

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель

министра здравоохранения

_____ В.В. Колбанов

26 июня 2006 г.

Регистрационный № 041-0506

**ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ЕГО ЛЕКАРСТВЕННО-
ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ У ВИЧ-
ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Научно-исследовательский институт пульмонологии и фтизиатрии

Авторы: канд. мед. наук Е.М. Скрягина, д-р мед. наук, проф. Г.Л. Гуревич, А.П. Астровко, канд. мед. наук О.М. Калечиц, канд. мед. наук А.В. Богомазова

Огромные масштабы эпидемии ВИЧ-ассоциированного туберкулеза требуют принятия быстрых и действенных мер. Необходимо ограничить распространение, снизить заболеваемость туберкулезом и смертность от него в районах с широким распространением ВИЧ-инфекции с минимальным риском появления его лекарственно устойчивых форм. Программы по борьбе с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией имеют общие задачи: профилактика ВИЧ-инфекции необходима для борьбы с распространением туберкулеза, а лечение и профилактика туберкулеза должны быть первоочередной задачей при борьбе с ВИЧ-инфекцией.

ЗАДАЧИ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

В первую очередь профилактические мероприятия должны быть направлены на группы ВИЧ-инфицированных лиц с высоким риском развития туберкулеза. Необходимо выделить следующие группы риска по заболеваемости туберкулезом среди ВИЧ-инфицированных:

– лица, проживающие в районах с высокой распространенностью туберкулезной инфекции, в первую очередь, с наличием множественной лекарственной устойчивости;

– работники здравоохранения (по причине частых контактов с источниками инфекций);

– лица, проживающие в очагах туберкулезной инфекции, в том числе в очагах с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя;

– заключенные и вышедшие из ИТУ;

– работники отраслей, связанных с воздействием вредных факторов производства на систему органов дыхания (шахтеры, рабочие литейных цехов и пр.).

Основными подходами по профилактике туберкулеза, в особенности его форм с множественной лекарственной устойчивостью, среди ВИЧ-инфицированных лиц являются:

1. Своевременное выявление и лечение форм туберкулеза, в первую очередь, с множественной лекарственной устойчивостью.

Пока туберкулез не диагностирован и не начато лечение, увеличивается резервуар туберкулезной инфекции, что повышает риск заболевания туберкулезом здорового окружения. Устранить эту ситуацию не удастся даже при хорошей организации противотуберкулезных мероприятий. Поэтому важно раннее выявление и своевременное назначение терапии противотуберкулезными лекарственными средствами в соответствии с утвержденными Национальными протоколами лечения.

2. Проведение профилактических мероприятий.

2.1. Профилактическое лечение.

Профилактическое лечение изониазидом должно предоставляться ВИЧ-инфицированным лицам с положительной туберкулиновой пробой. Это снижает риск прогрессирования микобактерий туберкулеза у недавно инфицированных лиц и реактивации латентной инфекции. При этом требуется выполнение двух важных условий: исключение наличия активной формы туберкулезного процесса и обеспечение соблюдения предписанного лечения.

Стандартным режимом химиопрофилактики считается ежедневный прием изониазида (300 мг/день взрослым и 10 мг/кг/день детям) в течение 6 месяцев. Для обеспечения максимальной эффективности период лечения может быть продлен до 9 месяцев.

В случае контакта с больными туберкулезом, выделяющими изониазид-устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза, химиопрофилактика должна проводиться рифампицином или рифабутином в дозе 15 мг/кг массы тела или 600 мг ежедневно. Использование рифабутина для превентивной терапии у ТБ/ВИЧ-инфицированных лиц является более предпочтительным, так как позволяет предотвратить развитие не только туберкулезной, но и *Mycobacterium avium-complex* (МАС) инфекции и, кроме того, предполагает более оптимальное лекарственное взаимодействие при совместном назначении рифабутина с антиретровирусными препаратами.

2.2. Постконтактная профилактика.

При проведении постконтактной профилактики основным моментом является качественный сбор эпидемиологического анамнеза, от чего будет зависеть выбор схемы лечения ВИЧ-инфицированных лиц. При отсутствии лекарственной устойчивости возбудителя назначается стандартная схема превентивной химиотерапии изониазидом (300 мг/день взрослым и 10 мг/кг/день детям) в течение 6 месяцев.

При наличии контакта с бактериовыделителем с множественной устойчивостью микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам назначаются различные схемы химиопрофилактики с использованием противотуберкулезных лекарственных средств резервного ряда в течение 6 месяцев в зависимости от результатов тестирования лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам у бактериовыделителя:

пиразинамид (25-30 мг/кг/день) + офлоксацин (400 мг);

пиразинамид (25-30 мг/кг/день) + левофлоксацин (500 мг);

ципрофлоксацин (750 мг) + этамбутол (15-25 мг/кг/день);

моксифлоксацин (400 мг) + этамбутол (15-25 мг/кг/день).

Следует учитывать, что высокому риску инфицирования подвергаются работники системы здравоохранения, вынужденные контактировать с источником туберкулезной инфекции по роду своей деятельности. Поэтому ВИЧ-инфицированные медицинские работники не должны работать с больными bacillary формами туберкулеза легких.

2.3. Меры по охране окружающей среды.

Они включают в себя качественное проведение противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, особенно с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя: правильная организация отделений для лечения туберкулеза, а также соблюдение необходимого санэпидрежима в бактериологических лабораториях.

Основную часть противоэпидемической работы в очагах осуществляет фтизиатрическая служба, в обязанности которой входит эпидемиологическое обследование очага совместно с эпидемиологом территориального центра гигиены и эпидемиологии, оценка риска заражения в очаге в соответствии с факторами риска, разработка плана мероприятий, динамическое наблюдение за очагом. Правильное и своевременное выполнение указанных мероприятий позволит значительно сократить резервуар туберкулезной инфекции и снизить ее распространение.

При организации отделений для лечения туберкулеза (и в особенности отделений для лечения форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью) необходимо разделение потоков больных в соответствии со степенью эпидопасности. ВИЧ-инфицированные лица должны быть изолированы от остального контингента бактериовыделителей в отдельные палаты с ограничением передвижения и увеличенной кубатурой помещения на одного пациента. Палаты для пациентов с бактериовыделением обязательно должны быть оборудованы приточно-вытяжной вентиляцией и бактерицидными лампами.

Работа в бактериологических лабораториях должна быть построена по принципу соблюдения мер биологической безопасности при работе с микобактериями туберкулеза. Риск заболевания туберкулезом у лабораторных работников, находящихся в непосредственном контакте с возбудителем, в 3–5 раз выше. Все это свидетельствует о необходимости строгого соблюдения правил личной гигиены, санэпидрежима и техники безопасности при проведении бактериологических исследований.

3. Санитарно-просветительная работа среди населения.

Санитарно-просветительная работа должна проводиться как среди лиц ВИЧ-инфицированных и больных туберкулезом, так и среди здорового населения, а также среди работников здравоохранения, курирующих вопросы выявления, лечения и профилактики указанных инфекций.

Пропаганда здорового образа жизни с использованием средств массовой информации, проведение общественных дней здоровья на радио, телевидении,

использование рекламных щитов в общественных местах позволит насторожить население в отношении туберкулеза и ВИЧ-инфекции, создать правильное представление об этих заболеваниях, объяснить меры их профилактики в быту.

При работе с группами риска необходимо предоставлять информацию о высокой заболеваемости туберкулезом ВИЧ-инфицированных и причинах к этому приводящих, о возможных путях передачи инфекции в различных условиях, значимости химиопрофилактики у лиц с иммунодефицитом.

Среди больных туберкулезом и ВИЧ-инфицированных необходимо широко использовать зарекомендовавшие себя методики: проведение анонимного анкетирования, издание брошюр, листовок и информационных листков для пациентов, разъясняющих особенности течения заболевания и правильного построения поведения, проведение лекций для пациентов, организация центров добровольного консультирования и обследования.

Для врачей-инфекционистов и фтизиатров необходимо проведение учебных циклов по вопросам туберкулеза и ВИЧ-инфекции, совместных семинаров и конференций, посвященных ВИЧ-ассоциированному туберкулезу. Врачи-фтизиатры должны посещать центры добровольного консультирования и обследования на ВИЧ, подготавливать методические пособия для сотрудников центров по вопросам фтизиатрии. В свою очередь, врачи-инфекционисты должны оказывать организационно-методическую помощь противотуберкулезным организациям по вопросам ВИЧ-инфекции.