



Co-funded by  
the Health Programme  
of the European Union

tubidu

# Ghid

pentru organizațiile comunitare  
privind serviciile de combatere

a **tuberculozei**

în rândul consumatorilor  
de droguri injectabile



# **Ghid**

**pentru organizațiile comunitare  
privind serviciile de combatere  
a tuberculozei**

**în rândul consumatorilor  
de droguri injectabile**

**Drepturi de autor 2014**

Drepturile de autor rămân în posesia autorilor.

TUBIDU 2011–2014

***Creșterea capacității sistemului public de sănătate și a societății civile de a lupta împotriva epidemiei de tuberculoză în rândul grupurilor vulnerabile***

Autori (în ordine alfabetică): Nela Ivanova (Dose of Love Association, Bulgaria), Fidelie Kalambayi (Romanian Angel Appeal, România), Kai Kliiman (Institutul național pentru dezvoltarea sănătății, Estonia), Plamen Mamihin (Dose of Love Association, Bulgaria), Vaira Leimane (Fundația de luptă împotriva tuberculozei din Letonia), Laura Narkauskaite (Institutul de igienă din Lituania), Rauni Ruohonen (Asociația finlandeză pentru sănătate pulmonară, Finlanda), Mihaela Ștefan (Romanian Angel Appeal, Romania), Maarja Sukles (Institutul național pentru dezvoltarea sănătății, Estonia).

Publicat de: Institutul național pentru dezvoltarea sănătății, Estonia.

Acest ghid a fost realizat ca parte a proiectului TUBIDU, cu finanțare din partea Uniunii Europene în cadrul Programului pentru Sănătate.

## Cuprins

---

Mulțumiri .....	4
Abrevieri și acronime .....	5
Introducere .....	6
Procesul dezvoltării acestui ghid .....	7
Expunere de motive .....	7
<b>1. Informații esențiale privind TBC .....</b>	<b>8</b>
1.1 Tuberculoza .....	8
1.2 Transmiterea TBC .....	8
1.3 Infecția latentă cu TBC și dezvoltarea bolii .....	8
1.4 Grupurile de risc și factorii de risc pentru dezvoltarea tuberculozei .....	8
1.5 Simptomele tuberculozei .....	9
1.6 Diagnosticarea tuberculozei .....	9
1.7 Tratamentul împotriva tuberculozei .....	10
1.8 TBC rezistent la medicamente, TB-MDR și TB-XDR .....	10
1.9 Managementul cazurilor în timpul tratamentului anti-TBC .....	11
1.10 Prevenirea TBC .....	11
Prevenirea TBC la nivel individual .....	12
Recomandări generale pentru controlul infecției cu TBC .....	12
Prevenirea TBC în OC .....	12
1.11 TBC în rândul anumitor populații .....	13
Consumatorii de droguri injectabile .....	13
Persoanele care trăiesc cu HIV .....	13
Medii corecționale .....	14
Migranți și călători internaționali .....	14
<b>2. Activitățile de prevenire și control al TBC recomandate în organizațiile comunitare .....</b>	<b>15</b>
2.1 Identificarea intensificată a cazurilor .....	15
Identificarea activă a cazurilor .....	15
Urmărirea contactilor .....	16
Referirea activă către unitățile sanitare .....	16
2.2 Controlul infecției .....	16
2.3 Terapia preventivă cu isoniazidă .....	17
2.4 Suportul oferit clienților în timpul tratamentului anti-TBC .....	18
Managementul cazurilor și terapia direct observată .....	18
Efectele adverse ale medicamentelor anti-TBC .....	18
Interacțiuni între medicamente .....	19
Riscuri .....	19
Găsirea clienților pierduți din evidență .....	19
2.5 Promovarea aderenței .....	20
2.6 Confidențialitatea relației cu clientul .....	22
2.7 Informarea, educarea și consilierea (IEC) clienților, apropiaților acestora și comunității ..	22
2.8 Exemple de activități TBC bazate pe comunitate: .....	23
<b>3. Exemplu de listă pentru autoevaluare cu activitățile care țin de TBC .....</b>	<b>24</b>
Indicatori .....	25
Bibliografie .....	26

## Mulțumiri

Acest ghid a fost finanțat de Uniunea Europeană prin „Programul pentru acțiune comunitară în domeniul sănătății 2008-2013” (nr. de contact 20101104).

Am primit feedback și comentarii utile de la Grupul de evaluare externă (în ordine alfabetică):

Ali Arsaló (Parteneriatul în domeniul sănătății publice și al bunăstării sociale din dimensiunea septentrională), Sergii Filippovych (Alianța Internațională anti-HIV/SIDA din Ucraina), Nadia Gasbarrini (Fondazione Villa Maraini, Italia), Medea Gegia (Centrul național pentru tuberculoză și boli pulmonare, Georgia), Dagmar Hedrich (Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanie), Iagor Kalandadze (Centrul național pentru tuberculoză și boli pulmonare, Georgia), Pauli Leinikki (Institutul național de sănătate publică, Finlanda), Smiljka de Lussigny (Organizația Mondială a Sănătății), Anastasia Pharris și Andreas Sandgren (Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor), Marija Subataite (Eurasian Harm Reduction Network), Maria Tvaradze (Eurasian Harm Reduction Network) și Zinaida Zagdyn (Centrul SIDA din Regiunea Leningrad, Federația Rusă).

Autorii doresc să le mulțumească lui Kristi Rütel, Aljona Kurbatova și Piret Viiklepp de la Institutul național pentru dezvoltarea sănătății, Estonia; Valerija Edita Davidaviciene de la Spitalul Universitar Vilnius și Loreta Stoniene de la Institutul de igienă din Lituania pentru contribuția adusă în cadrul procesului de scriere a acestui ghid. Dorim, de asemenea, să le mulțumim tuturor organizațiilor de reducere a riscurilor din țările partenere pentru aportul valoros.

## Abrevieri și acronime

SIDA	Sindromul imunodeficienței dobândite
TAR	Terapie antiretrovirală
OC	Organizație comunitară <i>(definită ca organizații neguvernamentale și alt tip de organizații ale societății civile care sunt de obicei autoorganizate în zone locale specifice pentru a crește solidaritatea și susținerea reciprocă pentru abordarea unor probleme specifice)</i>
TDO	Tratament direct observat <i>(O componentă a managementului cazurilor de TBC care ajută la asigurarea aderenței pacienților la tratament. Sensul mai restrâns: un cadru medical calificat sau altă persoană desemnată supraveghează pacientul atunci când acesta înghite fiecare doză din medicamentele prescrise împotriva TBC)</i>
UE	Uniunea Europeană
HIV	Virusul Imunodeficienței Umane
IEC	Informare, educație și consiliere
INH	Izoniazidă
LTBI	Infecție TBC latentă
TB-MDR	Tuberculoză multidrog-rezistentă <i>(definită ca tuberculoză cauzată de tulpini de M. tuberculosis rezistente cel puțin la izoniazidă și rifampicină)</i>
PNT	Programul Național de luptă împotriva TBC
TSO	Tratament de substituție pentru opioide
PTHIV	Persoane care trăiesc cu HIV
CDI	Consumatori de droguri injectabile <i>(Numiți uneori și utilizatori de droguri injectabile - UDI)</i>
RIF	Rifampicină
TBC	Tuberculoză
OMS	Organizația Mondială a Sănătății

## Introducere

Consumatorii de droguri injectabile (CDI) sunt adesea printre oamenii cei mai vulnerabili și mai excluși din societate și, astfel, sunt mai expuși multor factori de risc care îi pun în pericol de a contracta tuberculoză (TBC).<sup>1,2</sup> În comparație cu populația generală, consumatorii de droguri ilegale se confruntă cu un risc mai mare de a dezvolta tuberculoză activă, odată infectați.<sup>3,4</sup> Deși riscul cel mai ridicat de TBC constatat în CDI este, de obicei, rezultatul unei infecții cu HIV asociate, CDI sunt predispuși mai des la detenție, trai în spații aglomerate sau în locuințe cu ventilație slabă, lipsa unei locuințe, alimentație inadecvată și sunt asociați cu dependența de alcool.<sup>3</sup> Toți acești factori complică diagnosticarea și tratamentul TBC în rândul CDI, deoarece aceștia au de obicei nevoi complexe și acces mai scăzut la intervenții salvatoare de viață. Astfel, este nevoie de un răspuns mai bine coordonat la nevoile consumatorilor de droguri, pentru a furniza acces universal la servicii de prevenire, tratament și îngrijire în toate punctele de intrare.

Organizațiile comunitare (OC) care lucrează cu CDI au multe puncte forte care pot fi folosite ca bază pentru lupta împotriva TBC, cum ar fi înțelegerea contextului local și a nevoilor membrilor săi. Literatura oferă numeroase dovezi privind avantajele implicării crescute a comunităților și organizațiilor comunitare în diverse activități derulate în mod tradițional de sistemul de sănătate.<sup>5</sup> Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă, de asemenea, o promovare mai activă a participării persoanelor cu TBC și a comunității în controlul TBC. Participarea activă a comunităților și societății civile în răspunsul la TBC permite ca persoanele cu TBC să fie identificate și diagnosticate mai repede și să primească îngrijiri mai bune în cadrul comunităților lor; acest lucru se aplică cu atât mai mult persoanelor sărace sau din alte grupuri vulnerabile care nu ar avea acces în mod normal la servicii anti-TBC și care sunt greu de atins.<sup>6</sup> Rezultatele tratamentelor s-au îmbunătățit, de asemenea, iar persoanele cu TBC au ocazia să ia decizii privind tipul de îngrijire care se potrivește cel mai bine lor și comunităților lor. Datele existente arată că îngrijirile acordate persoanelor cu TB în comunitate sunt mai eficiente în ceea ce privește costurile, comparativ cu îngrijirea din spital și cu alte modele de îngrijire ambulatorie convenționale.<sup>5</sup>

Ghidul se adresează organizațiilor comunitare care lucrează cu CDI, iar intervențiile-cheie în controlul TBC trebuie să fie următoarele:

1. Identificarea intensivă a cazurilor, inclusiv identificarea activă a acestora, urmărirea contactilor și referirea activă către servicii sanitare.
2. Controlul infecției.
3. Terapie preventivă cu izoniazidă (INH).
4. Sprijinirea clienților care urmează tratamentul împotriva TBC și găsirea persoanelor pierdute din evidență.
5. Furnizarea de tratament împotriva TBC (de ex., implementarea TDO).
6. Informarea, educarea și consilierea consumatorilor de droguri, apropiaților acestora și comunității în general.

## Procesul dezvoltării acestui ghid

Ghidul de față a fost dezvoltat în cadrul proiectului TUBIDU: **Creșterea capacității sistemului public de sănătate și a societății civile de a lupta împotriva epidemiei de tuberculoză în rândul grupurilor vulnerabile.** Acest proiect al Uniunii Europene (UE) este finanțat prin „Programul de acțiune comunitară în domeniul sănătății 2008-2013” și include șapte organizații participante, din șase țări membre UE (Asociația Dose of Love din Bulgaria, Rețeaua estonă a persoanelor care trăiesc cu HIV și Institutul național pentru dezvoltarea sănătății în Estonia, Asociația finlandeză pentru sănătate pulmonară din Finlanda, Fundația de luptă împotriva tuberculozei din Letonia, Institutul pentru igienă din Lituania și Romanian Angel Appeal în România). În acest proiect sunt incluși, de asemenea, cinci parteneri colaboratori, toți din țări care nu sunt membre UE (Centrul pentru SIDA din Regiunea Leningrad în Federația Rusă, Alianța Internațională pentru HIV/SIDA din Ucraina, Centrul Național pentru Tuberculoză și Boli Pulmonare din Georgia, World Vision Albania și World Vision Bosnia-Herzegovina). Obiectivul general al proiectului TUBIDU este să contribuie la prevenirea, în zonele de proiect, a epidemiei de TBC corelate cu HIV și a utilizării de droguri injectabile. Obiectivele strategice includ întărirea sistemului de sănătate publică și a societății civile și îmbunătățirea colaborării între diversele părți interesate din domeniu pentru a lupta împotriva TBC.

În redactarea acestui ghid, s-a ținut cont de situația din toate țările partenere în cadrul TUBIDU, inclusiv aspectele legislative și organizarea sistemelor de sănătate și protecție socială. Au fost organizate, de asemenea, focus-grupuri cu utilizatori de droguri și personal al OC și a fost efectuat un studiu transversal în rândul consumatorilor activi de droguri injectabile. În plus, au fost analizate recomandările și literatura științifică internațională.<sup>a</sup>

Ghidul se bazează pe recomandările Centrului European de Prevenire și Control al Bolilor din cadrul OMS<sup>1</sup> și ale Observatorului European pentru Droguri și Toxicomanie<sup>7</sup> cu privire la prevenirea, îngrijirea și tratamentul TBC și HIV. Recomandările care fac referire la modurile bazate pe dovezi și recunoscute la nivel internațional de abordare a diagnosticului, tratamentului și prevenirii TBC au fost puse în contextul consumatorilor de droguri, ținând cont de specificul și condițiile din toate țările partenere.

## Expunere de motive

Scopul acestui manual este acela de a oferi informații și recomandări privind modul în care organizațiile comunitare se pot implica mai mult în serviciile de prevenire, control și tratament pentru TBC. Recomandările din ghid trebuie implementate și adaptate în funcție de legislația și condițiile locale.

În acest ghid, organizațiile comunitare țintă sunt definite ca organizații neguvernamentale sau alt tip de organizații ale societății civile care lucrează pentru prevenirea HIV și a altor boli transmisibile și care oferă servicii de reducere a riscurilor, servicii de sănătate sau sociale pentru CDI și apropiații acestora. Ghidul nu se adresează organizațiilor care oferă servicii de asistență medicală primară sau specializată, dat fiind că profilul acestor organizații impune de obicei măsuri mai stricte și specifice pentru prevenirea și controlul TBC. Totuși, acest material poate fi de folos acestor organizații atunci când colaborează cu OC.

<sup>a</sup> Toate documentele sunt disponibile la adresa: <http://www.tai.ee/en/tubidu/publications>



# 1. Informații esențiale privind TBC

## 1.1 Tuberculoza

TBC este o **boală infecțioasă transmisibilă pe calea aerului**, cauzată de o bacterie numită *Mycobacterium tuberculosis*.

O treime din populația lumii este infectată cu TBC. Se estimează că în 2012 tuberculoza a afectat 8,6 milioane de persoane, inclusiv 1,1 milioane de cazuri noi de TBC în rândurile persoanelor care trăiesc cu HIV (PTHIV). La nivel global, TBC a cauzat 1,4 milioane de decese, din care 320.000 de persoane erau infectate cu HIV. La nivel mondial, se estimează că 3,6% din cazurile noi și 20% din cazurile tratate anterior sunt TBC multidrog-rezistentă (MDR). Cel mai mare număr de pacienți cu TB-MDR se află în Europa de Est și Asia Centrală.

## 1.2 Transmiterea TBC

Bacteriile TBC sunt răspândite în aer atunci când **o persoană care suferă de tuberculoză în gât sau plămâni tușește, strănută, vorbește sau cântă**. Persoanele care inhalează aerul care conține aceste bacterii pot fi infectate. Cu toate acestea, TBC nu se transmite ușor – doar o treime din cei expuși la boală pe parcursul unei perioade îndelungate (de obicei multe ore sau zile) sunt infectați.<sup>8</sup>

Cel mai mare risc de transmitere a infecției cu TBC este în perioada anterioară diagnosticului. **Riscul este redus semnificativ în două săptămâni după începerea terapiei corespunzătoare.**<sup>9</sup>

Bacteriile TBC nu se răspândesc prin folosirea în comun a de obiectelor materiale (de ex., haine, capacul vasului de toaletă, cărți etc.), mâncare, băutură sau dând mâna cu o persoană care are TBC. TBC afectează cel mai adesea plămânii, dar poate afecta aproape orice organ al corpului.

## 1.3 Infecția latentă cu TBC și dezvoltarea bolii

Atunci când *Mycobacterium tuberculosis* pătrunde în plămânii unei persoane, aceasta poate fi infectată. Probabilitatea de a contracta infecția cu TBC variază de la persoană la persoană și depinde de nivelul de imunitate al individului. Nu toți cei care sunt infectați cu bacteria TBC dezvoltă boala.

Persoanele care sunt infectate, dar nu sunt bolnave au așa-numita infecție TBC latentă (LTBI). **Persoanele cu LTBI nu se simt rău, nu au niciun simptom și nu pot transmite bacteriile altor persoane.**

Aproximativ 1 din 10 cazuri de LTBI dezvoltă, în cele din urmă, tuberculoză.<sup>8</sup> **Persoanele cu tuberculoză nu se simt bine, au semne și simptome ale TBC și, dacă au TBC pulmonar sau al gâtului, pot transmite bacteriile TBC altor persoane.**

## 1.4 Grupurile de risc și factorii de risc pentru dezvoltarea tuberculozei

Persoanele **care prezintă un risc crescut de dezvoltare a tuberculozei** după infectarea cu bacteriile TBC sunt:<sup>10</sup>

1. **Persoanele care au un factor de risc care crește pericolul progresului de la LTBI la boala TBC**
  - Bebelușii și copiii mici (<5 ani);
  - Persoanele infectate cu HIV (mai ales netratat);
  - Persoanele care fac abuz de substanțe;

- Persoanele cu oricare din următoarele boli:
  - silicoză;
  - diabet zaharat;
  - boală renală severă;
  - persoană cu un transplant de organ;
  - cancer la cap și gât;
- Persoanele cu greutatea corpului scăzută;
- Persoanele care urmează anumite tratamente medicale, cum ar fi corticosteroizii în doze ridicate, medicamente citostatice și unele medicamente biologice specializate dezvoltate pentru tratarea unor boli cum ar fi artrita reumatoidă sau boala Crohn.

## 2. Persoanele care aparțin segmentelor de populație cu un risc ridicat de infecție cu bacteriile TBC (adică grup cu risc ridicat)

- Contactele apropiate ale unei persoane cu tuberculoză contagioasă
- Persoanele care au migrat din zone cu niveluri ridicate de TBC.
- Grupurile cu niveluri ridicate de transmitere a TBC, cum ar fi persoanele fără locuință, CDI și persoanele infectate cu HIV.
- Cei care lucrează cu persoane care prezintă un risc crescut de TBC în unități sau instituții cum sunt spitalele, adăposturile pentru persoanele fără locuință, unitățile de corecție, azilele de bătrâni și locuințele rezidențiale pentru PTHIV.

## 1.5 Simptomele tuberculozei

Simptomele tuberculozei depind de locul din organism unde cresc bacteriile tuberculozei. Simptomele tuberculozei pot include:

Simptome pulmonare	Simptome fizice
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tuse prelungită care durează mai mult de 3 săptămâni</li> <li>● Dureri toracice</li> <li>● Dispnee</li> <li>● Tuse cu sânge sau spută cu sânge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Febră</li> <li>● Transpirație nocturnă</li> <li>● Pierdere în greutate</li> <li>● Pierderea apetitului</li> <li>● Oboseală</li> </ul>

## 1.6 Diagnosticarea tuberculozei

Persoanele suspectate de tuberculoză trebuie referite imediat pentru o examinare medicală.

O examinare medicală pentru TBC include:

- Stabilirea istoricului medical
- Examinare fizică
- Radiografie toracică (raze X)
- Examen microscopic spută (metoda cea mai des folosită și cea mai eficientă pentru identificarea tuberculozei pulmonare)
- Teste pentru diagnosticarea infecției cu TBC (test cutanat TBC sau test de sânge TBC).

Diagnosticarea tuberculozei în rândurile CDI poate fi mai complicată, dată fiind incidența mare a HIV în acest grup al populației.<sup>11</sup> Este mai probabil ca PTHIV să aibă TBC pulmonar cu spută negativă, ceea ce poate întârzia detectarea TBC.<sup>12</sup>

## 1.7 Tratamentul împotriva tuberculozei

### **Tuberculoza este tratabilă cu medicamente anti-TBC.**

Bacteriile tuberculozei sunt, de obicei, sensibile la medicamentele anti-TBC. În acest caz, tratamentul anti-TBC durează, în general, aproximativ 6-8 luni. Cele mai eficiente medicamente anti-TBC sunt așa-numitele medicamente de linia întâi: rifampicina (RIF), INH, pirazinamida și etambutolul. Dacă aceste medicamente sunt luate zilnic conform indicațiilor medicului, ele pot vindeca TBC.

Pacientul trebuie să urmeze instrucțiunile medicului cu privire la administrarea medicamentelor prescrise, să respecte regulile tratamentului direct observat (TDO) și să finalizeze tratamentul exact așa cum a fost prescris, pentru a evita dezvoltarea rezistenței la oricare din medicamentele anti-TBC.

TDO este o strategie recomandată de OMS pentru managementul cazurilor de TBC, în cadrul căreia fiecare doză de medicație anti-TBC este administrată și luată sub observația directă a personalului medical responsabil sau a unui alt individ desemnat (de ex., lucrător TDO). Lucrătorul TDO ajută clientul în fiecare zi să ia fiecare doză de medicamente prescrise, verifică simptomele și semnele bolii și ale efectelor adverse ale medicamentelor și îi reamintește clientului care este următoarea vizită programată.

**De obicei, persoanele cu TBC sensibil la medicamente nu mai sunt contagioase după două săptămâni de terapie eficientă.**<sup>9</sup> Deși individul încetează să mai fie contagios și începe să se simtă mai bine, medicamentele anti-TBC tot trebuie luate conform indicațiilor până la finalizarea tratamentului.

## 1.8 TBC rezistent la medicamente, TB-MDR și TB-XDR

Tratamentul anti-TBC administrat corespunzător poate avea foarte mult succes, cu rate de vindecare de peste 95% pentru TBC sensibil la medicamente. Cu toate acestea, dacă schema de tratament nu este urmată corespunzător, bacteriile TBC pot dezvolta o rezistență la anumite medicamente anti-TBC. Motivele pentru care poate apărea o rezistență la medicamentele anti-TBC pot include factori interni (care țin de client) și externi. Acestea includ:

- Cazul în care pacientul nu ia medicamentele așa cum i-au fost prescrise
- Personalul medical și/sau lucrătorul TDO nu îi oferă clientul educația sau informațiile privind tratamentul anti-TBC potrivite (importanța aderenței, perioada tratamentului, posibila apariție a efectelor adverse și tratarea acestora etc.)
- Sistemul medical și/sau personalul medical/OC nu răspund nevoilor clienților și nu le oferă sprijinul necesar pentru continuarea tratamentului (de ex., tratament necorespunzător a efectelor adverse, absența unui tratament adecvat de substituție sau pentru dependențe)
- Întreruperea tratamentului cauzată de migrație, detenție etc.
- Întreruperea tratamentului cauzată de îmbunătățirea inițială a stării de sănătate după începerea tratamentului anti-TBC.
- De asemenea, este posibil ca persoana în cauză să fi fost infectată de la început cu bacterii TB-MDR.

Bacteriile TBC dezvoltă rezistență inițial la un singur medicament, dar pot deveni rezistente la mai multe medicamente. TB-MDR este o formă de TBC deosebit de rezistentă, fiind rezistentă la cele mai eficiente medicamente de linia întâi (RIF și INH). Tuberculoza extensiv-rezistentă la medicamente (TB-XDR) este o formă de TB-MDR care este, de asemenea, rezistentă la orice fluorochinolone și la cel puțin unul din medicamentele injectabile anti-TBC de linia a doua (amikacină, capreomicină și kanamicină).

Oamenii se pot infecta cu TBC rezistent la medicamente (de ex., TB-MDR sau TB-XDR) în două moduri, ori ca o consecință a nefinalizării tratamentului, ori prin inhalarea bacteriilor anti-TBC deja rezistente.

**Este posibilă tratarea tuberculozei rezistente la medicamente, dar,** deoarece medicamentele de linia întâi nu mai sunt eficiente, iar pacienții sunt tratați cu medicamente de linia a doua, **tratamentul**

**durează mai mult (20-24 luni) și este mai scump decât tratamentul pentru formele de TBC mai puțin rezistente. În plus, medicamentele de linia a doua utilizate au mai multe efecte adverse;** acest fapt, la rândul lui, poate contribui la niveluri scăzute ale aderenței, mai ales în rândul CDI. Cu toate acestea, organizațiile comunitare pot ajuta mult la prevenirea transmiterii TBC, detectând TBC devreme și motivând clienții pentru aderarea la tratament odată început.

## 1.9 Managementul cazurilor în timpul tratamentului anti-TBC

Tuberculoza poate fi tratată eficient, atât în spital, cât și în ambulator.

Tratamentul anti-TBC în ambulator:

- Înseamnă că pacienții TBC nu sunt separați de familiile lor
- Este mai ieftin decât spitalizarea
- Permite implementarea cu succes a TDO

Tratamentul anti-TBC în spital:

- Permite un control mai bun al pacienților contagioși și al tratamentului acestora
- Le oferă pacienților ajutor medical permanent atunci când au nevoie

Cu toate acestea, toate avantajele tratamentului TBC în spital pot fi obținute în ambulator, cu condiția să existe o organizare și integrare corespunzătoare a serviciilor în rândul furnizorilor de servicii pentru pacienți, inclusiv organizații comunitare.

**OMS recomandă utilizarea TDO ca o componentă centrală în managementul cazurilor pe întreaga durată a tratamentului anti-TBC.**

Programul TDO include mai multe funcții ale managementului de caz care sunt orientate către nevoile pacienților, cum ar fi:

- Pacienților li se oferă ocazia de a participa la organizarea tratamentului lor (de ex., hotărârea privind locul și ora la care vor primi tratamentul anti-TBC);
- Identificarea împreună cu clientul a detaliilor clare și condițiilor tratamentului, printr-un formular de consimțământ informat;
- Furnizarea de informații amănunțite privind TBC, atât clientului, cât și persoanelor-cheie din mediul social al clientului;
- Sprijin psihologic;
- Oferirea de stimulente și facilitatori pentru a încuraja aderența;
- Furnizarea de servicii sociale pentru a asigura satisfacerea nevoilor clientului, pentru ca aderența la terapie să devină o prioritate (de ex., găsirea unei locuințe pentru pacienții fără adăpost);
- Asigurarea transportului clienților la clinici sau rambursarea cheltuielilor de transport ale acestora;
- Stabilirea unui sistem pentru urmărirea clienților prin planificarea externării sau după eliberarea din închisoare;
- Furnizarea de tratament la unitățile de tratament de substituție pentru opioide (TSO) sau în alte locații de îngrijire narcologică.

## 1.10 Prevenirea TBC

**Cea mai importantă măsură pentru prevenirea TBC este diagnosticarea rapidă a persoanelor cu tuberculoză contagioasă, începerea imediată a tratamentului și furnizarea de tratament până la vindecarea persoanei cu TBC. Aceasta împiedică răspândirea TBC de la om la om.**

## Prevenirea TBC la nivel individual

---

### Vaccinare

Bacille Calmette-Guérin (BCG) este, la momentul actual, singurul vaccin care protejează împotriva anumitor forme de TBC. Deși vaccinul BCG nu îi împiedică pe adulți să contracteze TBC, este utilizat în multe țări cu o incidență ridicată a TBC în rândul copiilor pentru a preveni formele fatale de TBC infantil, cum ar fi meningita tuberculoasă și tuberculoza miliară..

### Tratamentul împotriva LTBI

Printre contactii clientului cu TBC care au fost, poate, infectate, următoarele persoane trebuie tratate pentru LTBI:<sup>13</sup>

- Copiii mai mici de 5 ani;
- Persoanele infectate cu HIV;
- Persoanele afectate de comorbidități serioase (de ex., persoanele imunodeprimate, beneficiarii transplantelor de organe etc.).

LTBI poate fi tratată de obicei cu un tratament de 6 luni cu INH, ceea ce reduce semnificativ posibilitatea dezvoltării tuberculozei.<sup>1</sup> Tratamentul pentru LTBI este prescris de medic.

## Recomandări generale pentru controlul infecției cu TBC

---

Există măsuri preventive simple pe care le poate lua oricine pentru a preveni răspândirea TBC:

- Igiena tusei: acoperirea gurii și a nasului cu o bucată de material textil sau cu un șervețel în momentul tusei sau strănutului, aruncarea șervețelului într-un coș de gunoi și apoi spălarea mâinilor.
- Utilizarea ventilației naturale: deschideți ferestrele regulat, aerisiți-vă biroul după vizita unui client care tușește, deschizând larg ușile și ferestrele pentru a crea un curent de aer în trecere (dar aveți grijă ca aerul contaminat să nu circule în direcția dvs.). Recircularea aerului trebuie evitată.
- Persoanele să fie separate și să li se ofere indivizilor măști chirurgicale și șervețele dacă sunt suspecți de TBC infecțios și pot transmite infecția altor persoane. Acest lucru este deosebit de important dacă persoanele în cauză intră în contact cu membrii unor grupuri deosebit de vulnerabile, cum ar fi copiii sau PTHIV. Explicați modul de utilizare a măștilor.

## Prevenirea TBC în OC

---

Programul de control al TBC în cadrul organizațiilor comunitare trebuie să se bazeze pe o ierarhie a măsurilor de control cu patru niveluri, incluzând:

1. Măsuri de management
2. Măsuri administrative
3. Măsuri de control al mediului
4. Intervenții de protecție personală

### 1. Măsuri de management

- Stabilirea și întărirea unui organism local de coordonare pentru controlul infecției cu TBC (de ex., o persoană responsabilă în cadrul organizației, care să supravegheze implementarea cu succes a activităților de control al infecției în cadrul OC).
- Dezvoltarea unui plan de control al infecției în cadrul clădirii.
- Efectuarea supravegherii la fața locului a tuberculozei în rândurile personalului OC.
- Monitorizarea și evaluarea setului de măsuri de control al infecției.

**2. Măsurile administrative** sunt cele mai importante componente ale controlului infecției cu TBC. Scopul măsurilor administrative este reducerea expunerii la picăturile infecțioase din aer și, astfel, reducerea răspândirii infecției cu TBC. Acest lucru poate fi făcut în modul cel mai eficient asigurând efectuarea rapidă a investigațiilor recomandate pentru diagnosticare în cazul clienților și membrilor personalului suspecți că au TBC și, în caz de nevoie, începerea rapidă a tratamentului.

Administrarea eficace asigură recunoașterea imediată a TBC și permite separarea persoanelor infectate; duce, de asemenea, la o furnizare eficace a serviciilor și atinge scopul de trimitere a clienților cu tuberculoză potențial contagioasă. În contexte specifice ale unităților de asistență mobilă, măsurile administrative trebuie să includă și **împărțirea clienților în două grupuri: persoane care tușesc și persoane care nu tușesc**. Clienții care tușesc primesc, apoi, măști chirurgicale și instrucțiuni privind utilizarea corectă a acestora.

**3. Măsurile de control al mediului** reduc concentrația de particule infecțioase din aer. Măsurile de control al mediului includ:

- **Optimizarea ventilației naturale;**
- **Utilizarea ventilației artificiale;**
- **Implementarea metodelor de dezinfectare a aerului.**

**4. Intervențiile pentru protecția respiratorie personală** pot reduce riscul inhalării particulelor TBC infecțioase. Acest lucru este deosebit de important pentru personalul organizațiilor comunitare care lucrează cu clienții potențial infectați. Aceste intervenții includ utilizarea măștilor respiratoare de către personalul OC la locul de muncă (de ex., în încăperile sau departamentele OC) în prezența clienților cunoscuți sau potențial infectați și contagioși. Intervențiile pentru protecția respiratorie personală trebuie aplicate, de asemenea, în alte locuri cu un risc mare de transmitere a TBC.

## 1.11 TBC în rândul anumitor populații

### Consumatorii de droguri injectabile

CDI prezintă un risc crescut de a se infecta și de a dezvolta tuberculoză, deoarece prezintă adesea mulți factori de risc sociali și demografici care îi pun în pericol de contractare a TBC. Astfel de factori includ: sărăcia, șomajul, lipsa unei locuințe, detenția, infecția cu HIV, subnutriția și accesul limitat la serviciile sanitare. Consumul de droguri injectabile a fost, de asemenea un factor important în epidemiile de TBC asociate cu HIV, mai ales în Europa de Est.<sup>14</sup>

Barierile în calea tratamentului, inclusiv aderența slabă și accesul limitat la îngrijiri medicale, sunt provocări deosebite în tratamentul anti-TBC în rândurile CDI. Cu toate acestea, posibilitatea tratamentului cu succes al LTBI și tuberculozei în rândurile consumatorilor de droguri a fost dovedită în mai multe contexte.<sup>3</sup> Cu sprijin adecvat, îngrijire stabilă și personal cu experiență, consumatorii de droguri pot adera la tratament pe termen lung și pot avea rezultate clinice comparabile cu cele ale persoanelor care nu consumă droguri.<sup>15</sup>

### Persoanele care trăiesc cu HIV

PTHIV prezintă un risc mai mare de îmbolnăvire de TBC. Odată infectate cu *M. tuberculosis*, riscul dezvoltării tuberculozei este de 20 – 37 ori mai mare în cazul persoanelor care trăiesc cu HIV, comparativ cu persoanele care nu au acest virus.<sup>16</sup>

Terapia antiretrovirală (TAR) încetinește dezvoltarea imunodeficienței în cazul PTHIV. Prin urmare, după ce o PTHIV este infectată cu TBC, TAR poate încetini progresul infecției cu TBC către boală.<sup>17</sup> În plus, terapia pentru prevenirea tuberculozei (ex., terapia preventivă cu INH) este utilizată în rândurile PTHIV, reducând riscul dezvoltării tuberculozei activă cu 33-62%.<sup>13</sup>

## **Persoanele infectate cu HIV care au tuberculoză pot fi tratate eficient. Persoanele cu HIV care au LTBI pot primi profilaxie pentru TBC.**

PTHIV cu tuberculoză trebuie să primească tratament atât pentru TBC, cât și pentru HIV, indiferent de starea sistemului lor imunitar și numărului de celule CD4. PTHIV cu LTBI trebuie să primească tratament profilactic cu INH timp de 6 luni.

### **Medii corecționale**

Factorii de risc care contribuie la nivelul ridicat de TBC în unitățile de corecție includ:

- Aglomerația și ventilația necorespunzătoare
- Diagnosticarea întârziată a TBC
- Întreruperea terapiei cauzată de mutarea deținuților între sau în afara unităților
- Barierele lingvistice și culturale, inclusiv lipsa accesului la informații privind sănătatea și stigmatul asociat cu această boală
- Niveluri relative mari de infecție cu HIV în rândurile prizonierilor
- Alimentația inferioară.

Cu toate acestea, factorii de risc nu se aplică tuturor mediilor corecționale, iar calitatea condițiilor și serviciilor în aceste unități poate varia foarte mult între țări și regiuni.

### **Migranți și călători internaționali**

Persoanele care provin din țări în care incidența TBC este ridicată, sau care petrec perioade îndelungate în aceste țări, prezintă un risc crescut de a se infecta și de a dezvolta boala. Acest risc de tuberculoză rămâne, chiar dacă persoanele infectate se mută din țările cu risc crescut într-o altă țară, cu risc mai mic. Prin urmare, este bine să întrebați clientul dacă a vizitat sau s-a născut într-o țară cu incidență ridicată de TBC.<sup>b</sup>

- **TBC este o boală infecțioasă care se transmite pe calea aerului**
- **TBC poate fi tratată și vindecată cu medicamente anti-TBC**
- **De obicei, persoanele cu TBC susceptibilă la medicamente pot înceta să fie contagioase după două săptămâni de terapie eficientă**
- **Cea mai importantă măsură în prevenirea TBC este diagnosticarea rapidă a persoanelor cu TBC, pentru începerea imediată a tratamentului și pentru furnizarea de tratament până la vindecarea persoanei respective**
- **Persoanele infectate cu HIV care au tuberculoza pot fi tratate eficient**
- **Persoanele infectate cu HIV care au LTBI pot primi profilaxie TBC.**

<sup>b</sup> **Țări cu o incidență crescută a TBC:** Afganistan, Algeria, Angola, Anguilla, Argentina, Armenia, Azerbaidjan, Bahrain, Bangladesh, Belarus, Belize, Benin, Bhutan, Bolivia (Statul plurinațional al), Bosnia și Herțegovina, Botswana, Brazilia, Brunei Darussalam, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Cambodgia, Camerun, Capul Verde, Republica Centrafricană, Ciad, China, China (RAS Hong Kong), China (RAS Macao), Columbia, Comore, Congo, Insulele Cook, Coasta de Fildeș, Croația, Republica Populară Democrată Coreeană, Republica Democrată Congo, Djibouti, Republica Dominicană, Ecuador, El Salvador, Guineea Ecuatorială, Eritreea, Estonia, Etiopia, Polinezia Franceză, Gabon, Gambia, Georgia, Ghana, Guam, Guatemala, Guineea, Guineea-Bissau, Guyana, Haiti, Honduras, India, Indonezia, Irak, Japonia, Kazahstan, Kenya, Kiribati, Kuweit, Kirgizstan, Republica Populară Democrată Lao, Letonia, Lesotho, Liberia, Libia, Lituania, Madagascar, Malawi, Malaezia, Maldive, Mali, Insulele Marshall, Mauritania, Mauritius, Micronezia (Statele Federate ale), Mongolia, Muntenegru, Maroc, Mozambic, Myanmar, Namibia, Nepal, Noua Caledonie, Nicaragua, Niger, Nigeria, Insulele Mariene de Nord, Pakistan, Palau, Panama, Papua Noua Guinee, Paraguay, Peru, Filipine, Polonia, Portugalia, Qatar, Republica Coreea, Republica Moldova, România, Federația Rusă, Rwanda, Sfântul Vicențiu și Grenadine, São Tomé și Príncipe, Senegal, Serbia, Seychelles, Sierra Leone, Singapore, Insulele Solomon, Somalia, Africa de Sud, Sri Lanka, Sudan, Surinam, Swaziland, Republica Arabă Siriană, Tadjikistan, Thailanda, Fosta Republică Iugoslavă a Macedoniei, Timorul de Est, Togo, Tonga, Trinidad-Tobago, Tunisia, Turcia, Turkmenistan, Tuvalu, Uganda, Ucraina, Republica Unită a Tanzaniei, Uruguay, Uzbekistan, Vanuatu, Venezuela (Republica bolivariană a), Vietnam, Yemen, Zambia, Zimbabwe.

## 2. Activitățile de prevenire și control al TBC recomandate în organizațiile comunitare

### 2.1 Identificarea intensificată a cazurilor

#### Identificarea activă a cazurilor

Identificarea activă a cazurilor urmărește să găsească cazurile potențiale de TBC cât mai devreme în rândul persoanelor care încă nu au solicitat îngrijire medicală. Aceasta permite trimiterea indivizilor la unități sanitare pentru screening și diagnosticare a TBC. Identificarea activă a cazurilor reduce transmiterea TBC în comunitate și crește șansele de supraviețuire a persoanelor diagnosticate cu TBC.

Atunci când clientul vizitează OC pentru prima dată:

- Scoateți în evidență importanța screeningului pentru TBC în mod neamenințător.

Tot personalul OC trebuie educat cu privire la TBC și încurajat să sprijine și să se dedice testării clientului pentru TBC. În plus, trebuie să fie luate toate măsurile posibile pentru protejarea confidențialității clientului.

- Intervievați clientul folosind un scurt chestionar despre TBC (exemplu în Manualul TBC al TUBIDU<sup>18</sup>, Anexa 1).

Chestionarul trebuie să includă întrebări despre simptomele curente care sugerează TBC și factori posibili de risc. Repetați interviul cu clientul o dată pe trimestru, cu excepția cazului în care clientul prezintă simptome vizibile care sugerează TBC.

**Dacă sunt detectate simptome ale TBC, clientul trebuie trimis imediat la o unitate sanitară pentru examinare suplimentară și diagnostic.**

- **Ideal, fiecare CDI trebuie examinat pentru depistarea TBC o dată pe an** (cu radiografie și examen de spută sau alte investigații corespunzătoare, în funcție de ghidurile și politicile locale).
  - Atunci când resursele sunt limitate, organizațiile comunitare pot referi pentru screening doar acei clienți ale căror interviuri arată factori de risc pentru TBC sau simptome de TBC.

**Acești clienți trebuie trimiși imediat la un dispensar / spital TBC pentru evaluare.**

Trebuie stabilit un sistem eficace pentru referirea clienților la cele mai apropiate centre pentru diagnosticarea TBC. Pentru a împiedica situațiile în care clientul este descurajat sau se „rătăcește” pe drum, faceți o programare la clinică și desemnați o persoană de suport pentru însoțirea clientului la clinică. Oferiți-i clientului instrucțiuni scrise cu detaliile adresei clinicii, precum și datele de contact și programul.

Stimulentele simple, cum ar fi băuturile calde sau răcoritoare și gustările, sunt recomandate pentru încurajarea clienților să participe la screening. OC le poate oferi, de asemenea, clienților alte intervenții medicale (de ex., teste pentru virusurile din sânge, inclusiv HIV) care pot fi efectuate în odată cu screeningul TBC. Acest lucru poate fi foarte avantajos pentru CDI, care tind să aibă un nivel ridicat de comorbiditate cu alte virusuri, ca HIV, și hepatita B și C.<sup>19</sup>



## Urmărirea contactărilor

Organizațiile comunitare pot fi implicate în urmărirea contactărilor în cadrul grupurilor greu de atins. Colaborarea cu Programul Național de Control al Tuberculozei (PNCT) și profesioniști din sistemul medical ajută lucrătorii din organizațiile comunitare în urmărirea contactărilor relevanți ai clientului și în efectuarea investigațiilor de contact ca parte a muncii mobile. Organizarea întâlnirilor cu alte organizații, a meselor rotunde, a sesiunilor de formare etc. le permite organizațiilor comunitare să colaboreze cu organisme relevante privind implicarea în urmărirea contactărilor sau alte proceduri care țin de TBC. De exemplu, serviciile TBC locale pot informa organizațiile comunitare pentru a contribui la urmărirea contactărilor, dacă este detectat un client cu TBC infecțios. OC pot informa, de asemenea, PNCT sau centrele de diagnosticare a TBC cu privire la clienți potențial infectați și trimite clienții la investigații suplimentare.

**Toți contactii apropiați** (adică persoanele care folosesc în comun un spațiu pentru perioade lungi și/sau repetate), indiferent de vârstă, **trebuie informați cu privire la expunerea lor la TBC și încurajați să efectueze un screening pentru TBC.** Membrii familiilor și alți contacti apropiați ai clientului cu tuberculoză activă prezintă un risc mai mare de infecție. Printre aceștia, copiii sub 5 ani, persoanele în vârstă și persoanele infectate cu HIV sunt în pericolul cel mai mare de dezvoltare a bolii. Prin urmare, se recomandă ca aceste persoane să urmeze o monitorizare regulată și să primească tratament pentru LTBI, odată identificate.

Urmărirea contactărilor în rândul CDI poate fi realizată prin:

- Implicarea foștilor consumatori de droguri pentru a încuraja identificarea contactărilor apropiați ai CDI;
- Utilizarea de stimulente simple pentru a încuraja contactii să participe la screening pentru TBC.

## Referirea activă către unitățile sanitare

Organizațiile comunitare trebuie să stabilească relații bune de colaborare cu PNCT, clinici TBC și alte OC care lucrează cu CDI pentru a dezvolta căi eficiente de trimitere TBC în cazul grupurilor greu de atins. **Dacă un CDI potențial infectat sosește la OC, clientul poate fi trimis imediat la unități pentru diagnosticarea TBC.**

Pentru trimiterea activă, trebuie să fie asigurate următoarele:

- Programările clienților sunt stabilite fără piedici și eficient.  
Poate fi util, de asemenea, să le oferiți clienților o programare stabilită la clinica TBC și să desemnați o persoană din cadrul OC-ului pentru a însoți respectiva persoană la clinica TBC.
- În cazul în care clientul nu se prezintă la programarea de la clinică, trebuie stabilită o a doua programare, iar clientul trebuie urmărit cu grijă.

Atunci când sunt trimiși la clinica TBC, atât clienții, cât și însoțitorii acestora trebuie să primească instrucțiuni scrise care să descrie locația, precum și datele de contact și programul clinicii.

În plus, toți contactii apropiați ai clienților cu tuberculoză confirmată care au simptome ale TBC trebuie trimiși la clinică imediat, pentru teste TBC.

## 2.2 Controlul infecției

Toate organizațiile comunitare trebuie să-și evalueze mediul în privința riscurilor TBC. În funcție de riscurile depistate de TBC și expunere la boală, OC trebuie să dezvolte un plan scris de control al infecției cu TBC, care să prezinte activitățile necesare pentru scăderea riscului de infecție cu TBC în OC, precum și în rândul CDI și al persoanelor care lucrează cu CDI.

### Măsurile de control al infecției care trebuie luate regulat includ:

- Implementarea unor practici de muncă eficiente pentru managementul clienților cu tuberculoză potențială ori confirmată.
- Formarea și educarea personalului OC privind TBC, cu o atenție specială acordată prevenirii, transmiterii și simptomelor TBC.
- Screeningul personalului OC care este în pericol de dezvoltare a bolii; personalul OC trebuie testat pentru depistarea TBC o dată la 2 ani. Screeningul trebuie să includă radiografii toracice sau alte investigații corespunzătoare, în funcție de ghidurile și politicile locale.
- Prin semnalizare corespunzătoare, sfătuiți persoanele să respecte practicile de igienă respiratorie și eticheta tusei.
- Colaborarea cu PNCT local, clinica TBC și alte organizații comunitare.

### Măsurile de control al infecției în contactul cu un client cu tuberculoză potențială:

- Țineți clientul izolat într-o încăpăre.
- Limitați numărul lucrătorilor OC care intră în încăpărea izolată și care lucrează îndeaproape cu un client cu potențial TBC infecțios.
- Utilizați respiratoare personale (dacă este posibil).
- Toți clienții cu tuberculoză potențială ori confirmată trebuie educați cu privire la eticheta tusei și trebuie să primească șervețele de hârtie sau o mască chirurgicală. Aceasta scade nivelul particulelor infecțioase eliminate în aer și reduce riscul transmiterii TBC.
- În timpul sau după întâlnirea cu clientul în camera izolată, deschideți o fereastră pentru a aerisi camera. Acest fapt ajută la micșorarea numărului de nuclei de picătură din aer care poartă bacterii TBC.

Organizațiile comunitare ai căror clienți sunt în la risc de a contracta TBC trebuie să ia măsuri de mediu pentru a ajuta la reducerea numărului de particule infecțioase din aer:

- Ventilația trebuie verificată regulat (cel puțin de două ori pe an) pentru a se asigura funcționarea eficientă a acesteia.
- Un sistem de sterilizare cu ultraviolete în partea de sus a camerei poate fi și el folositor în anumite contexte, dacă există resurse.

Serviciile de asistență mobilă pentru clienții cu TBC potențial sunt și ele recomandate. Este important ca lucrătorii OC să educe clienții cu TBC confirmat și familiile acestora pentru a se asigura că și clienții și familiile lor respectă recomandările generale pentru controlul infecției în camerele lor și alte locuri, mai ales în interior.

## 2.3 Terapie preventivă cu isoniazidă

CDI reprezintă una din populațiile prioritare în rândul cărora este necesară identificarea LTBI pentru prevenirea dezvoltării bolii în cazul persoanelor infectate cu TBC.<sup>20</sup> **Ideal, toți CDI ar trebui testați pentru LTBI** prin testul cutanat la tuberculină (Mantoux) sau un test de sânge (de ex., testul de eliberare de interferon-gamma), în funcție de liniile directoare și politicile locale.

INH este administrat de medici persoanelor cu LTBI pentru a preveni progresul de la infecția cu TBC la boala activă. De obicei, este prescrisă pentru cel puțin șase luni de terapie auto-administrată. Persoanele tratate cu aceste medicamente trebuie examinate la clinica TBC o dată pe lună.

Oferirea de suport pentru aderență, inclusiv TDO, dacă există resurse, asigură finalizarea terapiei preventive cu INH în rândurile CDI. Odată ce clientul a început tratamentul cu INH într-o clinică TBC, OC poate furniza INH la fața locului zilnic sau de trei ori pe săptămână, urmând aceeași procedură ca în cazul TDO. În locațiile TSO, INH poate fi oferit alături de metadonă.

Înainte de începerea tratamentului pentru LTBI în OC, personalul OC trebuie instruit suplimentar. Toți clienții care urmează terapia INH trebuie monitorizați pentru semnele și simptomele reacțiilor adverse la INH sau la alte medicamente pe întreaga durată a tratamentului (vezi Manualul TBC al TUBIDU<sup>18</sup>, Anexa 2).

Profilaxia cu isoniazidă poate fi prescrisă doar atunci când este exclusă posibilitatea de TBC activ. Dacă o persoană are TBC activ, terapia cu isoniazidă poate cauza rezistență la medicamentele anti-TBC. Sarcina nu este considerată o contraindicație în terapia cu isoniazidă. În plus, persoanele cu HIV trebuie încurajate să urmeze terapia, dat fiind riscul ridicat de a dezvolta tuberculoză.

## 2.4 Suportul oferit clienților în timpul tratamentului anti-TBC

### Managementul cazurilor și terapia direct observată

Clienții diagnosticați cu tuberculoză vor primi tratament adecvat de la clinica TBC locală. Supravegherea terapiei și examinările de urmărire sunt de obicei responsabilitatea clinicii TBC. Ca regulă, clienții trebuie re-admiși în OC atunci când încetează să mai fie contagioși.

OC trebuie să colaboreze cu asistenții sociali și unitatea sanitară unde este tratat clientul cu TBC, pentru a dezvolta un plan de management al cazului pentru CDI. Acesta va susține aderența la tratament și va ajuta la soluționarea problemelor sociale și psihologice ale clientului.

**În organizațiile comunitare, se recomandă insistent utilizarea TDO în tratamentul anti-TBC.** TDO trebuie combinată cu îngrijirea în caz de HIV, TSO și alte intervenții de tratament (de ex., cotrimoxazol) sau regimuri de medicație. Aceasta face tratamentul anti-TBC și de alt tip accesibile pentru CDI și elimină nevoia de deplasare în mai multe locuri de mai multe ori.

Înainte de re-admiterea clientului în OC pentru continuarea tratamentului anti-TBC, clinicile TBC trebuie să confirme faptul că respectivul client nu este contagios. În cazul în care clientul este în continuare infecțios, atunci sunt indicate serviciile de asistență mobilă sau vizitele la domiciliu. În acest caz, personalul OC trebuie să poarte măști respiratoare, iar clientul trebuie să poarte o mască chirurgicală în timpul oricărui contact apropiat care are loc înăuntru.

Înainte de re-admiterea clientului în OC pentru continuarea tratamentului anti-TBC, clinicile TBC trebuie să confirme faptul că respectivul client nu este contagios. În cazul în care clientul este în continuare infecțios, atunci sunt indicate serviciile de asistență mobilă sau vizitele la domiciliu. În acest caz, personalul OC trebuie să poarte măști respiratoare, iar clientul trebuie să poarte o mască chirurgicală în timpul oricărui contact apropiat care are loc înăuntru.

În locațiile TSO, clienții care urmează tratamentul anti-TBC trebuie să primească medicamentele anti-TBC alături de doza potrivită de metadonă. Metadona și alte tipuri de îngrijire narcologică adecvată pot acționa și ele ca instrument pentru aderență.

Lucrătorii OC care furnizează TDO trebuie instruiți pentru implementarea TDO și plăți suplimentar de PNCT, clinica TBC sau din alte surse locale (de ex., finanțare municipală, fonduri pentru servicii sociale/de asistență socială etc.).

Lucrătorii OC ai căror clienți includ CDI trebuie instruiți cu privire la chestiuni legate de abuzul de substanțe. Trebuie furnizată o instruire specifică legată de modul în care drogurile influențează comportamentul clienților TDO și modurile în care acest lucru poate afecta aderența lor la tratament.

#### Lucrătorul TDO:

- Susține și motivează clientul în timpul procesului îndelungat de tratament
- Supraveghează clientul când acesta înghite fiecare doză de medicamente anti-TBC
- Pune întrebări cu privire la efectele adverse ale medicamentelor anti-TBC și observă clientul, căutând efecte adverse aparente. (vezi manualul TBC al TUBIDU<sup>18</sup>, Anexa 2)
- Documentează toate informațiile relevante privind administrarea TDO.

### Efectele adverse ale medicamentelor anti-TBC

Ca în cazul tuturor medicamentelor, și cele anti-TBC pot avea efecte adverse. Atunci când sunt grave, acestea pot avea consecințe fizice și psihologice și o influență negativă asupra aderenței la tratamentul

anti-TBC. Cele mai multe efecte negative ale TBC apar doar la începutul tratamentului și dispar de la sine după câteva săptămâni. Clienții trebuie educați cu privire la posibilele efecte adverse ale medicamentelor anti-TBC. De regulă, în timpul tratamentului anti-TBC pentru pacienții externi, clientul se întâlnește cu medicul TBC o dată pe lună, pe când lucrătorul OC care implementează TDO îl întâlnește pe client zilnic. Prin urmare, este foarte important să se pună clientului întrebări despre apariția oricăror noi simptome sau efecte adverse posibile ale medicamentelor anti-TBC.

Reamintiți-i clientului să se prezinte imediat la o unitate medicală dacă observă efecte adverse grave. Efectele adverse comune ale medicamentelor anti-TBC sunt prezentate în Manualul TBC al TUBIDU<sup>18</sup>, Anexa 2. Trebuie recunoscut faptul că medicamentele anti-TBC de linia a doua pentru tratamentul împotriva TB-MDR sunt mai toxice și au o posibilitate mai mare de a avea efecte adverse. În plus, efectele adverse apar mai des în rândul celor infectați cu hepatita B sau C și al celor care iau medicamente ARV, precum și în cazul persoanelor care consumă cantități mari de alcool.

## Interacțiuni între medicamente

---

Comorbiditatea, inclusiv infecția cu hepatită virală (cum ar fi hepatita B și C), nu trebuie să contraindica tratamentul pentru HIV sau TBC în CDI.1 În plus, dependența de alcool, consumul activ de droguri și problemele de sănătate mintală nu trebuie considerate motive pentru reținerea tratamentului.

**RIF** este un medicament anti-TBC eficient, dar s-a observat că interacționează cu alte medicamente.

De exemplu, RIF:

- Crește excreția metadonei și cauzează simptome de abținere în unii pacienți. Prin urmare, dozele de metadonă trebuie crescute pentru cei care primesc tratament anti-TBC.
- Interacționează cu multe medicamente antiretrovirale, cum ar fi inhibitorii de proteaze și inhibitorii non-nucleozidici de revers-transcriptază. Prin urmare, aceste medicamente nu sunt, de obicei, co-administrate.
- Scade efectele contraceptivelor hormonale; prin urmare, clientele trebuie să folosească alte metode contraceptive dacă doresc să prevină sarcina în timpul tratamentului anti-TBC.

**INH**, un alt medicament anti-TBC utilizat des și foarte eficient, poate crește nivelurile din sânge și efectele metadonei; pentru a contracara acest lucru, doza de metadonă trebuie ajustată.

## Riscuri

---

- Există un posibil risc ca tratamentul anti-TBC să afecteze ficatul. Lezarea ficatului este mai probabilă și mai serioasă în cazul persoanelor care consumă cantități mari de alcool și în al celor infectate cu hepatita C.
- Informați clientul cu privire la riscurile pentru ficat pe care le prezintă consumul de alcool și înghițirea de paracetamol (acetaminofen) în timpul tratamentului anti-TBC. În caz de dureri de cap, de articulații sau mușchi și febră, trebuie luate calmante alternative, cum ar fi ibuprofen sau aspirină.
- Informați clienții cu privire la efectele fumatului asupra plămânilor. Fumatul țigărilor poate cauza cicatrice pe plămâni și îi poate împiedica să curețe eficient sputa sau flegma.
- Întrebați clientele dacă sunt sau pot fi însărcinate. Dacă o clientă rămâne însărcinată, aceasta trebuie să-și anunțe imediat medicul; poate fi nevoie ca tratamentul să fie analizat pentru a găsi cea mai potrivită schemă pentru vindecarea TBC.

## Găsirea clienților pierduți din evidență

---

Organizațiile comunitare pot participa eficient la găsirea atât a clienților cu tuberculoză potențială sau diagnosticată care au încetat să mai folosească serviciile TBC înainte de finalizarea investigațiilor de diagnosticare, cât și a celor care încetează să urmeze tratamentul înainte de finalizarea acestuia. Îmbunătățirea colaborării cu PNCT și serviciile locale TBC le permite organizațiilor comunitare să

primească instrucțiuni mai clare privind creșterea implicării lor în implementarea tratamentului anti-TBC în rândurile CDI și în găsirea clienților pierduți din evidență.

Atunci când un client vizitează OC pentru prima dată, personalul OC trebuie să încerce să adune câteva date de contact (de ex., adresă, număr de telefon) ale clientului, precum și ale persoanelor (prieteni, rude, vecini etc.) din rețeaua socială a acestuia. Adunarea datelor de contact ale clientului poate fi de ajutor în restabilirea contactului sau găsirea clientului în viitor, dacă este nevoie. Acest lucru este deosebit de important în timpul tratamentului anti-TBC (ex., TDO), când pierderea clientului din evidență poate avea consecințe serioase pentru rezultatul tratamentului său.

#### În cazul în care clientul a lipsit de la 2 programări:

- Contactați clientul prin telefon;
- Efectuați una sau mai multe vizite la domiciliu în următoarele câteva zile.

#### În cazul în care clientul nu răspunde la telefon sau nu se află acasă:

- Întrebați familia sau vecinii cu privire la posibilele locuri unde poate fi găsit clientul și încercați să obțineți orice alte informații utile care pot ușura găsirea clientului;
- Lăsați înștiințări și mesaje (de ex., la vecinii și rudele clientului)
- Căutați clientul în locurile unde își petrece timpul de obicei (acest lucru poate fi efectuat de lucrătorul de teren pentru reducerea riscurilor, sau de foștii consumatori de droguri).

Cu toate acestea, regulile privind confidențialitatea trebuie respectate cu strictețe în timpul vizitelor la domiciliu și în momentul contactării familiei sau cunoștințelor clienților pentru a evita compromiterea confidențialității clientului în ceea ce privește detaliile medicale sau alte informații sensibile (vezi subsecțiunea 2.6. Confidențialitatea relației cu clientul).

#### Când clientul este găsit:

- Discutați cu clientul și familia privind posibilele motive pentru întreruperea tratamentului;
- După identificarea cauzei problemei, încercați să ajutați clientul să o rezolve și să prevină reapariția ei;
- Reamintiți-i clientului pericolele întreruperii tratamentului și felicitați-l pentru realizările deja obținute, scoțând în evidență importanța continuării tratamentului în această etapă, deși simptomele tuberculozei poate au dispărut, iar efectele adverse ale medicamentelor anti-TBC pot fi neplăcute.

În cazul în care clientul s-a mutat permanent, încercați să aflați unde se află acum și anunțați dispensarul TBC. Acest lucru ar putea permite transferul clientului la un alt OC.

Alături de PNCT, OC trebuie să exploreze posibilitățile legale privind schimbul de informații referitoare la pacient. Dacă este posibil din punct de vedere legal, căutați informații despre acei clienți și persoane care au fost identificate ca având tuberculoză potențială, pentru a le trimite sau însoți în sistemul de tratament anti-TBC.

## 2.5 Promovarea aderenței

Consumatorii de droguri au nevoie de măsuri speciale de sprijin al aderenței pentru:

- A asigura cele mai bune rezultate posibile ale tratamentului anti-TBC;
- A reduce riscul dezvoltării unei rezistențe la medicamentele anti-TBC;
- A reduce riscul transmiterii TBC la alte persoane.

CDI care primesc îngrijire stabilă de la personal cu experiență și sprijin potrivit pot adera la tratamentul anti-TBC pe termen lung și pot avea rezultate clinice comparabile cu cele ale persoanelor care nu consumă droguri.<sup>1</sup>

Piedicile în calea aderenței pot varia între medii. Prin urmare, serviciile trebuie să înceapă prim consultarea CDI și a reprezentanților acestora pentru a găsi cele mai bune modalități de a depăși posibilele bariere și a găsi cele mai bune soluții locale. Cel mai important lucru pe care îl pot face lucrătorii OC este să ajute clientul să vadă cauzele problemelor de aderență.

Alături de client:

- Definiți posibilele probleme și obstacole care pot apărea;
- Căutați soluții;
- Anticipați viitoare probleme.

Este important să analizați și evaluați problemele de aderență cu care se confruntă clientul în mod regulat pentru a evita reapariția acestora.

Datele existente arată eficiența diferitelor strategii de sprijin pentru aderență, cum ar fi:<sup>1</sup>

- Metode de reamintire pentru aderență (dispozitive de programare, cutii pentru pastile);
- Consiliere pentru aderență (sprijin profesional și din partea semenilor);
- Managementul prin recompense;
- Interviu motivațional;
- Intervenții cognitive și comportamentale;
- TSO și alte îngrijiri narcologice relevante;
- Servicii auxiliare.

**Interviul motivațional** este o formă colaborativă și centrată pe om de obținere și întărire a motivației pentru schimbare a respectivei persoane. Scopul lui este de a dezvolta schimbarea motivată intern, față de metodele externe care sunt utilizate de obicei.

- Sunt sugerate și discutate cu persoana în cauză diferite strategii pentru a face față situațiilor cu risc crescut.
- Schimbarea comportamentală este monitorizată, iar angajamentul pentru schimbare este constant încurajat.

O abordare bazată pe interviuri motivaționale a fost utilizată cu succes cu CDI atât pentru îmbunătățirea angajamentului lor față de tratament, cât și pentru reducerea comportamentului problematic.

**Intervențiile cognitive și comportamentale** îi învață pe oameni cum să identifice și să corecteze comportamentul problematic aplicând diferite competențe; aceste tehnici pot fi utilizate pentru a reduce consumul de droguri și a aborda diverse probleme care pot coexista. Un element central al acestei intervenții este anticiparea problemelor potențiale și creșterea autocontrolului respectivei persoane, ajutând-o să dezvolte strategii eficiente pentru a face față problemelor.

Tehnicile specifice includ:

- Explorarea consecințelor pozitive și negative ale comportamentului unei persoane;
- Auto-supervizarea pentru a recunoaște din timp riscurile și a identifica situațiile care pot pune o persoană în pericol de întrerupere a tratamentului anti-TBC sau de altă natură;
- Dezvoltarea strategiilor pentru a face față problemelor și a evita situațiile cu risc crescut.

**Managementul prin recompense** înseamnă că participanții sunt recompensați pentru comportamentul pozitiv legat de sănătatea lor și pentru rezultatul acestuia. Astfel de intervenții pot include:

- Compensații financiare directe;
- Sisteme economice simbolice, cum ar fi tichetele;
- Medicamente pentru întărirea comportamentelor pozitive (de obicei metadonă);
- Stimulente materiale (ex., bilete / abonamente de transport în comun sau obiecte electronice).

Susținerea prin tichete înseamnă că i se oferă clientului tichete cu diverse valori pentru adoptarea unui anumit tip de comportament (de ex., revenirea pentru un test cutanat TBC sau la o programare pentru TDO în caz de TBC). Odată primite, tichetele pot fi schimbate pe bunuri sau servicii, cum ar fi mâncarea sau cumpărăturile.

**Serviciile auxiliare** includ factori complecși, cum ar fi stabilitatea socială, educația, situația locuinței și statutul socio-economic.

**Srijinul social și îngrijirea socială** reprezintă o problemă extrem de importantă pentru mulți CDI.<sup>7</sup> S-a dovedit că mulți factori structurali care țin de locuință și bunăstarea economică au un impact major asupra calității vieții și riscului de infecție pentru mulți CDI. Furnizarea de servicii-suport care abordează nevoile extinse ale CDI, cum ar fi locuința, hrana și creșterea oportunităților de angajare poate avea un impact pozitiv asupra rezultatelor de sănătate ale unei persoane.

Organizațiile comunitare trebuie să le furnizeze clienților servicii integrate cum ar fi consilierea, schimbul de seringi și ace, distribuirea de prezervative, TDO, prevenirea administrării de supradoze, spații de duș și spălarea rufelor, hrană, acces la computere pentru a susține aderența clientului la tratamentul împotriva TBC.

## 2.6 Confidențialitatea relației cu clientul

Protecția informațiilor confidențiale ale clientului este numită de obicei confidențialitate și este o chestiune esențială în diverse aspecte ale controlului TBC.

### Măsurile pentru protejarea confidențialității clientului:

- Nu discutați niciodată cazul unui client cu altcineva fără permisiunea clientului (inclusiv familia sau prietenii)
- Nu lăsați copii ale formularelor sau înregistrărilor acolo unde persoane neautorizate le pot accesa
- Utilizați doar căi sigure pentru a-i transmite informații clientului
- Fiți discret atunci când efectuați vizite la client
- Efectuați interviurile cu clientul între patru ochi
- Nu discutați cazurile clienților într-un loc public.

## 2.7 Informarea, educarea și consilierea (IEC) clienților, apropiaților acestora și comunității

Scopul IEC este de:

- a crește cunoștințele privind TBC atât în rândul clienților, familiilor acestora și celor apropiați, precum și în comunitate;
- de a oferi servicii-suport psihosociale (de ex., consiliere) pentru clienți și cei apropiați lor.

Prin furnizarea de informații adecvate și creșterea cunoștințelor despre TBC, organizațiile comunitare pot schimba atitudinea negativă față de TBC și pot influența percepția a ceea ce este normal și acceptabil din punct de vedere social. Aceste activități au un impact important asupra prevenirii și îngrijirii și contribuie la schimbări în comportamentul individual și de grup.

Este bine ca în diversele activități ale OC-ului să fie implicați foști CDI vindecați de TBC. Foștii clienți pot ajuta la îmbunătățirea consilierii și comunicării între clienții cu TBC, familiile lor și furnizorii de tratament anti-TBC.

Clienții trebuie să înțeleagă importanța cunoașterii propriului lor statut HIV, drepturilor de a primi terapie preventivă cu INH, precum și a diagnosticării rapide și tratamentului anti-TBC. De asemenea, trebuie să știe faptul că TBC se transmite pe calea aerului prin tuse, strănut sau vorbit, iar ei trebuie încurajați să adopte bune practici ale tusei (de ex., eticheta tusei).

De asemenea, este important pentru OC să cunoască foarte bine legislația națională și actele normative care țin de îngrijirile pentru TBC. Acest lucru ușurează consultarea cu clientul în ceea ce privește pașii necesari pentru obținerea diagnosticului de TBC.

## 2.8 Exemple de activități TBC bazate pe comunitate:<sup>6</sup>

- Creșterea gradului de conștientizare, furnizarea de informații referitoare la schimbări de comportament și mobilizare comunitară
- Reducerea stigmei și discriminării
- Screening și testare pentru TBC și alte boli (de ex., consiliere și testare HIV; screening pentru diabet) inclusiv prin vizite la domiciliu
- Facilitarea accesului la servicii de diagnostic (de ex., colectare și transport spută)
- Inițierea și furnizarea măsurilor de prevenire a TBC (de ex., terapia preventivă cu INH, controlul infecției cu TBC)
- Referirea membrilor comunității pentru diagnosticarea TBC și a bolilor corelate
- Furnizarea de tratament pentru TBC și alte boli corelate
- Sprijin pentru creștere/menținerea aderenței la tratament prin sesiuni de informare și peer supporter, dar și prin urmărire individuală
- Furnizarea de TDO
- Sprijin social (de ex., suplimentarea hranei, activități care generează venituri)
- Îngrijire paliativă la domiciliu pentru TBC și bolile corelate
- Activități de advocacy în comunități

### Acțiuni esențiale pentru integrarea activităților TBC în munca OC:<sup>21</sup>

1. Înțelegerea tuberculozei, a tuberculozei la CDI și a contextului global
2. Înțelegerea situației TBC în țara dvs (zona dvs)
3. Înțelegerea nevoilor grupului țintă și a clienților
4. Alegerea celor mai potrivite activități pentru organizația dvs
5. Crearea și/sau întărirea de parteneriate (de ex cu organizații de pacienți cu TBC, comunități CDI și HIV)
6. Planificarea, implementare și măsurarea succesului activităților dvs
7. Finanțarea activităților dvs

- În mod ideal, toți CDI trebuie să se testeze pentru TBC o dată pe an
- Dacă un CDI suspect de TBC sosește la OC, clientul poate fi trimis imediat la unitățile de diagnosticare a TBC
- Toți contactii clienților cu tuberculoza-boală trebuie informați cu privire la expunerea lor la TBC și încurajați să participe la un screening pentru TBC
- Toate OC trebuie să efectueze o evaluare a riscului de TBC în mediul lor
- Se recomandă insistent ca tratamentul să fie administrat sub directă observație
- OC pot participa eficient la identificarea clienților cu tuberculoza- care au abandonat serviciile TBC
- În timpul tratamentului anti-TBC, pentru CDI sunt necesare măsuri specifice de sprijin pentru creșterea aderenței la tratament.



### 3. Exemplu de listă pentru autoevaluare cu activitățile care țin de TBC

Acest exemplu de listă de autoevaluare are ca scop măsurarea gradului în care organizația a implementat bunele practici. Organizațiile comunitare trebuie să aleagă din listă întrebările cele mai relevante și utile, aplicându-le la propria activitate.

Aceste întrebări ajută la identificarea zonelor în care OC-ul a atins deja „buna practică” și la scoaterea în evidență a zonelor care trebuie dezvoltate și întărite.

Da	Nu	
		1. Este personalul OC din organizația dvs. instruit corespunzător în ceea ce privește informațiile curente referitoare la TBC, procedurile de screening și sprijinul pentru tratament (adică sprijin social, consiliere psihologică, distribuirea stimulentei pentru tratament etc.)?
		2. Efectuați o instruire regulată a personalului OC privind TBC?
		3. Are organizația dvs. un plan de control al infecției?
		4. Este personalul OC al dvs. instruit în conformitate cu planul de control al infecției?
		5. Este planul de control al infecției implementat cu adevărat?
		6. Le sunt efectuate examinări pentru depistarea TBC tuturor membrilor personalului OC al dvs. (la angajare și periodic)?
		7. Există dispozitive de protecție disponibile pentru personalul OC și clienți (șervețele de hârtie/măști chirurgicale/respiratoare)?
		8. Efectuează organizația dvs. screening TBC pentru clienți (la prima vizită și periodic, după aceea)?
		9. Are organizația dvs. un sistem standardizat de păstrare a evidenței?
		10. Există un sistem de schimb de informații cu clinica TBC?
		11. Există un sistem de trimitere la clinica TBC?
		12. Sunt disponibile stimulente sau facilitatori pentru trimiterea clienților la clinica TBC?
		13. Sunt disponibile stimulente sau facilitatori pentru susținerea tratamentului?
		14. Sunt disponibile stimulente/facilitatori pentru urmărirea contactilor și găsirea persoanelor pierdute din evidență?
		15. Sunt disponibile materiale educaționale privind TBC pentru clienți?
		16. Există oportunități de formare pentru susținerea clienților în screening și tratament TBC?

## Indicatori

- Clienți care au cunoștințe corecte privind TBC (de ex., modul de transmitere, simptome, posibilitate de vindecare etc.) (din numărul total de clienți; procent).
- Numărul de clienți care au primit consiliere privind TBC la prima vizită (din numărul total de clienți; număr; procent).
- Numărul de clienți care primesc anual consiliere/screening privind TBC (din numărul total de clienți; număr; procent)
- Suspecți TBC identificați în cadrul OC-ului (număr).
- Suspecți TBC referiți către serviciile de diagnosticare a TBC de către OC (număr; procent).
- Clienți cu tuberculoză confirmați (număr).
  - Proporția de clienți care încep tratamentul pentru LTBI într-o anumită perioadă (procent)
  - Proporția de clienți care finalizează cu succes tratamentul (procent)
  - Proporția de clienți care încep tratamentul pentru tuberculoză într-o anumită perioadă (procent).
  - Proporția de clienți care finalizează cu succes tratamentul (procent)
  - Clienții care urmează tratamentul anti-TBC și primesc stimulente pentru aderența la tratament (număr; procent).
- Contacte apropiate ale clienților cu tuberculoză examinate pentru TBC (număr).
- % din personalul OC instruit conform planului de instruire al OC (procent).
- % din personalul OC testat pentru TBC în momentul angajării (procent).
- % din personalul OC testat pentru TBC o dată la 2 ani (procent).
- Existența unui plan scris de control al infecției (da/nu).
- Disponibilitatea și utilizarea dispozitivelor de protecție: șervețele de hârtie/măști chirurgicale/respiratoare (da/nu).

## Bibliografie

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, S.T., Langendam, M.M., van Deutekom, H., Coutinho, R.A., van Ameijden, E.J., "How does tuberculosis relate to HIV positive and HIV negative drug users?" *J Epidemiol Community Health* 2000; 54:64-8.
3. Deiss, R.G., Rodwell, T.C., Garfein, R.S., "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, H.L., "Epidemiologic basis of tuberculosis control", International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Pariis: 1999.
9. Rieder, H.L., Chiang, C.Y., Gie, R.P., Enarson, D.A., *Crofton's Clinical Tuberculosis*. Kolmas väljaanne, International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, *Teaching Aids at Low Cost*, ed. Oxford: Macmillan Education Ltd, 2009.
10. Broekmans, J.F., Migliori, G.B., Rieder, H.L., 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. Disponibil la: <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. Disponibil la: [http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/WHO\\_3Is\\_meeting\\_](http://www.who.int/hiv/pub/meetingreports/WHO_3Is_meeting_)
14. Rhodes, T., Ball, A., Stimson, G.V., 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. Disponibil la: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/218515/Management-of-tuberculosis-and-HIV-coinfection-Eng.pdf](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, S.J., Veldhuijzen, I.K., Wiessing, L., Lim, T.A., 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*. Euraasia kahjude vähendamise võrgustik (Eurasian Harm Reduction Network), 2012. Disponibil la: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/183981/Training-module-on-TB-prevention.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/183981/Training-module-on-TB-prevention.pdf)
21. Mburu, G. ja Richardson, D., *Community-based TB and HIV integration. Good Practice Guide*, 2013, International HIV/AIDS Alliance and PATH: Hove.



