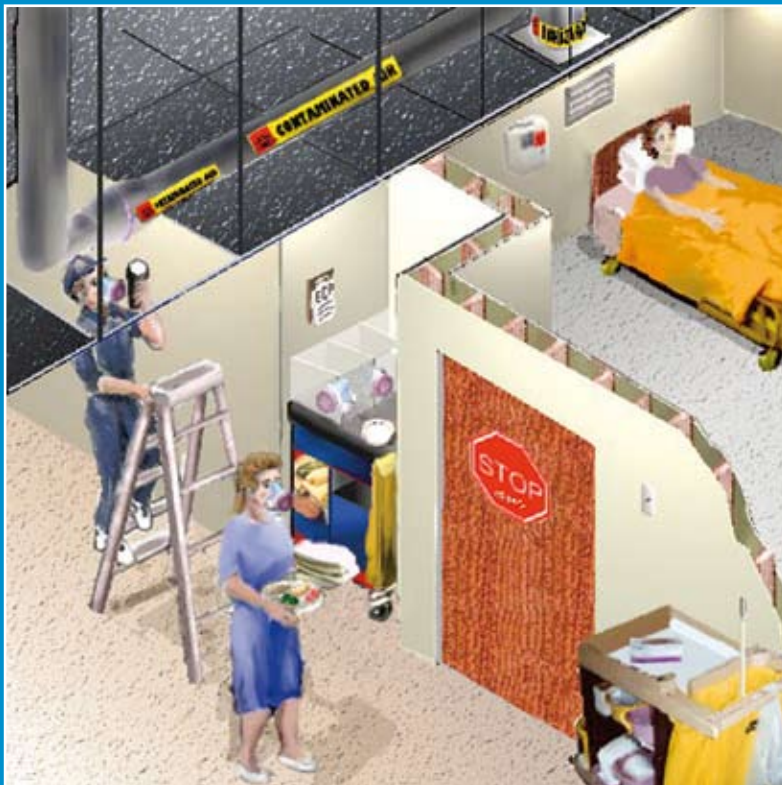


МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Програма “Подобряване на контрола на туберкулозата
в България”

Методично указание за контрол на туберкулозата в лечебните заведения



София
2009

Това методично указание е утвърдено със Заповед № РД 09-690/10.12.2009 г. на Министъра на здравеопазването и е разработено благодарение на усилията на работна група, сформирана със Заповед № РД 09-349/13.08.2008 г.:

Председател:

Д-р Тонка Върлева
Директор на Дирекция „Превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППИ“,
Министерство на здравеопазването

Зам. председател:

Д-р Мария Замфирова
Главен експерт в Дирекция „Превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППИ“,
епидемиолог в Звено „Мониторинг и оценка“ към Програма
„Подобряване на контрола на туберкулозата в България“

Секретар:

Росица Димитрачкова
Програмен асистент към Структура за управление на Програма
„Подобряване на контрола на туберкулозата в България“

Членове:

Веселина Мандаджиева
Началник отдел, Дирекция „Правна“, Министерство на здравеопазването

Д-р Радосвета Филипова
Държавен експерт, отдел „Надзор над заразните болести“,
Министерство на здравеопазването

Д-р Владимир Миланов
Старши експерт в Дирекция „Превенция и контрол на СПИН, туберкулоза и ППИ“,
медицински координатор на Програма
„Подобряване на контрола на туберкулозата в България“

Доц. д-р Донка Стефанова
Началник Клиника по туберкулоза при СБАЛББ „Св. София“ ЕАД – гр. София,
дългосрочен консултант към Програма
„Подобряване на контрола на туберкулозата в България“

Доц. Росица Вачева
Завеждащ Референтен център по нозокомиални инфекции, НЦЗПБ

Д-р Елизабета Бачийска
Завеждащ Национална референтна лаборатория по туберкулоза към НЦЗПБ,
дългосрочен консултант към Програма
„Подобряване на контрола на туберкулозата в България“

Д-р Лидия Величкова
Началник отдел „Болнична хигиена и епидемиология“, Столична РИОКОЗ, София

**МЕТОДИЧНО УКАЗАНИЕ ЗА КОНТРОЛ НА ТУБЕРКУЛОЗАТА
В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ**

Речник на използваните съкращения в методичното указание

КУБ	Киселинно-устойчиви бактерии
МТ	<i>M. tuberculosis</i>
ИБТ	Извънбелодробна туберкулоза
ЛТИ	Латентна туберкулозна инфекция
ЛЗ	Лечебно заведение
MDR-TB	Туберкулоза с множествена лекарствена резистентност (Multidrug Resistant Tuberculosis)
XDR-TB	Туберкулоза с екстензивна лекарствена резистентност (Extensively Drug Resistant Tuberculosis)
МЗ	Министерство на здравеопазването
КТТ	Кожен туберкулинов тест
РИОКОЗ	Регионална инспекция по опазване и контрол на общественото здраве
ОПЛ	Общо практикуващ лекар
DOTS	Международно препоръчаната от СЗО стратегия за пряко наблюдавано лечение на туберкулозата в съкратени срокове (Directly Observed Treatment – Short course)
IGRA	Гама – интерферонов тест

СЪДЪРЖАНИЕ

1. ВЪВЕДЕНИЕ	4
2. ЦЕЛ И ОСНОВНИ ДЕЙНОСТИ.....	5
3. ОРГАНИЗАЦИЯ НА КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТУБЕРКУЛОЗАТА.....	5
4. ПРОТИВОЕПИДЕМИЧНИ МЕРОПРИЯТИЯ В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ТУБЕРКУЛОЗА.....	7
5. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ КОНТРОЛА НА ТУБЕРКУЛОЗАТА ПРИ ЛИЧНАТА ЗАЩИТА НА ПЕРСОНАЛА – СКРИНИНГ, ЛИЧНИ ПРЕДПАЗНИ СРЕДСТВА.....	9
6. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ КОНТРОЛА НА ТУБЕРКУЛОЗАТА В РИСКОВИ СТРУКТУРИ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ТУБЕРКУЛОЗА.....	11
7. МЕРОПРИЯТИЯ ЗА КОНТРОЛ НА ТУБЕРКУЛОЗАТА СПРЯМО КОНТАКТНИТЕ	13
8. ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ИНФЕКЦИЯ ПРИ КОНТАКТНИТЕ.....	14
9. ОТГОВОРНОСТИ ПРИ ИЗДИРВАНЕ НА КОНТАКТНИТЕ	14
10. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДАННИ ОТ АНАМНЕЗА ЗА ПРЕДШЕСТВАЩО ТУБЕРКУЛОЗНО ЗАБОЛЯВАНЕ, ПРЕДИШЕН ПОЛОЖИТЕЛЕН РЕЗУЛТАТ ОТ ИМУНОЛОГИЧЕН ТЕСТ ЗА <i>M. tuberculosis</i> ИЛИ ЗАВЪРШВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗА ТУБЕРКУЛОЗА ИЛИ ЛАТЕНТНА ТУБЕРКУЛОЗНА ИНФЕКЦИЯ.	14
11. ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ ПО КОНТРОЛА НА ТУБЕРКУЛОЗАТА	16

1. ВЪВЕДЕНИЕ

1.1. Епидемиология

Туберкулозата е инфекциозно заболяване, което може да се развие в почти всички органи и системи на човешкия организъм, но най-често се локализира в белите дробове – в 90% от случаите.

Причинител на болестта е *M. tuberculosis*. Туберкулозните бактерии са изключително устойчиви във външната среда. Те се запазват дълго в храчките, отделени от болен човек. При стайна температура остават жизнеспособни от 2 до 10 месеца в зависимост от хигиенното състояние и осветеността на помещението, като в тъмни и непроветриви помещения туберкулозните бактерии могат да издържат до 3 г. Те са силно чувствителни към слънчевата светлина - при пряко действие тя ги унищожава за 5 -10 минути.

Основен източник на заразяване е болният от белодробна туберкулоза човек. Заразяването става най-често по въздушно-капков път. При кашляне, кихане и дори при разговор, болният човек отделя туберкулозни бактерии във въздуха. Така хората, които се намират в близост, могат да вдишат бактериите и да се заразят. Чрез прахът в стаите и по улиците, където туберкулозните бактерии остават дълго време жизнеспособни, също може да се предаде инфекцията.

Почти една трета от населението по света, около два милиарда души, са инфектирани с *M. tuberculosis* и са с риск за развитие на заболяването. Годишно повече от 8 милиона души развиват активна туберкулоза и около два милиона умират.

1.2. Разлики между туберкулозна инфекция и туберкулозно заболяване:

1.2.1. Лице с латентна туберкулозна инфекция /ЛТИ/ няма симптоми на заболяване от туберкулоза. За диагностика се използват Кожен туберкулинов тест на Манту и кръвен тест IGRA. Положителният резултат от тези тестове е показател за туберкулозна инфекция. При лицата с ЛТИ се провежда химиопрофилактика, за да не се допусне развитие на туберкулозно заболяване.

Лица с ЛТИ, които са в най-висок риск да развият заболяване:

1.2.1.1. лица, инфектирани с ХИВ; лица с диабет, лица на хемодиализа и други заболявания, които водят до срив на имунната система;

1.2.1.2. лица, заразени с туберкулоза в рамките на последните две години;

1.2.1.3. кърмачета и деца под 4 години;

1.2.1.4. лица, които се лекуват продължително със стероиди, които водят до отслабване на имунната система;

1.2.1.5. лица, които в миналото са боледували от туберкулоза

1.2.2. Лице с туберкулозно заболяване има развитие на основни клинични симптоми: кашлица, кръвохрак, температурата, нощни изпотявания, умора и загуба на тегло.

При тези симптоми задължително се извършва консултация и изследвания при специалист по **пулмология и фтизиатрия**. Ако има съмнение за туберкулоза се започва лечение.

Кога туберкулозата е заразна?

Туберкулозата е заразна, когато е локализирана в белите дробове или ларинкса. Когато е на други органи, обикновено не е заразна, ако не е съчетана с някои форми на белодробна туберкулоза. При всеки случай, съмнителен или потвърден за туберкулоза, задължително се консултира със специалист.

Глобален проблем са пациентите с резистентна туберкулоза. Лечението е много по-продължително и изисква много повече средства.

Лекарствената резистентност е два типа: първична и вторична (придобита). Първичната резистентност е много по-рядко срещана от вторичната.

Първичната лекарствена резистентност представлява устойчивост на туберкулозен щам от пациент, който никога не е приемал противотуберкулозна терапия или е приемал, но не повече от един месец, т.е. болният се е заразил с лекарствено-устойчив щам.

Вторична (придобита) лекарствена резистентност

Представява устойчивост на туберкулозен щам от пациент, развиваща се в процеса на лечение. Тя е косвен показател за ефективността на противотуберкулозното лечение.

До вторична лекарствена резистентност водят: неадекватно противотуберкулозно лечение, грешна доза, липса на контрол върху лечението на пациентите, нередовно вземане на лекарства, непоследователност, социални бариери, нежелани реакции, проблем с доставките (например: липса на лекарства) и др.

Нелекуваните или неправилно лекуваните пациенти с лекарствена резистентност са източник на разпространение на резистентни щамове, водещи до повишаване на заболяемостта и смъртността.

Мултилекарствена туберкулоза (MDR-TB) е определена като туберкулоза, причинена от бактерии, резистентни към двете противотуберкулозни лекарства от първи ред - изониазид и рифампицин.

Свърхрезистентна към лекарства туберкулоза (XDR-TB), е определена като мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB), която е резистентна към някои от флуорохинолони и към повече от един от 3-те инжекционни препарати (Амикацин, Канамицин, Капреомицин). Изходът от лечението е значително по-лош при пациенти със свърхрезистентна към лекарства туберкулоза (XDR-TB), отколкото при пациенти с мултирезистентна туберкулоза (MDR-TB).

При възникване на случаи на свърхрезистентна туберкулоза сред пациенти с HIV смъртността е много висока. Появата на свърхрезистентна към лекарства туберкулоза е нова заплаха за световното обществено здраве и изисква медицинският персонал и предлагащите здравни услуги да спазват основни правила за контрол на туберкулозната инфекция.

2. ЦЕЛ И ОСНОВНИ ДЕЙНОСТИ

2.1. Основната цел на контрола е да се намали рискът от разпространяване на туберкулозата сред населението, медицинския персонал и пациентите.

Методичното указание за контрол на туберкулозата е предназначено за персонала на лечебни заведения, в които се извършва диагностика и лечение на туберкулозата, други лечебни заведения, РИОКОЗ и здравни заведения по Закона за здравето.

2.2. Основната дейности по контрола на туберкулозата включват:

2.2.1. определяне на ендемичното ниво на заболяемост от туберкулоза и разпространението на туберкулозата с лекарствена резистентност - най-вече на мултирезистентната туберкулоза – (MDR-TB);

2.2.2. идентифициране на рисковите фактори в сектори/отделения за лечение на туберкулозата;

2.2.3. разкриване на взривове от туберкулоза и анализ на причините и влиянието на рисковите фактори;

2.2.4. събиране, статистическа обработка и анализ на данни за пациентите в рисковите клиники, отделения, сектори и съответните практики;

2.2.5. въвеждане на мерки за отстраняване на причините или за ограничаване влиянието на рисковите фактори;

2.2.6. оценка на предприетите мерки.

3. ОРГАНИЗАЦИЯ НА КОНТРОЛА В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ТУБЕРКУЛОЗАТА

3.1. Към министъра на здравеопазването е създаден Експертен съвет по туберкулоза и белодробни болести;

3.2. За всяка област със заповед на министъра на здравеопазването са определени лечебни заведения за диагностика и лечение на пациенти с туберкулоза;

3.3. Към всяка област е определен със заповед на министъра на здравеопазването областен координатор (DOTS мениджър), който координира цялостната дейност по контрола на туберкулозата за областта;

3.4. Към всяка област са определени медицински сестри, които да сътрудничат на DOTS мениджъра в изпълнението на мерките за инфекциозен контрол.

3.5. Всяко лечебно заведение за диагностика и лечение на туберкулозата разработва Програма за контрол на туберкулозата като част от Програмата за контрол на вътреболничните инфекции (ВБИ), в която се включват:

3.5.1. мероприятия за административен контрол за снижаване на заболяемостта от туберкулоза, осигуряване на финансови средства за контрол, кадрови капацитет, организация на лечебно-диагностичната дейност, осигуряване на помещения за изолация, система за продължителна квалификация на персонала, оценка на риска от разпространението на туберкулозата в лечебното заведение, оценка на риска от инфекция за персонал, пациенти и други лица, ангажирани в лечебно-диагностичните структури;

3.5.2. мероприятия за инженерен контрол – контрол на болничната среда с цел снижаване на концентрацията на туберкулозните бактерии във въздуха – система за вентилация и филтриране на въздуха, негативно налягане, система с ултравиолетови лампи (УВ лампи).

3.5.3. мероприятия за контрол на защитата на персонала от респираторни инфекции - оценка на риска от инфекция за персонала и осигуряване на средства за индивидуална защита на персонала;

3.6. Задължения на ръководителя на лечебното заведение:

3.6.1. Ръководителят на лечебното заведение е длъжен да осигури необходимите организационни, кадрови и финансови ресурси за изпълнение на програмата.

3.6.2. Ръководителят на лечебното заведение носи отговорност за цялостната организация и провеждането на дейностите по контрола на туберкулозата в съответното лечебно заведение.

3.7. Задължения на областния DOTS мениджър:

3.7.1. Областният DOTS мениджър следи за: провеждането на адекватно, продължително и непрекъснато лечение на болните с туберкулоза в областта, в съответствие с утвърдените медицински стандарти, методични указания и оперативни процедури по стратегията DOTS на СЗО; отговаря за навременното събиране и подаване на информацията, свързана с епидемиологичния надзор на туберкулозата, включително съобщаване на случаите с туберкулоза и за изхода от лечението им, в съответствие с действащите нормативни актове и оперативни процедури; анализира нуждите на лечебните заведения от лекарствени продукти, оборудване, диагностикуми и консумативи за туберкулоза, съдейства за добрата колаборация между лечебните заведения, РИОКОЗ и ангажираните представители на неправителствени организации за обхващане, изследване и проследяване на контактните лица на пациенти с белодробна туберкулоза, както и профилактиката на случаи с латентна туберкулозна инфекция.

3.8. Задължения на медицинските специалисти в лечебното заведение:

3.8.1. осъществяват лечебно-диагностични дейности в съответствие с утвърдените медицински стандарти и Правилата за добра медицинска практика;

3.8.2. информират пациента за риска от инфекция при провеждане на лечебно-диагностичните процедури и/или (в зависимост от ситуацията) за риска от евентуален терапевтичен неуспех поради лекарствена резистентност;

3.8.3. запознават пациентите и посетителите с процедурите за лична хигиена и защита от предаване на инфекцията;

3.8.4. съдействат на областния DOTS мениджър, на РИОКОЗ и други институции при изпълнение на техните функции, свързани с контрола на туберкулозата.

3.9. Задължения на ръководителя на микробиологична лаборатория за диагностика на туберкулозата - организира и извършва цялостната лабораторна дейност съгласно утвърдения медицински стандарт по микробиология и Методичното указание за микробиологична диагностика и лечение на туберкулозата, особено с оглед на безопасността на работа в лабораторията и навременното предоставяне на резултатите от микробиологичните изследвания в клиниките/отделенията.

3.10. Задължения на патронажната медицинска сестра за пряко наблюдение на лечението на пациенти с туберкулоза в продължителната фаза и работа с контактните лица:

3.10.1. поддържа постоянна връзка с микробиологичната лаборатория за издирване на пациентите с микробиологично потвърдена туберкулоза;

3.10.2. съдейства за явяването на пациентите в съответното лечебно заведение за регистрация и лечение;

3.10.3. със съдействието на РИОКОЗ и /или неправителствени организации, които работят в сферата на здравеопазването, осигурява явяване на контактните лица за изследванията и диспансеризирането им;

3.10.4. при прекъсване на лечението или неявяване на болния за контролен преглед издирва активно и контролира продължаването на лечението.

4. ПРОТИВОЕПИДЕМИЧНИ МЕРОПРИЯТИЯ В ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ТУБЕРКУЛОЗА

4.1 Оценка на риска

4.1.1.Общи положения

Оценката на риска се извършва от квалифицирани лица и специалисти: лекар по контрол на инфекциите, пневмофтизиатър и лабораторен лекар, лице, които отговаря за здравословните и безопасни условия на труд, лице с техническо образование, главна медицинска сестра, епидемиолог от РИОКОЗ, представител от РЦЗ и други специалисти при необходимост (напр. специалисти по инфекциозни болести, експерти от общинските администрации, отговарящи по здравеопазването).

Степента на риска за разпространяване на туберкулозата е различен за различните географски райони и лечебни заведения в един и същ район, различните структури в едно и също лечебно заведение и специалистите.

Оценката е специфична за всяко лечебно заведение и служи като средство за оценка на качеството на контрола на туберкулозата и определяне на необходимите мероприятия за контролиране на инфекцията.

Оценката на риска се извършва за цялото лечебно заведение, както и за специфичните рискови зони в него (например. пневмо-фтизиатрично отделение, пулмологично отделение, бронхоскопско отделение, отделение за лечение на пациенти с ХИВ инфекция, клиника за инфекциозни белодробни болести, микробиологична лаборатория за диагностика на туберкулозата, ДКБ и др.).

4.1.2. Класификация на риска

4.1.2.1. Нисък риск

Категорията “нисък риск” се прилага за лечебни заведения, в които не се очаква присъствие на лица с туберкулозно заболяване, поради което излагането на риск от заразяване с *M. tuberculosis* е малко вероятно. Тази категория се прилага също така при медицински персонал, който едва ли би имал контакт с лица с туберкулозно заболяване или достъп до клинични проби, които е възможно да съдържат *M. tuberculosis*.

4.1.2.2. Средно висок риск

Категорията “средно висок риск” се прилага за лечебни заведения, в които оценката на риска е показала, че медицинският персонал ще бъде или има вероятност да бъде в контакт с лица с туберкулозно заболяване или достъп до биологични материали, които е възможно да съдържат *M. tuberculosis*.

4.1.2.3. Висок риск

Категорията “висок риск” се прилага за лечебни заведения за лечение и диагностика на болни от туберкулоза, с мултирезистентна туберкулоза или свръхрезистентна туберкулоза.

4.1.2.4. Потенциална текуща зараза

Категорията “потенциална текуща зараза (нозокомиална инфекция)” – се прилага временно в лечебни заведения (или група медицински служители), ако има доказателства за разпространяване на туберкулоза от човек на човек (напр. от пациент на пациент, от пациент на медицински персонал, от медицински персонал на пациент или от медицински персонал на друг медицински персонал).

4.1.3. Оценката на риска от туберкулоза включва:

4.1.3.1. административен контрол – включва ежегодни оценки на изпълнението на програмата за контрол на туберкулозата, с цел да се осигури правилното ѝ прилагане и да се открият и коригират пропуските в контрола на инфекцията; данни от наблюденията при годишната оценка на риска трябва да се използват при определяне необходимостта от промяна по отношение на протоколите за идентифициране и предприемане на мерки за изолиране на инфекцията при пациенти с предполагаемо или установено инфекциозно туберкулозно заболяване; протоколите за инфекциозния риск при пациентите; лабораторните процедури (описани са в следващия раздел); програмите за обучение на работещите в лечебните заведения по отношение на туберкулозата; изолационни мерки спрямо болни с туберкулоза, хоспитализирани на пациентите с туберкулоза отделно от другите пациенти, осигуряване на достатъчно изолационни стаи, изчислени съобразно резултатите от оценката на риска.

4.1.3.2. инженерен контрол на болничната среда – включва контрол на вентилацията, негативно налягане и филтриране на въздуха, системата с ултравиолетови лъчи (УВ лампи).

4.1.3.3. контрол за защитата на персонала от респираторния път на разпространение на инфекцията - включва лични предпазни средства, скрининг и профилактика.

4.1.4. Общи изисквания към контрола на туберкулозата при пациенти и болнична среда.

4.1.4.1. Пациентите с туберкулозно заболяване задължително се изолират в стаи, отделения и/или сгради, далече от пациенти с други заболявания.

4.1.4.2. Не се допуска смесване на потоците на пациенти с туберкулозна инфекция и пациенти с други заболявания.

4.1.4.3. Обособяват се отделни структури, етажи, части от етажи или стаи за пациенти с доказана туберкулоза с бацилоотделяне; пациенти с туберкулоза без бацилоотделяне; пациенти с предполагаема туберкулозна инфекция; пациенти с неспецифични белодробни заболявания.

4.1.4.4. Осигуряване на достатъчно изолационни стаи (необходимия брой на изолационни стаи се изчислява на базата на резултати от оценката на риска в съответната ситуация)

4.1.4.5. Изолационните стаи да се обособят в една част на лечебното заведение, за да се намалят разходите и да се ограничат възможностите от предаване на туберкулозната инфекция към други пациенти.

4.1.4.6. Изолационните стаи са за един пациент, в които достъпът на посетители се ограничава.

4.1.4.7. Изолационните стаи изискват контрол на вентилацията и филтриране на въздуха, и наличие на система с ултравиолетови лъчи (УВ лампи).

4.1.4.8. Да се наблюдават и отбелязват ежедневно посоката на въздушния поток (т. е. негативно налягане) в стаята.

4.1.4.9. Всяка изолационна стая трябва да има отделно санитарно помещение.

4.1.4.10. Вратите на стаите да се държат затворени.

4.1.4.11. Пациентите с туберкулоза не трябва да напускат стаите си, да се разхождат из болницата или да посещават места, където има и други пациенти (напр. столови, кафенета, магазини и др. на територията на болницата). За разходка на чист въздух може да се използва обособена част на открито, която е отделена за пациенти с предполагаема или потвърдена туберкулоза.

4.1.4.12. Когато пациенти с предполагаема или потвърдена диагноза туберкулоза напуснат изолационния сектор (за медицински изследвания или диагностичен преглед), трябва да носят хирургическа маска за еднократна употреба.

4.1.4.13. Осигуряват се необходимите мероприятия за спазване на противоепидемичния режим при пациенти с предполагаема или потвърдена туберкулозна инфекция, на които трябва да се извършат изследвания и манипулации в друга част на лечебното заведение или в друго лечебно заведение:

4.1.4.13.1. Тези пациенти заобикалят чакалнята, ако е обща с други пациенти и носят хирургическа маска;

4.1.4.13.2 Шофьорите, медицинският и друг персонал, който транспортира пациенти с предполагаема или потвърдена туберкуозна инфекция носят респиратори;

4.1.4.13.3. Изготвя се график за манипулации и изследвания на пациенти с туберкуозно заболяване, при които присъства минимален брой медицински персонал и други пациенти;

4.1.4.13.4 След всяка процедура за деня задължително се извършват необходимите протиепидемични и дезинфекционни мероприятия при спазване на времето за експозиция.

4.1.4.14. Не се разрешават свиждания на пациенти в отделенията/секторите, в които има пациенти с мултирезистентна или свръхрезистентна туберкулоза.

4.1.4.15. Не се разрешава достъпът на деца до отделения/сектори, в които има пациенти с потвърдена мултирезистентна или свръхрезистентна туберкулоза.

4.1.4.16. Посещенията по време на часовете за свиждане трябва да се провеждат в определени за това зони на открито. Ако това не е възможно, посетители трябва да бъдат допускани само в добре вентилирани части в рамките на лечебното заведение, като ползват респиратор и пациентите са с хирургическа маска.

4.1.4.17. Посетителите трябва да бъдат инструктирани от дежурната медицинска сестра за всички необходими протиепидемични мерки (необходимост от осигуряване и поставяне на респиратор, третиране на употребения респиратор като опасен болничен отпадък и деконтаминация на ръцете преди и след напускане на помещението)

4.1.4.18. На посетителите се осигуряват респиратори и се инструктират от медицинския персонал как да използват респиратора, преди да влязат в изолационната стая.

4.1.4.19 Медицинският персонал задължително ползва респиратори за еднократна употреба при влизане в изолационните стаи.

4.1.4.20. Процедурите по диагностика и лечение (напр. вземане на храчки и инхалаторна терапия) да се извършват в изолационните стаи.

4.1.4.21. Осигурява се обучение от медицинския персонал на пациентите, техните семейства и посетители, относно спазване на мерките по контрол на инфекцията. За да се улесни изпълнението на мерките от пациентите, се създават условия в изолационните стаи (осигуряване на телефони, телевизори или радиоапарати, специални изисквания към посудата за хранене и други мерки).

5. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ КОНТРОЛА НА ТУБЕРКУЛОЗАТА ПРИ ЛИЧНАТА ЗАЩИТА НА ПЕРСОНАЛА – СКРИНИНГ, ЛИЧНИ ПРЕДПАЗНИ СРЕДСТВА.

5.1. Мероприятия, свързани със скрининг на персонала, съобразно оценката на риска:

5.1.1. Мероприятия за скрининг за туберкулоза в лечебни заведения в категория "Нисък риск":

5.1.1.1. Медицинският персонал при постъпването си на работа трябва да премине през основен медицински скрининг чрез попълване на анкета, медицински преглед, клинични изследвания и кожен туберкулинов тест на Манту.

5.1.1.2 На медицинския персонал, показал положителни резултати за инфекция с *M. tuberculosis*, трябва да се направи рентгенография на гръден кош, за да се изключи вероятността от туберкуозно заболяване, а при продуктивна кашлица – и микробиологично изследване на храчка.

5.1.1.3. След медицинския скрининг при постъпване на работа, при липса на показатели за инфекция, не е необходим допълнителен скрининг, освен ако възникнат условия за излагане на риск от туберкуозна инфекция.

5.1.2. Мероприятия за скрининг за туберкулоза в лечебни заведения в категория "Средно висок риск":

5.1.2.1. Медицинският персонал при постъпването си на работа трябва да премине през основен медицински скрининг чрез попълване на анкета, медицински преглед, клинични изследвания и кожен туберкулинов тест на Манту.

5.1.2.2. В случай, че при първичния медицински скрининг липсват данни за инфекция, се извършва скрининг за туберкулоза веднъж годишно чрез попълване на анкета, медицински преглед, клинични изследвания и кожен туберкулинов тест на Манту.

5.1.2.3. На медицинския персонал, показал положителни резултати за инфекция от *M. tuberculosis*, трябва да се направи рентгенография на гръден кош, за да се изключи вероятността от туберкулозно заболяване, а при продуктивна кашлица и микробиологично изследване на храчка.

5.1.3. Мероприятия за скрининг за туберкулоза при лечебни заведения в категория “Висок риск”:

5.1.3.1. Медицинският персонал при постъпване на работа трябва да премине през основен медицински скрининг чрез попълване на анкета, медицински преглед, клинични изследвания и кожен туберкулинов тест на Манту.

5.1.3.2. В случай че резултатите от първичния медицински скрининг за инфекция с *M. tuberculosis* са отрицателни, медицинските служители се подлагат на скрининг за туберкулоза на всеки 6 месеца чрез попълване на анкета, медицински преглед и клинични изследвания, а по преценка – кожен туберкулинов тест или гама – интерферонов тест (IGRA).

5.1.3.3. На медицинския персонал, показал положителни резултати за инфекция от *M. tuberculosis* при първоначалния или при всеки следващ медицински скрининг, трябва да се направи рентгенография на гръден кош, за да се изключи вероятността от туберкулозно заболяване, а при продуктивна кашлица – и микробиологично изследване на храчка.

5.1.4. Мероприятия за скрининг за туберкулоза при лечебни заведения в категория “Потенциална текуща зараза (нозокомиална инфекция)”:

5.1.4.1. При възникване на потенциална текуща зараза (нозокомиална инфекция), може да се наложи да се извършват изследвания за инфекция от *M. tuberculosis* на всеки 8–10 седмици, докато бъдат открити и коригирани пропуските при контрола на инфекцията и няма повече сведения за текуща зараза.

5.1.4.2. Категорията “потенциална текуща зараза” се използва само като временна категория. Тя изисква незабавни изследвания и мерки. След като случаят на потенциална текуща зараза приключи, лечебното заведение преминава в категорията на средно високия риск. Препоръчва се категорията на средно висок риск да се поддържа в продължение на една година.

5.2. Мероприятия, свързани с личната защита на персонала съобразно оценката на риска:

5.2.1. Мероприятия за лична защита на персонала в лечебни заведения в категория “Нисък риск”:

Спазват се стандартни правила, съобразни с мерките за превенция и контрол на Нозокомиалните инфекции. При наличие на пациент, съмнителен за туберкулоза, се осигуряват стандартни хирургични маски.

5.2.2. Мероприятия за лична защита на персонала в лечебни заведения в категория “Средно висок риск”:

При прегледи и манипулации или при посещаване на стаята на пациентите с доказана туберкулоза с бацилоотделяне задължително се използва респираторна протекция, респиратори за еднократна употреба (FFP2 или FFP3).

5.2.3. Мероприятия за лична защита на персонала при лечебни заведения в категория “Висок риск”:

Персоналът, присъстващ на мястото, където се извършват диагностични манипулации на пациенти с доказана мултирезистентна/свръхрезистентна туберкулоза задължително трябва да носи респиратори клас FFP2 или FFP3.

5.2.4. Мероприятия за лична защита на персонала при лечебни заведения в категория “Потенциална текуща зараза (нозокомиална инфекция)”:

Спазват се стандартни правила, съобразни с мерките за превенция и контрол на нозокомиалните инфекции. При наличие на пациент, съмнителен за туберкулоза, се осигуряват мерки, както при категория “Средно висок риск”, до откриване и коригиране пропуските при контрола на инфекцията и ликвидиране на огнището на текуща зараза.

6. ОБЩИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ КОНТРОЛА НА ТУБЕРКУЛОЗАТА В РИСКОВИ СТРУКТУРИ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ЛЕЧЕНИЕ НА БОЛНИ С ТУБЕРКУЛОЗА

6.1. В отделения за интензивни грижи:

6.1.1. Избягва се интубирането на съмнителни или с доказана туберкулоза пациенти, освен ако не е належащо;

6.1.2. Пациентите със съмнение за или с доказана туберкулоза да са в отделна стая за интензивни грижи;

6.1.3. Използва се респираторна протекция за еднократна употреба (респиратори) за персонала (FFP2 или FFP3), когато посещават стаята;

6.1.4. При пациентите на интензивни грижи с фебрилитет и кашлица или респираторни симптоми, туберкулозата да се включи в диференциално-диагностичния план. Да се извърши своевременно преглед, диагностициране и лечение;

6.1.5. Да се осигури вентилация в стаите за интензивни грижи.

6.2. В хирургични отделения и операционни блокове:

6.2.1. Посоката на въздуха трябва да бъде от операционната зала към коридора (положително налягане), за да се намали до минимум замърсяването на хирургичното поле;

6.2.2. Оперативни интервенции на съмнителни или с доказана туберкулоза пациенти да се извършват единствено при наличие на животозастрашаваща ситуация.

6.2.3. Операциите на пациенти с туберкулоза, включително пациенти с мултирезистентна и свръхрезистентна туберкулоза да се извършват при стриктно спазване на противоепидемичния режим;

6.2.3.1. Персоналът в операционната зала трябва да използва лична респираторна защита (респиратори). Хирургическият персонал не трябва да носи респиратори с вентил за издишване, тъй като това ще доведе до замърсяване на хирургичното поле.

6.2.4. Респиратор FFP3 за еднократна употреба без вентил за издишване е достатъчен както за хирургическа защита, така и за респираторна защита от туберкулоза.

6.2.5. Вентилацията в операционната зала трябва да бъде проектирана така, че да осигурява стерилна среда на хирургичното поле, като едновременно с това не позволява на замърсения въздушен поток да достигне до други места в лечебното заведение. Когато се избира бактериален филтър, да се предпочитат моделите, за които е уточнено от производителя, че филтрират частици с размери 0.3 μm ., както в ненатоварено, така и в натоварено състояние с ефикасност на филтъра над 95% при максималните нива на потока на вентилатора за времето на функциониране на филтъра.

6.2.6. Необходимо е да се осигурят екранирани UV лампи. Те могат да се поставят в болничните стаи, операционни зали и прилежащи помещения с цел свеждане до минимум замърсяването на въздуха.

6.2.7. Следоперативното възстановяване на пациент съмнителен или с доказана туберкулозна инфекция трябва да протече в изолационна стая. Ако няма възможност за изолация могат да се използват механизми за обеззаразяване на въздуха (HEPA филтриране и UV лампи).

6.3. В отделения за бронхоскопии:

Бронхоскопията е рискова процедура, която предизвиква кашлица може да доведе до разпространение на туберкулозата по въздушен път, или чрез замърсяване на бронхоскопа.

6.3.1. Бронхоскопия при пациенти с туберкулоза:

6.3.1.1. Бронхоскопия на пациенти с туберкулоза с бацилоотделяне се извършва по изключение (неоплазми, чуждо тяло и др.).

6.3.1.2. Ако клиничното състояние на пациента позволява, бронхоскопията се провежда след получаване на отрицателен резултат от микробиологично изследване на храчка / микроскопско и културелно/;

6.3.1.3. Ако на пациент със съмнителна или с доказана туберкулоза трябва да бъде направена бронхоскопия, манипулацията се извършва в края на деня, когато присъства минимален брой персонал и други пациенти;

6.3.1.4. Пациентите, съмнителни или с доказана туберкулоза, след провеждането на манипулацията се задържат в стаята за бронхоскопия, докато кашлицата утихне;

6.3.1.5. Медицинският персонал, който присъства по време на бронхоскопията на пациент, съмнителен или с доказана туберкулоза, трябва да използват респиратор за еднократна употреба с ниво на защита най-малко клас FFP2;

6.3.1.6. Преди и след бронхоскопия пациентите трябва да носят хирургическа маска при транспортирането, на местата за изчакване или в присъствието на други пациенти и персонал.

6.4. В помещенията за индуциране на бронхиален секрет /храчка/ и инхалационна терапия:

6.4.1. Индуцирането на бронхиален секрет да се извършва в условия където има смукателна вентилация (например, малки стаи със специална вентилация) или като алтернатива в стая, която отговаря на изискванията за изолационна стая.

6.4.2. Персоналът трябва да влиза в стаята за индукция на бронхиален секрет с респиратор за еднократна употреба клас FFP2 или FFP3 когато:

6.4.2.1. Няма осигурена специално предназначена стая,

6.4.3. Пациентите, които подлежат за индукцията на бронхиален секрет или инхалационната терапия се планират, когато няма други пациенти.

6.4.4. Преди и след процедурата трябва да се постави хирургическа маска на пациентите, съмнителни или с доказано туберкулозно заболяване, по време на транспортирането до стаята за индукция и на местата за изчакване или в присъствието на други хора;

6.5. В патологоанатомични отделения и аутопсионни зали:

6.5.1. Стаите за аутопсия трябва да бъдат снабдени с подходяща вентилация с HEPA филтри. Препоръчително е да се осигурят и УВ лампи;

6.5.2. Персоналът, присъстващ на мястото, където се извършва аутопсия на пациенти със съмнително или с доказано туберкулозно заболяване трябва да носи респиратори клас FFP2 или FFP3.

6.5.3. След извършването на аутопсия на тяло на пациент със съмнение или с доказано туберкулозно заболяване е необходимо да се спазва времето на експозицията с дезинфектантите, преди да се пристъпи към извършването на друга процедура в същото помещение.

6.5.4. При необходимост от провеждане на следваща процедура, без да се изчака необходимото време на експозиция, персоналът, извършващ аутопсията трябва да продължи да носи респиратори докато се намира в стаята.

6.5.5. Извършва се регулярен контрол на инфекциите и събирането на материалите от аутопсиите на пациенти със съмнително или с доказано туберкулозно заболяване

6.6. В местата за първична медицинска помощ:

Поради възможността от предаване на *туберкулозната инфекция* в лечебните заведения за първична медицинска помощ, трябва да се спазват общите изисквания:

6.6.1. Да се въведе система за регулиране на потока от пациенти с номера.

6.6.2. Патронажната сестра да провежда епидемиологична анкета за скрининг на пациенти, съмнителни за туберкулоза.

6.6.3. Пациентите с по-висок риск от предаване на инфекцията да чакат в помещение с по-добра вентилация, отделно от другите пациенти.

6.6.4. Лицата с предполагаемо или потвърдено туберкулозно заболяване трябва своевременно да бъдат настанени в стаята за изолиране, за да се сведе до минимум риска в чакалнята и другите части на лечебното заведение..

6.6.5. Да се осигурят на пациентите хирургически маски или кърпички, за еднократна употреба и да се инструктират за начина на ползването им.

6.6.6. Пациентите трябва да бъдат инструктирани да съблюдават строго респираторната хигиена.

6.6.7. Когато пациенти с предполагаемо или потвърдено туберкулозно заболяване са в общи помещения и не са изолирани трябва да носят хирургическа маска.

6.6.8. Да се изготви график на посещенията при лекаря, за да се избегне смесването на потоците с пациенти с други заболявания.

6.6.9. Да се осигурят достатъчно изолационни стаи за пациенти с предполагаемо туберкулозно заболяване.

6.6.10. Пациенти с предполагаемо или потвърдено туберкулозно заболяване трябва да бъдат отделени от другите пациенти, особено от тези с ХИВ инфекция или други засягащи имунната система заболявания, които увеличават вероятността от развитие на туберкулозно заболяване в случай на контакт.

6.6.11. Имуносупресирани пациенти с предполагаемо или потвърдено заразно туберкулозно заболяване трябва да бъдат отделени от другите, за да се предпазят от допълнителна инфекция.

6.7. В рентгенологични отделения:

6.7.1. Да се изработи график за рентгенови снимки на хоспитализирани пациенти, съмнителни или с доказана туберкулоза, в ненатоварено време, напр. късно следобед;

6.7.2. Да се осигурят хирургически маски на пациенти, съмнителни или с доказано туберкулозно заболяване.

6.7.3. Да се осигури бързо приоритетно обслужване на съмнителни или с доказана туберкулоза пациенти, за да се намали продължителността на времето, прекарано в отделението;

6.7.4. Да се отдели кабина с най-добрата вентилация за правене на снимки на обслужване на съмнителни или с доказана туберкулоза пациенти.

6.8. В Лечебни заведения по дентална медицина:

6.8.1. Ако е необходимо да се осигури спешен дентален преглед на пациент със съмнително или с доказано туберкулозно заболяване, той трябва да се извърши на място в изолационна стая. По време на прегледа на такива пациенти, персоналът трябва да носи респиратор.

6.8.2. По време на лечение на пациент със съмнително или с доказано туберкулозно заболяване денталният лекар трябва да спазва стриктна респираторна хигиена / работа с респиратор FFP2 /, а пациентът спазва хигиенни норми при кашляне (поставяне на ръка или салфетка за еднократна употреба пред устата).

6.8.3. Дентално лечение, което не е поради спешни индикации, трябва да бъде отложено.

6.9. В микробиологични лаборатории за диагностика на туберкулозата:

6.9.1. При съмнение, че вентилационната система не работи ефективно, всеки работещ в лабораторията трябва да носи персонален респиратор от клас FFP2 (или FFP3, ако съществува вероятност за работа с резистентни туберкулозни щамове).

6.9.2. Във всяка лаборатория трябва да се записват рисковите ситуации и потенциално свързаните с работата инциденти и заразяване.

6.9.3. Отговорникът за техниката на безопасност непрекъснато оценява поддържането на безопасността на работното място и проследява документираните рискови ситуации.

6.9.4. При случай на туберкулоза сред персонала трябва да се започне пълно проучване на възможните грешки в лабораторните практики и оценяване на възможните причини за заразяване.

6.9.5. При инцидент и съмнение за увеличена опасност от разпространяване на инфекцията, всички служители трябва да използват респираторна защита до отстраняване на опасността.

7. МЕРОПРИЯТИЯ ЗА КОНТРОЛ НА ТУБЕРКУЛОЗАТА СПРЯМО КОНТАКТНИТЕ

При всеки болен от туберкулоза задължително и активно се издирват контактните. Всички лица, които са били в контакт с болен, при когото е диагностицирана туберкулоза и се провежда терапия (без значение дали е белодробна или извънбелодробна форма на заболяване), е необходимо да се информират за болестта и да се проведат необходимите изследвания и профилактични мероприятия.

Според риска от инфекциране и заболяване от туберкулоза при контактните, се очертават следните кръгове:

7.1. Първи кръг - това са лица, които живеят в близък контакт с болния от туберкулоза и са повече от 8 часа дневно заедно: лица от семейството, с които болният живее съвместно, лица от обкръжението в затворите, лица от психиатрични заведения, социални заведения, места за бежанци, бездомници и др.

7.2. Втори кръг – това са лица, с които болният е във временен, но ежедневен контакт, в затворени помещения: на работното място, детски заведения, училища, университети, колежи и други колективи..

7.3. Трети кръг – случайни контакти, краткотрайни през годината: редки срещи с членове от семейството, или други срещи.

7.4. Четвърти кръг – останалите контактни, които не принадлежат към предходните три кръга, но дават информация за случаен контакт с болен от туберкулоза: в заведения за обществено хранене, в обществения транспорт и т.н.

8. ОЦЕНКА НА РИСКА ОТ ИНФЕКЦИЯ ПРИ КОНТАКТНИТЕ

Оценката на риска от инфекция при контактните се извършва от лекар от лечебното заведение за диагностика и лечение на туберкулозата по следните критерии:

8.1. Времетраене на контакта;

8.2. Степен на активност на източника на инфекция – позитивен или негативен резултат от изследване на храчка;

8.3. Близост на контакта;

8.4. Рискови фактори – деца, диабетици, имунокомпроментирани лица, ХИВ позитивни, лица, които дълго време приемат имуносупресивна терапия и т.н.

9. ОТГОВОРНОСТИ ПРИ ИЗДИРВАНЕ НА КОНТАКТНИТЕ

За активното издирване на контактните са отговорни:

9.1. Лечебните заведения за диагностика и лечение на туберкулозата - оценката на риска и определяне в коя зона се намират контактните, консултация, диагностика и профилактика;

9.2. ОПЛ – насочва контактните към лечебното заведение за диагностика и лечение на туберкулозата и съдейства при издирването и провеждането на химиопрофилактиката;

9.3. РИОКОЗ – попълва формуляр за епидемиологично проучване за всеки болен с туберкулоза (*Приложение 1*), в който се отразват данни и за контактните; контролира и при необходимост съдейства за издирването и обхващането им с химиопрофилактика.

9.4. НПО – издирват, мотивират и съдействат за провеждане на консултации, изследвания и химиопрофилактика.

10. ДОКУМЕНТИРАНЕ НА ДАННИ ОТ АНАМНЕЗА ЗА ПРЕДШЕСТВАЩО ТУБЕРКУЛОЗНО ЗАБОЛЯВАНЕ, ПРЕДИШЕН ПОЛОЖИТЕЛЕН РЕЗУЛТАТ ОТ ИМУНОЛОГИЧЕН ТЕСТ ЗА *M. tuberculosis* ИЛИ ЗАВЪРШВАНЕ НА ЛЕЧЕНИЕ ЗА ТУБЕРКУЛОЗА ИЛИ ЛАТЕНТНА ТУБЕРКУЛОЗНА ИНФЕКЦИЯ.

Не е необходимо да се извършва кожен туберкулозов тест на Манту /КТТ/ на медицинския персонал с документирана анамнеза за предшестващо туберкулозно заболяване, документиран предишен положителен резултат от имунологичен тест за *M. tuberculosis*, или документирано завършване на лечение за латентна туберкулозна инфекция или туберкулозно заболяване. На останалия медицински персонал трябва да се направи кожен туберкулинов тест на Манту.

Скоросен кожен туберкулинов тест на Манту (< 1 година) не е противопоказание за извършването на допълнителен тест, освен ако КТТ не е бил

съпроводен от остра възпалителна реакция или анафилактичен шок, които са рядко срещани нежелани реакции. Въпреки това, скорошният КТТ може да усложни тълкуването на следващите резултати от тестването, поради възможността от усилване (booster феномен).

10.1. Системен скрининг за туберкулоза и изследване за наличие на инфекция с *M. Tuberculosis*.

Необходимостта от системен скрининг за групи от медицински персонал с отрицателни резултати от изследването за инфекция с *M. tuberculosis* зависи от нормативната уредба, като се основава на класификацията на риска в лечебното заведение. Тази необходимост и промените в нормативната уредба, основани на актуализираните оценки на риска, трябва да бъдат официално документирани.

При медицинския персонал с документиран предишен положителен резултат от КТТ трябва да бъде извършван скрининг на симптомите ежегодно. На медицинския персонал с нов положителен резултат от КТТ трябва да бъде направена рентгенография на гръден кош, за да се прецени наличие на туберкулозно заболяване на дихателната система. На медицинския персонал с положителен КТТ или с признаци и симптоми на туберкулозно заболяване се прави съвременна клинична оценка:

10.1.1. Клинична оценка – трябва да отговори на следните въпроси:

Има ли наличие на активно туберкулозно заболяване при всеки медицински специалист с новополучен положителен имунологичен тест за инфекция с *M. tuberculosis* или промяна в теста, а също и при всеки медицински специалист с признаци или симптоми на туберкулозно заболяване. Симптомите за заболяване на белите дробове, плеврата или дихателните пътища, включват: кашлица над 3 седмици, безапетитие, необяснима загуба на тегло, нощно изпотяване, отделяне на храчки с примеси на кръв или кръвохрачене, афония, фебрилитет, умора или болка в гръдния кош. Оценката трябва да включва клиничен преглед и скрининг на симптомите, рентгенография на гръден кош и микробиологично изследване на храчки. Лекарят, който поставя диагнозата, при наличие на туберкулозна инфекция в срок от 24 часа трябва да уведоми РИОКОЗ, в съответствие с действащите нормативни актове.

Всеки лекар, който поставя диагноза на медицински персонал с предполагаема туберкулозна инфекция, трябва да бъде запознат със съществуващите методични указания за диагностика и лечение на латентна туберкулозна инфекция или на туберкулозно заболяване.

10.1.2. Рентгенография на гръден кош

За новоназначен медицински персонал с анамнеза за предшестващо туберкулозно заболяване, предишен положителен КТТ или завършено лечение за латентна туберкулозна инфекция или туберкулозно заболяване, се препоръчва извършване на рентгенография на гръден кош за документиране на настоящия статус и за съпоставяне с последващи рентгенографии при необходимост.

10.2. Ограничаване на достъпа до работното място

На медицински специалисти с положителен положителен резултат от КТТ се извършва рентгенография на гръден кош, за да се изключи или потвърди туберкулозно заболяване. Не е необходимо да се правят повторни рентгенографии освен при наличие на признаци или симптоми на туберкулозно заболяване, по препоръка на специалист за повторна рентгенография или като част от диагностичен алгоритъм при изследване на контакти. Медицинският персонал със симптоми за туберкулоза и/или положителни резултати от извършен имунологичен тест за инфекция с *M. tuberculosis* трябва да бъде изведен от работното място до изключване на активна туберкулоза.

10.2.1. Медицинският персонал с белодробна туберкулоза или секретиреща туберкулозна лезия на кожата представлява епидемиологична опасност за пациентите, останалите медицински специалисти и други лица и трябва да бъдат изведени от работното място до поява на документирани резултати, че са незаразни.

При диагностирано туберкулозно заболяване на медицински персонал се разрешава завръщането му на работното място, при наличие на:

10.2.1.1. Три отрицателни резултати от микроскопско изследване за киселиноустойчиви бактерии (КУБ), взети в интервал от 8 до 24 часа, като поне единият материал е взет рано сутринта (тъй като отхрачването през нощта е по-слабо);

10.2.1.2. Излекуване или завършване на лечението за туберкулоза; и заключение от специалист, че не представлява епидемиологична опасност.

10.2.2. Медицинският персонал с ИБТ не следва да се отстранява от работното място. Необходимо е изключване на едновременно протичаща белодробна туберкулоза.

10.2.3. Медицинският персонал, който провежда лечение за латентна туберкулозна инфекция, може незабавно да се върне на работа.

10.2.4. Медицинският персонал с латентна туберкулозна инфекция, който не може да завърши пълен курс на лечение за латентна туберкулозна инфекция, не трябва да се отстранява от работното място. Необходима е повторна консултация относно риска от развиване на активна туберкулоза и да инструктиране за незабавно обръщане към специалист при развитие на признаци или симптоми за туберкулозно заболяване. При необходимост от системен проследяващ скрининг (ако лечебното заведение е класифицирано като такова със средно ниво на риск), на тези медицински специалисти е необходимо провеждане на ежегоден скрининг за наличие на симптоми и отново да се предложи лечение за латентна туберкулозна инфекция. Медицинският персонал с признаци или симптоми на туберкулозно заболяване трябва да бъдат пренасочени за по-нататъшна медицинска оценка.

10.2.5. Медицински персонал с увеличен риск от прогресиране до туберкулозно заболяване

ХИВ инфекцията представлява най-висок риск за прогресиране от латентна туберкулозна инфекция до туберкулозно заболяване. Други състояния, подтискащи имунната система, са захарният диабет, някои неопластични заболявания и заболявания, изискващи продължително кортикостероидно или имunosупресивно лечение. Те също повишават риска от бързо прогресиране на латентната туберкулозна инфекция. Туберкулозното заболяване може също да повлияе отрицателно клиничния ход на ХИВ инфекцията и да усложни лечението.

За медицинския персонал с отслабен имунитет са необходими специални предпазни мерки. Системен скрининг за туберкулоза извън необходимия, съобразно класификацията на риска за лечебното заведение не е необходим за лица с медицински заболявания, които подтискат имунната система или по друг начин увеличават риска от заразяване с туберкулоза.

Медицинският персонал трябва да бъде информиран за възможността за консултиране, изследване и уточняване на състояния, подтискащи имунната система. От медицинска гледна точка се препоръчва назначаване на работа в лечебни заведения със сведен до минимум. Лечебните заведения трябва да осигурят обучение и да следват препоръките за контрол на инфекциите.

11. ОБУЧЕНИЕ НА МЕДИЦИНСКИЯ ПЕРСОНАЛ ПО КОНТРОЛА НА ТУБЕРКУЛОЗАТА

11.1. За работещите в специализираните пневмо-фтизиатрични лечебни заведения се провежда обучение на всички служители при назначаване на работа и периодично – на 6 месеца.

11.1.1. Лечебните заведения документират, че всички работници и служители, включително и лекарите, са преминали първоначално обучение, съответстващо на мястото, на което работят, и на специфичните им задължения.

11.1.2. Лечебните заведения правят ежегодна оценка на нуждата от последващо обучение на персонала въз основа на броя на необучените и новоназначените лица, промените в организацията и услугите в лечебното заведение, а също така и наличието на нова информация относно контрола на туберкулозата.

11.2. Обучението се осъществява от ръководителите на съответните медицински структури към специализираните пневмо-фтизиатрични лечебни заведения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1: АНКЕТНА КАРТА ЗА ЕПИДЕМИОЛОГИЧНО ПРОУЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ С ТУБЕРКУЛОЗА

Пореден № _____ Дата / /
(дд/мм/гггг)

ДАННИ ЗА БОЛНИЯ:

I. Име, пол и възраст на болния: Г.

Имена

Пол

Възраст

II. Адрес: ул/бул/жк. /местоживеене/

III. Месторабота:

IV. Условия на живот: (моля, отбележете вярното с кръгче)

1. Живее сам
2. Със семейство - брой на членовете
3. Бездомник
4. Бежанец
5. Дете на улицата
- 6.

V. Дата и място на първи преглед:.....

VI. Дата и място на поставяне на диагнозата:.....

VII. Дата и място на започване на лечението:.....

Диагноза: (моля, отбележете вярното с кръгче)

1. Белодробна туберкулоза с бацилоотделяне (БК+) –
лаб №/дата/ микроскопско изследване/ културелно изследване

2. Белодробна туберкулоза без бацилоотделяне (БК-) - лаб №/дата

3. Извънбелодробна туберкулоза - място на заболяването

ДАННИ ЗА КОНТАКТНИТЕ:

VIII. Първи кръг контактни (лица, които съжителстват с болния; Име, тип връзка, дата и продължителност на контакта):

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

IX. Втори кръг контактни (лица, с които болният е бил в близък и продължителен контакт на работното място; Име, дата и продължителност на контакта, име на институцията, в която работят)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

X. Трети кръг контактни (лица, с които болният е бил във временен и случаен контакт, спортни клубове, обществени заведения, пътувания, предходни хоспитализации в лечебни заведения, посещения в други градове и др.)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Име и подпис на провеляя анкетата:

ПРИЛОЖЕНИЕ 2: МЕРКИ ЗА ПРЕДПАЗВАНЕ НА ПЕРСОНАЛА



**ПОСТАВЯНЕ НА
РЕСПИРАТОРНА
МАСКА**



**СВАЛЯНЕ НА
РЕСПИРАТОРНА
МАСКА**



