ кръвен тест).

Диагностицирането на ТБ сред ИУН може да бъде особено предизвикателно, поради високото разпространение на ХИВ сред ИУН.¹¹ ИУН по-често имат "негативна" - храчка за белодробна ТБ, което може да забави откриването на ТБ.¹²

1.7 Лечение на заболяването ТБ

ТБ е лечимо заболяване с анти-ТБ медикаменти.

ТБ бактерията обикновено е чувствителна към ТБ медикаменти. В този случай, ТБ лечението обикновено продължава около 6-8 месеца. Най-ефективните ТБ медикаменти обикновено са така наречените лекарства от първа-линия: рифампицин (РИФ), ИЗН, пиразинамид и етамбутол. Вземайки тези медикаменти всекидневно, по предписание от лекар могат да излекуват ТБ заболяването.

Много важно за клиента е да следва лекарските предписания за вземане на предписаните медикаменти, придържане към директно наблюдаваното лечение (ДОТ), и довеждането до край на курса на медикаментите, точно както са предписани, за да се избегне развитието на резистентност към някои от анти-ТБ лекарствата.

ДОТ е препоръчана от СЗО стратегия за водене на случай за ТБ, при която всяка доза от предписаното анти-ТБ лекарство се приема под директно наблюдение от отговорен медицински персонал или от друг назначен човек (пр. ДОТ служител). ДОТ служителя помага на клиента да вземе всяка доза от предписаното ежедневно лечение, проверява за симптоми и белези, както на болестта, така и за странични ефекти и напомня за планираното последващо посещение на клиента.

Обикновено, хората с лекарствено-чувствителна ТБ не са инфекциозни разпространители, две седмици след ефективна терапия.⁹

Въпреки че, индивида става не-инфекциозен и започва да се чувства по-добре, ТБ медикаментите все още трябва да се поемат докато лечението завърши.

1.8 Лекарствено резистентна ТБ, МДР-ТБ и екзестивнорезистентна ТБ

Правилно осъществяваното ТБ лечение може да бъде високо успешно, с лечебни стойности над 95% за лекарствено-чувствителната ТБ. Въпреки това, ако лечебния режим не се следва правилно, ТБ бактерията може да развие резистентност към някои от анти-ТБ лекарствата. Причината за развитие на резистентност към анти-ТБ лекарствата може да включва вътрешни (свързани с клиента) и външни фактори. Те включват:

- Несправяне на пациента да взема медикаментите точно както са му предписани;
- Несправяне на медицинския персонал и/или ДОТ служителя да предостави на клиента адекватно обучение и информация за ТБ лечението (пр. Важността към придържането, времевата рамка на лечението, възможната поява на странични ефекти и тяхното овладяване и т.н.)
- Несправяне на медицинската система и медицинския/НПО персонал да отговори на нуждите на клиента или да предложи необходимата подкрепа за постоянство в лечението (пр. Слабо управление на страничните ефекти, липса на адекватно поддържащо или лечение на зависимостта).
- Прекъсване в лечението настъпило, в следствие на смяна на местоположението, арестуване и др.
- Прекъсване в лечението настъпило, в следствие на първоначално подобрене на здравното състояние след стартиране на ТБ лечението.
- Алтернативно, човек може първоначално да е бил инфектиран с МДР-ТБ бактерия.

В началото, ТБ бактерията може да развие резистентност само към едно от лекарствата, но също така може да стане резистентна и към повече медикаменти. МДР ТБ е особена резистентна форма на ТБ, станала резистентна към най-ефективните медикаменти от първа-линия (РИФ и ИЗН). Екстензивнорезистентната туберкулоза (XDR) е форма на МДР ТБ, която е резистентна и

към всички флуороклинолини или поне към един от трите инжекционни анти-ТБ медикаменти втора линия (амикацин, капреомицин или канамицин).

Хората могат да се инфектират с лекарствено-резистентна ТБ (пр. МДР-ТБ или ХDR-ТБ) по два начина, или като резултат от непълно лечение или чрез вдишване на ТБ бактерия, която вече е резистентна.

Лекарствено-резистентната ТБ е възможно да бъде излекувана, но най-силните медикаменти от първа-линия не са повече ефективни и пациентите се лекуват с втора-линия лекарства, **Лечението трае по-дълго** (20-24 месеца) **и е по-скъпо, отколкото това на слабо-резистентните форми на ТБ. В допълнение, медикаментите от втора-линия, имат повече странични ефекти;** това от само себе си, може да допринесе за слабите нива на придържане, особено сред ИУН. Въпреки това, НПО могат много да подпомогнат превенцията на ТБ, разпространението, откриването на ТБ в ранен етап и мотивацията на клиента да се придържа към лечението след като е стартирало.

1.9 Водене на случай по време на ТБ лечение

ТБ заболяването може да бъде ефективно лекувано както в болнична, така и в извън-болнична среда:

Лечение на ТБ в извън-болнична среда:

- Означава, че ТБ пациентите не са отделени от семействата си
- Е по-евтино от хоспитализацията
- Позволява успешното осъществяване на ДОТ

Лечението на ТБ в болнична среда:

- Позволява по-добър контрол на инфекциозните пациенти и техния курс на лечение
- Предоставя на пациента пълната-медицинска помощ, когато се нуждае

Въпреки това, всички ползи от болничното ТБ лечение могат да бъдат достигнати и при извън-болничната грижа, предоставена с подходяща организация и интеграция на услуги сред извън-болничните пациенти, вкл. и от НПО.

СЗО силно препоръчва използването на ДОТ като основен компонент от воденето на случай през цялото времетраене на лечението на ТБ.

ДОТ програмата включва и известен брой други функции на воденето на случай, които са ориентирани към нуждите на пациента, като:

- Даване на възможност на пациентите да участват в определяне на техните ангажименти по лечението (пр. Решаване къде и кога те ще получат тяхното ТБ лечение);
- Съгласуване с клиента за специфични детайли и условия на лечението, чрез попълване на форма за информирано съгласие;
- Предоставяне на обучение за ТБ, както на клиента, така и на ключови членове от неговата социална среда;
- Психологическа подкрепа;
- Предлагане на възнаграждения и придобивки, окуражаващи придържането;
- Предоставяне на социални услуги за осигуряване нуждите на клиента, така че придържането към терапията да стане приоритет (пр. Намиране на дом за бездомните пациенти);
- Осигуряване на транспорт на клиентите до клиники или възстановяване на техните транспортни разходи;
- Въвеждане на система за проследяване на клиентите и/или след освобождаване от Затвора;
- Предоставяне на ТБ лечение в центровете за опиоидна субституираща терапия (ОСТ) или други подобни наркологични центрове.

1.10 ТБ превенция

Най-важната ТБ превантивна мярка е бързото диагностициране на човека с ТБ инфекция, незабавното стартиране на лечение докато човек с ТБ се излекува. Това спира разпространението на ТБ от човек на човек.

ТБ превенция на индивидуално ниво

Ваксинация

Bacille Calmette-Guérin (BCG/ БЦЖ) е в момента единствената достъпна ваксина, която предпазва срещу някои форми на ТБ. Въпреки, че БЦЖ ваксината не превантира заразяването с ТБ на възрастни хора, тя се използва в много страни с високо разпространение на ТБ сред деца за превантиране на потенциални фатални форми на детска ТБ, като ТБ менингит и милиарна туберкулоза.

Лечение на латентна ТБ

Контактни на ТБ позитивен клиент, за които има риск да бъдат инфектирани трябва да се насочат за лечение на ЛТБИ:¹³

- Деца под 5 годишна възраст;
- Хора, инфектирани с ХИВ;
- Хора, които са засегнати от сериозни коморбидни състояния (пр. Хора, които са имуно-компрометирани, реципиенти на органна трансплантация и т.н.).

ЛТБИ може обикновено да бъде лекувана с 6-месечен курс на ИЗН, който значително намалява шанса за развиване на ТБ болестта.¹ Лечението на ЛТБИ се предписва от лекар.

Общи препоръки за инфекциозен контрол

Има обикновени превантивни мерки, които всеки може да вземе, за да превантира разпространението на ТБ:

- Хигиена на кашляне: покриване на устата и носа с плат или носна кърпичка докато кашляме или кихаме, изхвърляне на кърпичката в боклука след ползване и измиване на ръцете след това.
- Използване на естествена вентилация: регулярно отваряне на прозорците, проветрявайте вашия офис след посещение на всеки кашлящ клиент, отваряйте вратите и прозорците широко, за да създадете течение (въпреки това, внимавайте заразен въздух да не духа във вашата посока). Обратната циркулация на въздуха трябва да се избягва.
- Разделяйте хората и раздавайте индивидуални хирургически маски или носни кърпички, ако подозирате, че някой има ТБ инфекция и може да я предаде на други хора. Това е особено важно, ако човекът е в контакт с членове на особено уязвими групи, като деца или ХЖХ. Обяснете как трябва да се използват маските.

ТБ превенция в НПО

Контрола на ТБ инфекцията в програмите на НПО трябва да е основан на четири нива на йерархия и да включва следните мерки за контрол:

1. Управленски мерки
2. Административни мерки
3. Мерки за контрол на външната среда
4. Интервенции за лична безопасност.

1. Управленски мерки

- Установяване и подсилване на местната координация за контрол на ТБ (пр. Отговорен човек в НПО, който да съблюдава успешното осъществяване на дейностите по инфекциозен контрол в НПО).
- Изготвяне на план за контрол на инфекцията.
- Провеждане на изследване за наличността на ТБ заболяване сред персонала на НПО.
- Мониторинг и оценка на набора от мерки за контрол на инфекцията.

2. Административните мерки са най-важния компонент за контрол на ТБ инфекцията. Целта на административните мерки е да се намали излагането на инфекциозни капки във въздуха и по-този начин да се намали разпространението на ТБ инфекцията. Това може да се случи най-ефективно чрез осигуряване на препоръките за регулярно предоставяне на диагностични прегледи на всеки от клиентите или екипа, за които се подозира или се знае, че имат ТБ, когато е нужно се стартира лечение незабавно.

Ефективните административни мерки осигуряват бързо разпознаване на ТБ и позволяват отделянето на инфекциозните хора; те също осигуряват ефективното предоставяне на услуги и достигането до целта – да бъдат насочени клиентите с потенциално инфекциозно ТБ заболяване. В специфичните места за аутрич, административните мерки трябва да включват също така и **разделяне на клиентите в две групи: кашлящи и не кашлящи**. На клиентите, които кашлят се предоставят хирургически маски и се дават инструкции как да бъдат използвани правилно маските.

3. Мерки за контрол на външната среда намаляват концентрацията на инфекциозни частици във въздуха.

Мерките за контрол на външната среда включват:

- **Оптимизация на естествената вентилация;**
- **Употреба на изкуствена вентилация;**
- **Осъществяване на методи за дезинфекция на въздуха.**

4. Личните интервенции за респираторно предпазване могат да намалят риска от инхалиране на инфекциозни ТБ частици. Това е особено важно за персонала на НПО, който работи с клиенти, за които се предполага, че са с ТБ. Тези интервенции включват използването на респиратори от страна на персонала на НПО на работното място (пр. В стаите или отделите на НПО) когато са налице клиенти с предполагаема или известна ТБ инфекция. Личните предпазващи респираторни интервенции трябва също да се прилагат и на други места, където е налице висок риск от разпространение на ТБ.

1.11 ТБ в специфични популации

Хора, които инжектират наркотични вещества

ИУН са във висок риск от ТБ инфекция и ТБ заболяване, тъй като те често срещат много социални и демографски рискови фактори, които ги поставят във висок риск от заразяване с ТБ. Такива фактори включват: бедност, безработица, липса на дом, излежаване на присъди и арести, ХИВ инфекция, недोхранване и ограничен достъп до здравни грижи. Инжекционната употреба на наркотични вещества бе също и важен фактор за ХИВ-свързаната ТБ епидемия, особено в Източна Европа.¹⁴

Бариерите при лечението, включително слабото придържане към лечението и ограничения достъп до здравни грижи, поставят уникални предизвикателства при лечението на ТБ сред ИУН. Въпреки това, възможността за успешно лечение на ЛТБИ и ТБ заболяване сред употребяващи наркотици е било демонстрирано в различни контексти. С адекватна подкрепа, стабилна грижа и опитен персонал, употребяващите наркотици могат да се придържат към дългосрочно лечение

и могат да имат клинично същите резултати, като на тези, които не употребяват наркотични вещества.¹⁵

Хора, живеещи с ХИВ

ХЖХ са по предразположени да се разболеят с ТБ. Веднъж инфектирани с *M. Tuberculosis*, риска от развитие на ТБ заболяване е от 20 до 37 пъти по-висок при хората живеещи с ХИВ, в сравнение с тези които нямат вируса.¹⁶

Антиретровирусната терапия (АРТ) забавя развитието на имунен дефицит при ХЖХ. От това следва, че след като ХЖХ се инфектират с ТБ, АРТ може да забави развитието на ТБ инфекцията до ТБ заболяване.¹⁷ В допълнение, превантивната терапия за ТБ заболяването (пр. ИЗН превантивна терапия) също се използва и за ХЖХ, като намалява риска от развиването на активно ТБ заболяване до 33-62%.¹³

Хората инфектирани с ХИВ, които имат заболяване ТБ могат да бъдат ефективно лекувани. На онези с ХИВ, които имат ЛТБИ може да бъде предписвана ТБ профилактика.

Места за излежаване на присъда

Рисковите фактори, допринасящи за високите нива на ТБ в местата за излежаване на присъда включват:

- Пренаселеност и неадекватна вентилация
- Закъсняла диагностика на ТБ
- Прекъсване на терапията, причинено от движение на лишения от свобода в и извън затворите
- Езикови и културални бариери, включително липсата на достъп до здравна информация и стигма асоциирана с болестта
- Сравнително високи нива на ХИВ инфекция сред лишените от свобода
- Недохранване.

Въпреки това, тези рискови фактори не се отнасят до всички места за излежаване на присъди и качеството на условията и услугите по тези места може да варира според различните държави и региони.

Мигранти и международно пребиваващи

Хора, които произхождат от страни, където разпространението на ТБ е високо или които прекарват дълъг период от време в тези държави, са в повишен риск от ТБ инфекция или заболяване. Този ТБ риск остава, даже и ако индивида инфектиран с ТБ се премести от държави, където рисковете са високи в по-малко рискови държави. Въпреки това, препоръчително е да попитаме клиента дали той/тя се е родил в страна с високо разпространение на ТБ.^a

a Страни с високо разпространение на ТБ са: Afghanistan, Algeria, Angola, Anguilla, Argentina, Armenia, Azerbaijan, Bahrain, Bangladesh, Belarus, Belize, Benin, Bhutan, Bolivia (Plurinational State of), Bosnia and Herzegovina, Botswana, Brazil, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Cambodia, Cameroon, Cape Verde, Central African Republic, Chad, China, China (Hong Kong SAR), China (Macao SAR), Colombia, Comoros, Congo, Cook Islands, Cote d'Ivoire, Croatia, Democratic People's Republic of Korea, Democratic Republic of the Congo, Djibouti, Dominican Republic, Ecuador, El Salvador, Equatorial Guinea, Eritrea, Estonia, Ethiopia, French Polynesia, Gabon, Gambia, Georgia, Ghana, Guam, Guatemala, Guinea, Guinea-Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, India, Indonesia, Iraq, Japan, Kazakhstan, Kenya, Kiribati, Kuwait, Kyrgyzstan, Lao People's Democratic Republic, Latvia, Lesotho, Liberia, Libyan Arab Jamahiriya, Lithuania, Madagascar, Malawi, Malaysia, Maldives, Mali, Marshall Islands, Mauritania, Mauritius, Micronesia (Federated States of), Mongolia, Montenegro, Morocco, Mozambique, Myanmar, Namibia, Nepal, New Caledonia, Nicaragua, Niger, Nigeria, Northern Mariana Islands, Pakistan, Palau, Panama, Papua New Guinea, Paraguay, Peru, Philippines, Poland, Portugal, Qatar, Republic of Korea, Republic of Moldova, Romania, Russian Federation, Rwanda, Saint Vincent and the Grenadines, Sao Tome and Principe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leone, Singapore, Solomon Islands, Somalia, South Africa, Sri Lanka, Sudan, Suriname, Swaziland, Syrian Arab Republic, Tajikistan, Thailand, The former Yugoslav Republic of Macedonia, Timor-Leste, Togo, Tonga, Trinidad and Tobago, Tunisia, Turkey, Turkmenistan, Tuvalu, Uganda, Ukraine, United Republic of Tanzania, Uruguay, Uzbekistan, Vanuatu, Venezuela (Bolivarian Republic of), Viet Nam, Yemen, Zambia, Zimbabwe.

- ТБ е инфекциозно заболяване, което се предава по въздушно-капков път
- ТБ е лечима с анти-ТБ медикаменти
- Обикновено, хора с лекарствено-чувствителна ТБ могат да станат не-инфекциозни след две-седмици курс на ефективна терапия
- Най-важната мярка в ТБ превенцията е да се диагностицират хората с инфекциозна ТБ бързо, за да стартират лечение незабавно и докато човекът с ТБ се излекува
- ХИВ инфектираните хора, които имат ТБ заболяване могат да бъдат ефективно лекувани
- На ХИВ инфектираните хора, с ЛТБИ може да бъде предписвана ТБ химиопрофилактика

2. Препоръчителни ТБ дейности в НПО за превенция и контрол

2.1 Интензивно откриване на ТБ случаи

Активно откриване на случаи

Активното разкриване на случаи цели да идентифицира предполагаемата ТБ в най-ранната възможна фаза при хора, които все още не търсят медицинска помощ за ТБ. Това позволява, тези индивиди да бъдат насочени към здравни институции за скрининг и диагностика на ТБ. Активното разкриване на случаи намалява предаването на ТБ в общността и повишава шансовете за оцеляване на онези, които са диагностицирани с ТБ.

Когато клиента за първи път посещава НПО:

- Подчертайте важността на скрининга за ТБ по подходящ начин.
Целия персонал на НПО би трябвало да е обучен за ТБ и окуражен да подкрепя и да е съпричастен към тестването на клиента за ТБ. В допълнение, всички необходими мерки би следвало да бъдат взети за предпазване на конфиденциалността на клиента.
- Интервюирайте клиента, използвайки кратък въпросник за ТБ (примерна анкета в ТУБИДУ ТБ наръчник¹⁸, Анекс 1).
Въпросника би трябвало да включва въпроси за налични симптоми предполагащи ТБ или възможни рискови фактори. Повтаряйте интервюто с клиента веднъж на четири месеца или ако клиента има видими симптоми, които предполагат наличие на ТБ..
Ако ТБ симптоми бъдат открити, клиента би следвало да бъде насочен незабавно към здравна институция за по-нататъшни прегледи и диагностика.
- **В идеалния вариант, всеки ИУН би следвало да бъде скриниран за ТБ поне веднъж в годината** (използвайки рентгенова снимка и храчков материал или друг подходящ преглед, според местното законодателство и политика).
 - На места, където ресурсите са ограничени, НПО могат да насочат само онези клиенти за скрининг, чийто резултати от интервюто сочат за ТБ рискови фактори или симптоми, насочващи към ТБ.
Тези клиенти би следвало да се насочват към ТБ клиника за оценка без отлагане.

Ефективна система за насочване трябва да бъде създадена, с цел да могат клиентите да се насочват към най-близкия диагностичен център за ТБ. За да сме сигурни, че клиента няма да бъде обезкуражен или „да се загуби“ по пътя, направете уговорка с клиниката и подсигурете човек за подкрепа, който да придружи клиента до клиниката. Дайте на клиента писмени инструкции с детайли за местоположението на клиниката, както и лице за контакт и работно време.

Препоръчително е на клиентите да се предоставят простички възнаграждения, за да се явят на скрининга, като топли или безалкохолни напитки. НПО може да предложи и други здравни интервенции (пр. Тестване за кръвни вируси, вкл. ХИВ) и те да бъдат предложени по-същото време с ТБ скрининга. Това важи особено за ИУН, които имат високи стойности и на други вируси, като ХИВ, Хепатит Б и С.¹⁹

Проследяване на контактни лица

НПО би могло да се включи и в издирването на контактни лица сред трудни за достигане групи. Работейки в синхрон с Националната Програма за Туберкулоза (НТП) и здравните професионалисти НПО екипа би могъл да проследява съответните контакти на клиента и да потърси човека в рамките на аутрич работата. Организирането на мрежови срещи, кръгли маси, обучения и др. позволяват на НПО да изграждат споразумения с отговорните институции, за това как биха могли да се включат в издирването на контактни лица или други ТБ процедури. Примерно, местните ТБ институции биха могли да информират НПО за търсенето на контактни лица от групата и да помолят за подкрепа, ако клиентът е с инфекциозна ТБ. НПО от своя страна би могло да информира НТП или ТБ диагностичния център за предполагаема ТБ на клиент и да насочва клиенти за по-нататъшни изследвания.

Всички близки контактни (пр. Хора, споделящи едно и също въздушно пространство за продължително време и/или повторяеми периоди от време), независимо от възрастта **които са били изложени на ТБ трябва да бъдат мотивирани да се изследват за ТБ.** Членове на семейството и други близки приятели на клиента с активно ТБ заболяване са в по-висок риск от инфектиране. Сред тях, деца под 5 години, възрастни хора и такива, които са инфектирани с ХИВ са в най-висок риск от развиване на ТБ заболяване. Въпреки това, препоръчително е тези хора да минат през регулярни профилактични прегледи и да получат лечение за ЛТБИ, веднъж след като са идентифицирани.

Издирването на контактни лица сред ИУН може да бъде направено чрез:

- Работа с равни или бивши употребяващи наркотици, за да улесним идентифицирането на близките контактни на ИУН;
- Използването на простички възнаграждения, за да улесним контактните лица да се явят за изследване на ТБ.

Активно насочване към услуги за здравна грижа

НПО би трябвало да установи добри връзки за сътрудничество с НТП, ТБ клиниките и други НПО, които работят с ИУН, за да се изгради ефективна пътека за насочване към ТБ услуги на трудно достижими групи. **По-време на събития, където очакваме ИУН с предполагаема ТБ, НПО би следвало незабавно след появяването му да насочи клиента към ТБ диагностичната институция.**

За активно насочване, трябва да сме сигурни, че:

- За клиента са насрочени уговорки по плавен и ефективен начин. Може и да е от полза да предоставим на клиента график на ангажиментите с ТБ клиниката и осигуряване на някой от НПО да го придружи.
- Ако насочения клиент липсва на първото посещение, внимателно трябва да се насрочи втора уговорка и клиента да е проследен.

Когато бъдат насочени към ТБ клиниката, и клиента и придружаващия трябва да разполагат с писмени инструкции за мястото, лице за контакт и работно време на ТБ клиниката.

В допълнение, всички контактни на клиента с потвърдено ТБ заболяване, които имат симптоми би следвало да бъдат насочени незабавно към клиниката за тестване за ТБ.

2.2 Инфекциозен контрол

Всички НПО би следвало да провеждат ТБ скрининг (оценка) по места. На база на оценените ТБ риск и излагане на болестта, НПО трябва да изготви писмен план за инфекциозен контрол на ТБ, който да очертава нужните дейности, за да се намали риска от разпространение на ТБ инфекцията, както за клиентите, така и за хората, които работят с ИУН.

Мерките за инфекциозен контрол, които да се вземат регулярно включват:

- Изготвяне на ефективни работни практики за управление на клиенти с предполагаемо или потвърдено ТБ заболяване.
- Обучение на НПО персонала за ТБ, със специфичен фокус на превенция, предаване и симптоми на ТБ.
- Скрининг на НПО персонала, който е в риск от развиване на ТБ заболяването; НПО персонала би следвало да бъде скриниран по време на работа и да получава рутинни скрининг изследвания поне веднъж на 2 години. Скрининга би трябвало да включва рентгенова снимка на белите дробове или други подходящи прегледи в зависимост от местните методологии и политики.
- Използване на подходяща среда, съветване на хората да спазват респираторни хигиенни практики и етикет на кашляне.
- Сътрудничество с местни НТП, ТБ клиника и други НПО.

Мерки за инфекциозен контрол, когато сме в контакт с клиент с предполагаемо ТБ заболяване:

- Дръжте клиента в изолация в една стая.
- Ограничете броя на персонала, който да влиза в изолираната стая и който работи по-близо с потенциалния инфекциозен ТБ клиент.
- Използвайте лични респираторни маски (ако е възможно).
- Всички клиенти с предполагаемо или потвърдено ТБ заболяване би трябвало да бъдат обучени на етикет за кашляне и да им се предоставят носни кърпички или хирургически маски. Това намалява нивото на инфекциозни частици, които се отделят във въздуха и намалява риска от предаване на ТБ.
- По-време или след среща с клиента в стаята за изолация, отворете прозореца, за да проветрите стаята. Това помага да се намали количеството на инфекциозни частици във въздуха, които носят ТБ бактерията.

НПО, които работят с клиенти в риск от ТБ би следвало да спазват мерки за чистота на околната средата, за да подпомогнат намаляването на броя на инфекциозните частици във въздуха:

- Вентилацията би трябвало да се проверява регулярно (поне два пъти в годината) за да се уверим, че работи ефективно.
- Лампи за ултравиолетова антибактериална защита също могат да обезопасят някой места, стига да разполагате с достатъчно ресурси.

Аутрич услугите за клиенти с предполагаема ТБ са препоръчителни. Важно е НПО екипа да обучава, както клиентите с потвърдена ТБ, така и членовете на семейството им, за да се подсигури клиента и целия му близък кръг от контактни да спазват основните препоръки за инфекциозен контрол в техните домове и други затворени места.

2.3 Изониазид превантивна терапия

ИУН са едни от приоритетните популации за идентифициране на ЛТБИ за да се превантира, тези които са инфектирани с ТБ да не развият болестта ТБ.²⁰ **В идеалния случай, всички ИУН би трябвало да се изследват за ЛТБИ** използвайки кожен туберкулинов тест (Манту) или кръвен тест (пр. интерферон-гама освобождаващи проби), в зависимост от местните методологии и политики.

ИЗН е предписван от лекари на хора с ЛТБИ и цели да превантира прогресирането на ТБ инфекцията към активно ТБ заболяване. Обикновено се предписва за поне шест месеца като клиента самостоятелно контролира терапията. Хората, на такова лечение трябва поне веднъж месечно да посещават ТБ клиниката.

Предоставяне на мерки за подкрепа при придържане към лечение, включително ДОТ, ако е достъпно и осигуряване на ИЗН превантивна терапия сред ИУН. След като клиентът е стартирал

ИЗН терапия в ТБ клиника, НПО би могло да предоставя ИЗН по терени ежедневно или три пъти в седмицата, следвайки същите процедури като при ДОТ. ИЗН може да бъде предоставян и в програмите за ОСТ, заедно с метадона.

Преди да се стартира ЛТБИ лечение в НПО, персонала трябва да получи допълнително обучение. Всички клиенти на ИЗН терапия трябва да се проследяват за симптоми от нежелани реакции към ИЗН или други медикаменти през целия курс на лечение (виж ТУБИДУ ТБ Наръчник¹⁸, Анекс 2).

ИЗН може да бъде предписван само когато възможността от активна ТБ е изключена. Ако човека има активна ТБ, изониазид превантивната терапия може да причини резистентност към ТБ лекарствата. Бременността не се счита като пречка за приемането на изониазид превантивна терапия. За сметка на това, хората с позитивен ХИВ статус са окуражавани да приемат терапия, поради повишения риск от развиване на ТБ заболяване.

2.4. Подкрепа за клиенти на ТБ лечение

Водене на случай и директно наблюдавана терапия

На клиенти с ТБ заболяване ще бъде назначена подходяща терапия от местната ТБ клиника. Супервизия на терапията и проследяващите прегледи обикновено са отговорност на ТБ клиниката. Като правило, клиентите се насочват към НПО, когато не са инфекциозни.

НПО би трябвало да работи в сътрудничество със социални работници и здравните институции докато клиента се лекува, за изготвянето на план за ИУН за водене на случай. Това ще подкрепи придържането към терапия и ще подпомогне решаването на социалните и психологически проблеми на клиента.

В НПО, горещо се препоръчва използването на ДОТ при лечение на ТБ. ДОТ би следвало да се комбинира с ХИВ грижи, ОСТ и други интервенции (пр. ко-тримаксазол) или медицински режими. Това прави ТБ и другите лечебни програми лесно достъпни за ИУН и елиминира нуждата от присъствие на множество места за по-дълго време.

Преди пренасочването на клиента към НПО за продължителна фаза на ТБ лечение, ТБ клиниката би следвало да се увери, че клиента не е инфекциозен. Ако клиента все още е, то препоръчителни са аутрич услуги или домашни посещения. В тези случаи, НПО персонала би следвало да носи респираторни маски, а клиента хирургически маски по-време на близкия контакт провеждан в затворено помещение.

В ОСТ програми, клиентите на ТБ лечение би следвало да получават техните ТБ медикаменти съвместно с метадоновите дози. Метадона и други подходящи видове наркологична грижа могат да послужат като средство за придържане към лечението.

Онези НПО служители, които предоставят ДОТ би трябвало да са обучени в осъществяването на ДОТ и да получават допълнително заплащане от НТП, ТБ клиниките или чрез местни възможности за финансиране (пр. Общинско финансиране, фондове на социални грижи и т.н.).

ДОТ служителите, чийто клиенти са и ИУН би следвало да бъдат обучени и за теми, свързани с наркотичната зависимост. По-специфични обучения могат да бъдат предоставяни за влиянието на наркотичната употреба върху поведението на ДОТ клиентите и начините по-които това повлиява тяхното придържане към лечението.

ДОТ служителя:

- Подкрепя и мотивира клиента през целия дълъг процес на лечение
- Наблюдава клиента как преглъща всяка една доза от анти- ТБ лекарствата
- Пита за всякакви странични ефекти от анти – ТБ лекарствата и наблюдава клиента за видими странични ефекти. (Виж ТУБИДУ ТБ Наръчник ¹⁸, Анекс 2)
- Документира всяка информация, свързана с ДОТ администрирането.

Странични ефекти на ТБ лекарства

Както всички медикаменти, така и лекарствата за ТБ могат да причинят странични ефекти. Когато се появят, те могат да бъдат физически и психологически усложнения и могат да имат негативно влияние върху придържането към лечението на ТБ. Повечето от страничните ефекти от ТБ лечението се появяват само в началото и отшумяват самостоятелно след няколко седмици. Клиентите трябва да бъдат обучени за възможните странични ефекти от ТБ медикаментите. По-време на извън болнично лечение, клиента обикновено се среща с лекар веднъж месечно, докато НПО, предоставящи ДОТ се срещат с клиента ежедневно. През това време, е много важно да питаме клиента за ново появили се симптоми или странични ефекти от ТБ медикаментите.

Припомняйте на клиента да отнася незабавно до здравната служба появата на странични ефекти. Общите странични ефекти от ТБ медикаментите са описани в ТУБИДУ ТБ Наръчник¹⁸, Анекс 2. Трябва да е ясно, че медикаментите от „втора линия“ за лечение на МДР-ТБ са много токсични и по-често предизвикват странични ефекти. В допълнение, страничните ефекти се появяват по-често сред хора, инфектирани с хепатит Б и С и онези на АРТ медикаменти, както и хората, които са с тежка алкохолна зависимост.

Взаимодействия между медикаменти

Коморбидността, включително вирусните хепатитни инфекции (като хепатит Б и С), не би трябвало да са противопоказни за ХИВ или ТБ лечение за ИУН. Още повече че, алкохолната зависимост, активната употреба на наркотици и психично здравните проблеми не би трябвало да се считат като причина за възпрепятстване на лечение.

РИФ е ефективно анти-ТБ лекарство, което обаче отчита взаимодействие с други. Примерно, РИФ:

- Повишава усвояването на метадона и причинява абстинентни синдроми при някои пациенти. Поради тази причина, може да се наложи метадоновите дози да бъдат повишени за хората на ТБ лечение.
- Взаимодейства с много антиретровирусни медикаменти, като протеазни нуклеозидни инхибитори и обратна транскриптаза инхибитори. Следователно, тези медикаменти обикновено не се предписват съвместно.
- Намаляват ефекта на хормоналните контрацептиви; въпреки това, жените клиентки би трябвало да използват противозачатъчни средства, ако искат да превантират забременяване по време на ТБ лечението.

ИЗН, друго използвано, високо ефективно анти-ТБ лекарство може да повиши кръвните показатели и ефектите на метадона; за да се неутрализира този факт, дозата на метадона трябва да се приспособи.

Рискове

- Има потенциален риск ТБ лечението да увреди черния дроб. Черният дроб се уврежда най-сериозно при алкохолиците и при онези вече инфектирани с хепатит С.
- Информирайте клиента за рисковете за черния дроб причинени, от консумацията на алкохол и приемането на парацетамол (ацетаминофен) по време на ТБ лечението. В случай на главоболие, мускулни болки и треска алтернативни медикаменти биха могли да се приемат като ибупрофен или аспирин.
- Информирайте клиента за ефекта от пушенето върху белите дробове. Пушенето на цигари може да увреди белите дробове и да им попречи да се прочистят (храчките) ефективно.
- Попитайте клиентите -жени дали са или може да са бременни. Ако клиентката забременее тя трябва да информира лекаря си незабавно; лечението трябва да се промени с цел да се намери най-подходящия режим за лечение на ТБ.

Намиране на отпаднал за проследяване

НПО може ефективно да участва в намирането както на клиенти с предполагаема така и на тези с диагностицирано ТБ заболяване, които са спрели да ползват ТБ услуги преди да завършат техните диагностични прегледи или онези, които не са завършили пълния курс на лечение. Подобрено сътрудничество с НТП и местните ТБ институции ще осигури получаването на точни инструкции за НПО как биха могли да се включат по-активно в осъществяването на лечението за ТБ сред ИУН и в издирването на клиенти, отпаднали от лечение.

Когато клиента посети НПО за първи път, екипа би трябвало да пробва да получи някакви негови контакти (пр. адрес, телефонен номер), както и на други хора от социалната му мрежа (приятели, роднини, съседи и др.), които могат да подпомогнат намирането му в бъдеще, ако е необходимо. Контактите на клиента биха могли да бъдат много полезни в бъдеще и са особено важни при провеждането на ТБ лечение (пр. ДОТ), при което да загубим клиента може да предизвика сериозни проблеми за нейното/неговото състояние.

Ако клиента липсва на две уговорки:

- Свържете се с клиента по телефона;
- Направете една или повече домашни визити в следващите няколко дни.

Ако клиента не отговаря по телефона или не е вкъщи:

- Попитайте семейството или съседите за възможното му местонахождение и се опитайте да получите полезна информация за намирането му;
- Оставете известия и съобщения (пр. на съседи или близки)
- Потърсете клиента на места, където обикновено прекарва времето си (това може да се направи от аутрич работника или бивши ИУН).

Въпреки това, конфиденциалността трябва да е стриктно спазена при домашните посещения или когато контактуваме със семейството на клиента, за да избегнем компрометирането на клиента и друга лична информация (виж подсекция 2.6. Конфиденциалност на клиента)

Когато намерите клиента:

- Говорете с него и семейството му за възможните причини за прекъсване на лечението;
- Когато причината за проблема е идентифицирана, опитайте се да помогнете на клиента да реши проблема или въпроса и да превантирате бъдещо отпадане;
- Припомнете на клиента опасностите от прекъсване на лечението, но също така го поздравете колко е постигнал до сега, подчертавайки важността от продължаване с лечението на този етап, даже и ТБ симптомите да са изчезнали или страничните ефекти да са неприятни.

Ако клиента, се е преместил за постоянно опитайте се да намерите неговото или нейното местонахождение и да уведомите НТП. Това може да наложи клиента да бъде насочен към друго НПО.

Съвместно с НТП, НПО би трябвало да проучи правните възможности за обмен на информация, свързана с клиента. Ако, правно няма пречки то потърсете информация за тези клиенти или хора идентифицирани като потенциално ТБ болни с цел да ги насочите или придружите до институцията за лечение на ТБ.

2.5. Придържане

Специфични мерки за подкрепа при придържане към лечението са необходими за ИУН за да:

- Осигурим възможно най-добрите резултати от лечението за ТБ;
- Намалим риска от развиването на резистентност към анти-ТБ медикаментите;
- Намалим риска от предаването на ТБ на други хора.

ИУН, които са ангажирани в устойчива грижа с опитен персонал и им е предоставена адекватна подкрепа, могат да се придържат към дългосрочното лечение на ТБ и да имат сравнимо същите клинични резултати като хора, които не използват наркотици.¹

Бариерите при придържането могат да варират при различните институции. Въпреки това, услугите могат да стартират с консултиране с ИУН и техните представители, за да се намерят най-ефективните начини да се превъзмогнат възможните бариери и да се намери най-доброто решение за конкретния случай. Най-важното нещо, с което НПО персонала може да помогне на клиента е да го информира какво може да причини не придържането към лечение.

Заедно с клиента:

- Определете възможните проблеми и обстоятелства, които могат да възникнат;
- Потърсете решение;
- Предвидете бъдещи проблеми.

Важно е да се анализират и прегледат проблемите при придържане, които клиента среща регулярно, за да се превантира тяхното възникване отново и отново.

Доказателствата сочат, че ефективността при придържането зависи от различни стратегии за подкрепа, като:¹

- Аларми за придържане (таймери, кутийки с хапчета);
- Консултиране за придържането (както професионално, така и от равни);
- Мениджмънт на непредвидени случаи;
- Мотивационно интервюиране;
- Когнитивни и поведенчески интервенции;
- Метадонови програми и други наркологични грижи;
- Помощни услуги.

Мотивационното интервюиране е метод за сътрудничество, личностно-центриран подход за насочване и повишаване на мотивацията за промяна. То цели да изгради вътрешно мотивирана промяна като се противопоставя на по-повърхностни методи, които често се използват.

- Различни стратегии за справяне във високо рискови ситуации се предлагат и дискутират с човека.
- Поведенческата промяна се проследява и обвързването с промяната се окуражава.

Подхода на мотивационно интервюиране често е бил успешно използван с ИУН, както за повишаване на тяхната ангажираност с лечението, така и за намаляване на тяхно проблемно поведение.

Когнитивните и поведенчески интервенции обучават човека да идентифицира и поправи проблемни поведения чрез изграждането на различни умения; тези техники могат да се използват, за да се намали употребата на наркотични вещества, както и да се адресират широк спектър от техните проблеми, които могат да възникнат.

Специфичните техники включват:

- Проучване на позитивни и негативни обстоятелства от поведението на човека;
- Само-проследяване, ранно разпознаване на рисковете и идентифициране на ситуации, които могат да поставят човека в риск от не-продължаване на лечението за ТБ или друго заболяване;
- Изготвяне на стратегии за справяне с проблеми и избягване на високо рискови ситуации.

Мениджмънт на непредвидени случаи означава, че участниците са наградени за позитивната поведенческа промяна по отношение на тяхното здраве и за резултатите от това. Такива интервенции могат да включват:

- Директни финансови компенсации;
- Ваучери;
- Позитивни подкрепящи медикаменти (най-често метадон);
- Материални възнаграждения (пр. карти за автобус или билети).

Ваучер-базираната система означава, че клиента получава ваучери на различна стойност за ангажиране в определени поведения (пр. връщане за отчитане на проба Манту или появяване на среща за ДОТ). Веднъж получен, ваучера може да бъде осребрен за стоки или услуги като храна или други.

Помощни услуги включващи комплексни фактори, като социална стабилност, обучение, жилищно настаняване и социално-икономически статус.

Изключително важна тема за много ИУН е **социалната подкрепа и социалните грижи**.⁷ Много фактори, свързани с настаняването и икономическото състояние са доказали своето голямо влияние върху качеството на живот и риска от инфектиране за употребяващите наркотици. Предоставянето на услуги за подкрепа, които отговарят на множеството нужди на ИУН като настаняване, храна, и ниско прагови възможности за работа по-скоро имат положително влияние върху свързаните със здравето резултати.

НПО би трябвало да предоставя на клиентите си интегрирани услуги като консултиране, обмен на игли и спринцовки, разпространение на презервативи, метадонова терапия, превенция на свръхдоза, душ и услуги за пране, храна, достъп до компютър и т.н., за да подкрепи придържането на клиентите към лечението за ТБ.

2.6. Конфиденциалност на клиента

Предпазването на конфиденциалната информация на пациента обикновено се определя като конфиденциалност и е същинска тема в много аспекти от контрола на ТБ.

Мерки за предпазване конфиденциалността на клиента:

- Никога не дискутирайте случая на клиента с друг без позволение на клиента (включително семейство и приятели)
- Не оставяйте формуляри или записки на места, където неоторизирани хора имат достъп
- Използвайте само обезопасени пътища за изпращане на информация за клиента
- Бъдете дискретни, когато посещавате клиента
- Провеждайте интервюта с клиента насаме
- Не дискутирайте случаи на клиенти на публични места.

2.7. Информация, обучение и консултиране (ИОК) на клиенти, техните близки и общността

Целта на ИОК е да повиши съпричастността към основни факти за ТБ сред клиенти, техните семейства и близките до тях, както и общността като цяло; то също цели да предложи подкрепящи психологически услуги (пр. консултиране) на клиентите и онези близки до тях. НПО могат да променят негативните нагласи към ТБ и да повлияят приемането на нещо социално нормално чрез разпространение на адекватна информация за ТБ и повишаване на съпричастността в общността. Тези дейности имат важно влияние за лечението и грижата за ТБ, а също и допринасят към промяната на индивидуалното и груповото поведение.

Полезно ще е да включите бивши ИУН, които са се лекували за ТБ и са вече излекувани в различни НПО дейности. Бивши клиенти могат да помогнат в консултирането и комуникацията между клиенти с ТБ, техните семейства и предоставящите услуги по лечението на ТБ.

Клиентите би трябвало да разберат важността от знанието на своя ХИВ статус, техните права да получат ИЗН превантивна терапия, както и незабавната ТБ диагностика и лечение. Те също би трябвало да са наясно, че ТБ се разпространява по въздушно-капков път чрез кашляне, кихане и говорене и че те трябва да са наясно с практиките за безопасно кашляне (пр. етикет на кашляне).

Също важно е НПО да е наясно с националното законодателство и нормативните актове свързани с ТБ грижата. Това подпомага консултирането на клиенти и необходимите стъпки за получаване на ТБ диагностика.

2.8. Примери за ТБ дейности на организации от общността:⁶

- Повишаване на съпричастността, повдигане на разговори за промяна на поведението и мобилизация на общността
- Намаляване на стигмата и дискриминацията
- Скриниране и тестване за ТБ и ТБ-свързаната заболяемост (пр. ХИВ консултиране и тестване; изследване за диабет) включително чрез домашни посещения
- Сътрудничество за достъп до диагностични услуги (пр. хрочки и вземане на хрочки и транспортиране)
- Инициране и предоставяне на ТБ превантивни мерки (пр. ИЗН превантивна терапия, ТБ инфекциозен контрол)
- Насочване от общността за диагностика на ТБ и свързани заболявания
- Предоставяне на лечение и наблюдение за ТБ и ко-морбидни състояния
- Подкрепа за придържане към лечение чрез съдействието на равни и обучение за бъдещото продължаване на лечението
- Предоставяне на ДОТ
- Социална подкрепа и грижи (пр. осигуряване на храна, заетост)
- Базиран палиативни грижи за ТБ и свързани заболявания в домашни условия
- Водени от общността дейности по застъпничество.

Същински дейности за интегриране на ТБ дейности в работата на НПО:²¹

1. Разбиране на ТБ, ТБ/употреба на наркотици и глобалния мащаб
2. Познание на ТБ ситуацията в страната (или вашата област)
3. Познаване и разбиране на нуждите на вашата целева група и клиенти
4. Избор на дейности, подходящи за вашата организация
5. Създаване и подобряване на подходящи партньорства, примерно с ТБ пациенти и с общността на ИУН и ХЖХ
6. Планиране, осъществяване и измерване успеха на вашите дейности
7. Финансиране на вашите дейности.

- В идеалния случай, всички ИУН би следвало да се изследват за ТБ веднъж годишно
- В случай, че ИУН с предполагаема ТБ се появи в НПО, клиента трябва незабавно да бъде насочен към ТБ диагностична институция
- Всички близки контактни на НПО клиенти с ТБ заболяване би трябвало да бъдат информирани за тяхното излагане на ТБ и да бъдат мотивирани за изследване
- Всички НПО би следвало да провеждат ТБ оценки на риска по местата, където работят
- Горещо се препоръчва ДОТ да бъде използвано при ТБ лечение в НПО
- НПО може да участва ефективно в издирване на клиенти с предполагаема или диагностицирана ТБ, прекъснали лечение
- Специфични мерки за подкрепа към придържането, необходими за ИУН по време на ТБ лечение

3. Примерна форма за само оценка на ТБ свързани дейности за НПО

Този примерен само оценъчен лист е насочен към оценка степента на мерките взети в организацията и цели осъществяването на добри практики. Всички НПО би следвало да подберат най точните и лесни за използване въпроси от листа и да ги приложат в тяхната работа.

Тези въпроси подпомагат идентифицирането на области, в които НПО има вече осъществени „добри практики“ и да подчертае важните сфери, които имат нужда от подобряване и въвеждане.

Да	Не	
		1. НПО персонала във вашата организация адекватно ли е обучен за актуална ТБ информация, процедури за изследване и подкрепа при лечение (пр. социална подкрепа, психологическо консултиране, разпространение на ваучери при лечение и т.н.)?
		2. Провеждате ли регулярни обучения за НПО персонала по ТБ-свързани теми?
		3. Има ли вашата организация писмен план за контрол на инфекцията?
		4. Вашият персонал обучен ли е в съответствие с плана за контрол на инфекцията?
		5. Осъществява ли се на практика вашия план за контрол на инфекцията?
		6. Всички членове на НПО персонала изследвани ли са за ТБ (при постъпване на работа или периодично)?
		7. Разполагате ли с налични консумативи за предпазване на НПО персонала и клиентите (носни кърпички/хирургически маски/респиратори)?
		8. Вашата организация изследва ли клиенти за ТБ (при първо посещение или периодично след това)?
		9. Вашата организация има ли стандартизирани системи за проследяване?
		10. Налична ли е система за обмен на информация с ТБ клиника или НТП?
		11. Налична ли е система за насочване до ТБ клиника или НТП?
		12. Налични ли са награди при насочване на клиенти до ТБ клиника?
		13. Налични ли са награди при подкрепа на лечение?
		14. Налични ли са възнаграждения/награди за проследяване на контактни лица и намиране на отпаднали от лечение клиенти?
		15. Разполагате ли с достъпни ТБ учебителни материали за клиенти?
		16. Имате ли възможности за обучение на равни при оказване на подкрепа на клиенти за изследване и лечение на ТБ?

Индикатори

- Клиенти с правилни знания за ТБ (като пътища за предаване, симптоми, лечимост и т.н.) (от всички клиенти; процент).
- Брой клиенти, консултирани за ТБ при първо посещение (от всички клиенти; брой; процент).
- Брой редовни клиенти, получаващи годишно консултиране/ изследване за ТБ (от всички клиенти; брой; процент).
- Идентифицирани в НПО хора с предполагаема ТБ (брой).
- Хора с предполагаема ТБ, насочени към ТБ диагностични услуги от НПО (брой; процент).
- Клиенти, с потвърдено ТБ заболяване (брой).
 - Пропорция на клиенти стартирали ЛТБИ лечение за специфичен времеви период, които успешно са завършили лечение (процент).
 - Пропорция на клиенти стартирали лечение за ТБ заболяване за специфичен времеви период, които успешно са завършили лечение (процент).
 - Клиенти на ТБ лечение, получили ваучери или награди за придържане към лечението (брой; процент).
- Близки контакти на клиенти с ТБ заболяване, насочени за изследване на ТБ (брой).
- Пропорция на НПО персонала, обучен според НПО учебния план (процент).
- Пропорция на НПО персонала, изследван за ТБ при постъпване на работа (процент)
- Пропорция на НПО персонала, изследван за ТБ на всеки 2 години (процент)
- Съществуване на писмен план за контрол на инфекцията (да/не).
- Наличност и употреба на предпазни консумативи: носни кърпички/хирургически маски/ респиратори (да/не).

Исползвана литература

1. World Health Organization. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. 2008. WHO/HTM/TB/2008.404.
2. Keizer ST, Langendam MM, van Deutekom H, Coutinho RA, van Ameijden EJ How does tuberculosis relate to HIV positive and HIV negative drug users? *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:64-8.
3. Deiss RG, Rodwell TC, Garfein RS. Tuberculosis and illicit drug use: review and update. *Clin Infect Dis* 2009; 48: 72-82.
4. Getahun H, Gunneberg C, Sculier D, Verster A, Raviglione M. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for TB, HIV, prison and harm reduction services. *Curr Opin HIV AIDS* 2012; 7: 345-53.
5. World Health Organization. Community involvement in tuberculosis care and prevention: towards partnerships for health: guiding principles and recommendations based on a WHO review. 2008. WHO/HTM/TB/2008.397.
6. World Health Organization. The ENGAGE-TB Approach: Operational Guidance Integrating community-based tuberculosis activities into the work of nongovernmental and other civil society organizations. 2012. WHO/HTM/TB/2012/8.
7. European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm:ECDC; 2011.
8. Rieder HL. Epidemiologic basis of tuberculosis control. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris: 1999.
9. Rieder H L, Chiang C Y, Gie R P, Enarson D A. Crofton's Clinical Tuberculosis. Third edition. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Teaching Aids at Low Cost, ed. Oxford: Macmillan Education Ltd, 2009.
10. Broekmans JF, Migliori GB, Rieder HL, et al. European framework for tuberculosis control and elimination in countries with a low incidence. *Eur Respir J* 2002; 19:765-775.
11. Grenfell P, Baptista Leite R, Garfein R, de Lussigny S, Platt L, Rhodes T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 2013; 129,180-209.
12. World Health Organization. Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. WHO Guidelines. 2011. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/en/>.
13. World Health Organization. Three I's Meeting: Intensified case finding (ICF), Isoniazid preventive therapy 3. (IPT) and TB Infection control (IC) for people living with HIV. Report of a joint World Health Organization HIV/AIDS and TB department meeting. 2008. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/WHO_3Is_meeting_
14. Rhodes T, Ball A, Stimson GV, et al. HIV infection associated with drug injecting in the newly independent states, Eastern Europe: the social and economic context of epidemics. *Addiction* 1999; 94:1323-36.
15. World Health Organization Regional Office for Europe. Management of tuberculosis and HIV coinfection. 2013 revision - Protocol 4. Copenhagen, 2013. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/218515/Management-of-tuberculosis-and-HIV-coinfection-Eng.pdf.
16. World Health Organization. Global Tuberculosis Control 2009: Epidemiology, Strategy, and Financing. 2009. WHO/HTM/TB/2009.411.
17. Diel R, Nienhaus A. Prevention of TB in areas of low incidence. *Eur Respir Monogr* 2012; 58:72-83.
18. TUBIDU. Handbook for tuberculosis prevention among injecting drug users for community based organizations. 2014.
19. Hahné SJ, Veldhuijzen IK, Wiessing L, Lim TA, Salminen M, Laar Mv. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. *BMC infectious diseases*, 2013; 13:181-197.
20. Turusbekova N, Kharchenko M, Bikmukhametov D. Training manual: Developing tuberculosis treatment services for people who use drugs. Eurasian Harm Reduction Network 2012. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/183981/Training-module-on-TB-prevention.pdf
21. Mburu G and Richardson D. Community-based TB and HIV integration. Good Practice Guide. 2013. International HIV/AIDS Alliance and PATH: Hove.

