

Клинический протокол Классификация случаев и лечение туберкулеза

Приоритетные мероприятия

1. *Использовать:*
 - Новые рекомендации ВОЗ по классификации случаев ТБ;
 - Стандартизованный режим лечения для всех случаев ТБ;
 - Стандартную схему терапии препаратами второго ряда при устойчивости к рифампицину по результатам теста Xpert MTB/RIF, до получения данных посева на лекарственную чувствительность МБТ
2. *Организовать лечение ТБ с учетом нужд и пожеланий пациента.*
3. *Приоритет амбулаторного лечения ТБ (для пациентов без МЛУ ТБ) и сокращение длительности госпитализации.*

В настоящее время традиционная система классификации пациентов с ТБ (четыре категории) отменена. Вместо этого, каждый случай определяется на основе наличия или отсутствия бактериологического подтверждения и далее классифицируется по следующим критериям:

1. локализации поражения,
2. истории предыдущего лечения
3. результаты тестирования чувствительности к ПТП
4. ВИЧ статусе.

Каждый случай ТБ определяется как бактериологически подтвержденные случаи, при положительном результате любого из бактериологических методов (микроскопия, посев, ПЦР) и «клинически установленные случаи ТБ» когда врач ставит диагноз активный ТБ и принимает решение назначать полный курс лечения без бактериологического подтверждения.

В зависимости от локализации туберкулезного процесса случаи туберкулеза подразделяются на **туберкулез легких**, когда имеет место поражение паренхимы легких, и **внелегочный туберкулез**, когда поражен любой другой орган без поражения ткани легких.

- Случаи сочетания легочного и внелегочного ТБ должны быть классифицированы, как туберкулез легких.
- Милиарный туберкулез классифицируется, как туберкулез легких, т.к. поражение, как правило, локализуется в легких.
- Туберкулезное поражение внутригрудных лимфатических узлов (средостения и/или корней легких), или туберкулезный плеврит, при отсутствии рентгенологических изменений в легких, определяется как случай внелегочного ТБ.

Классификация случаев туберкулеза в зависимости от проводившегося ранее лечения:

Настоящая классификация несколько отличается от варианта, включенного в клиническое руководство и отражает рекомендации Всемирной Организацией Здравоохранения 2013 году, которые вышли после публикации клинического руководства по ТБ для ПМСП¹.

1. Новый случай

Больной ТБ, который никогда ранее не получал противотуберкулезные препараты или получал их не более одного месяца.

2. Ранее леченый (повторное лечение)

Больной ТБ, который получал лечение противотуберкулезными препаратами один или больше месяцев в прошлом. Далее они классифицируются на основании результатов последнего по времени курса лечения.

А. Рецидив

Больной ТБ, у которого выявлен ТБ с **бактериовыделением**, который получал ранее лечение и считался излеченным или успешно завершившим лечение.

Б. Неэффективное лечение

Впервые выявленный больной ТБ, у которого результаты бактериоскопии мазка мокроты остаются положительными на 5 месяце лечения или более после начала лечения.

В. Потерян для последующего наблюдения (*перерыв лечения – по старому определению*)¹

Больной ТБ, у которого выявлен ТБ с бактериовыделением, и который прервал лечение более двух месяцев.

Г. Другой ранее леченый больной. Больной ТБ, который получал ранее лечение, но результат последнего курса лечения не известен или не задокументирован.

3. История предыдущего лечения неизвестна

Случай ТБ, который не укладывается ни в одну из ранее перечисленных групп.

Пациенты с положительным результатом микроскопии мазка после второго или последующего курса лечения в настоящее время не классифицируются, как “хронический случай” Вместо этого, они должны классифицироваться по результатам последнего по времени курса лечения: рецидив, потерян для последующего наблюдения или неэффективное лечение и по результату культурального обследования на наличие ЛУ-ТБ.

Классификация случаев туберкулеза по результатам ТЛЧ.

1. Новой категорией является «**рифампицин устойчивый случай**» на основе результата обследования Xpert MTB/RIF. С целью быстрого лечения таких больных эффективными препаратами, рекомендуется назначать стандартную схему лечения ПТП 2-го ряда от МЛУ-ТБ до подтверждения другим методом.

Другие категории включают:

2. **моно-резистентный** туберкулез

3. **поли-резистентный** туберкулез

4. туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (**МЛУ-ТБ**)

5. туберкулеза с широкой устойчивостью к лекарственным препаратам (**ШЛУ-ТБ**)

ВИЧ статус. Каждый случай ТБ должен классифицироваться еще по статусу ВИЧ

¹ Definitions and reporting framework for tuberculosis—2013 revision. World Health Organization 2013. WHO/NTM/TB/2013.2

инфекции: **ВИЧ положительный** пациент, **ВИЧ отрицательный** пациент, и пациент с **неизвестным статусом** ВИЧ инфекции (отсутствует результат обследования на ВИЧ и пациент не наблюдается у врача по ВИЧ). Как только статус ВИЧ инфекции становится известным, надо реклассифицировать по результату.

ПЕРЕЧЕНЬ

показаний и к стационарному лечению больных туберкулезом (в т.ч. детей и подростков).

№	Показания к госпитализации больных туберкулезом
1.	Больные активным туберкулезом, общее клиническое состояние которых оценивается как тяжелое и средне-тяжелое* независимо от их бактериологического статуса
2.	Состояния, когда необходимы лечебно-диагностические манипуляции, которые невозможно провести в амбулаторных условиях, сложные случаи, при которых пациенты нуждаются в интенсивном медицинском наблюдении
3.	Пациенты с ТБ с ММ+, при проживании их в условиях большого скопления людей (приют для бездомных, дом престарелых, пенитенциарные учреждения, многодетная семья и т.д.)
4.	Отягощающие социальные факторы (по решению врачебного консилиума)
5.	Случаи туберкулеза, требующие коррекции химиотерапии при непереносимости препаратов, которую невозможно провести в амбулаторных условиях
7.	Отрицательная клинико-рентгенологическая динамика течения туберкулеза, возобновление бактериовыделения на любом сроке лечения
8.	Наличие показаний к оперативным вмешательствам при ТБ/ЛУ-ТБ.

*В случае госпитализации по тяжести состояния, больные с предполагаемыми симптомами туберкулеза должны быть изолированы от других пациентов с подтвержденным диагнозом туберкулеза.

ПЕРЕЧЕНЬ

показаний к амбулаторному лечению больных туберкулезом (в т.ч. детей и подростков*)

№	Показания к амбулаторному лечению больных туберкулезом
1.	Наличие доступа к качественной контролируемой химиотерапии;
2.	Удовлетворительное состояние больного ТБ
3.	Больные, отказывающиеся от лечения в условиях стационара.

*Решение об амбулаторном лечении больных туберкулезом детей и подростков принимает врачебный консилиум с учетом социальных факторов. При проведении амбулаторного лечения детям разрешено посещать детские коллективы.

ПЕРЕЧЕНЬ

состояний, не требующих обязательной госпитализации

№	Нет необходимости в госпитализации следующих больных :
1.	при подозрении на туберкулез для обследования с целью установления диагноза, за исключением случаев с тяжелым, либо осложненным течением или при наличии сопутствующих заболеваний (в т.ч. дети и подростки)
2.	лиц с неактивными туберкулезными изменениями или для определения активности туберкулезного процесса
3.	лиц, имеющих инвалидность по туберкулезу или его последствий, приведших к инвалидности, с целью освидетельствования или переосвидетельствования МСЭК (в т.ч. дети и подростки)*
4.	больных с ВИЧ/ТБ, за исключением случаев с тяжелым общим состоянием пациентов либо случаев, требующих проведения медицинских вмешательств, невозможных в амбулаторных условиях (в т.ч. дети и подростки)
5.	больных МЛУ-туберкулезом, не получающих химиотерапию по различным причинам (неблагоприятные исходы ЛУ-ТБ, отсутствие ПВР и социальные условия, и др.)

* Обследование лиц с инвалидностью и посттуберкулезными изменениями (в т.ч. детей и подростков) для прохождения МСЭК должно проводиться в амбулаторных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ

показаний к выписке из стационара (в т.ч. детей и подростков)

№	Показания к выписке больных туберкулезом
1.	В случаях ТБ с сохраненной чувствительностью МБТ к ПТП (в т.ч. для детей): клиническое улучшение состояния больных, удовлетворительная переносимость ПТП
2.	Для больных ЛУ-ТБ или при отсутствии подтверждения лекарственной устойчивости (отсутствие ТЛЧ по разным причинам): клиническое улучшение состояния больных, хорошая переносимость ПТП и контрольные отрицательные результаты мазка микроскопии мокроты на МБТ с промежутком 30 дней
3.	Наличие доступа к качественной контролируемой химиотерапии на амбулаторном уровне

Лечение туберкулеза

1. Впервые выявленный (новый случай) пациент с туберкулезом легких должен получить химиотерапию по стандартной схеме, в течение 6-месяцев с включением рифампицина (2HRZE/4HR).
2. Если тест Xpert MTB/RIF недоступен решение по поводу госпитализации должно основываться на результатах микроскопии мазка мокроты: ММ- (БК-) пациенты должны получать лечение амбулаторно; рекомендуется госпитализировать ММ+ (БК+) пациентов до конверсии мазка мокроты при проживании в условиях большого скопления людей .
3. При отсутствии показаний к госпитализации, пациенты с впервые выявленным туберкулезом и отсутствием лекарственной устойчивости МБТ по результатам быстрого молекулярного теста (Xpert MTB/RIF или Хайн-тест), могут получать лечение в амбулаторных условиях, не зависимо от результатов микроскопии мазка мокроты.
4. Если пациент с положительным результатом мазка мокроты на КУБ предположительно чувствительным к противотуберкулезным препаратам был госпитализирован, то рекомендуется повторять микроскопию мокроты каждые 2 недели с целью решения вопроса выписки пациента из стационара после конверсии мазка.

5. Прием противотуберкулезных препаратов для впервые выявленных пациентов с ТБ легких осуществляется ежедневно в течение всего курса лечения.
6. Рекомендуется применять комбинированные противотуберкулезные препараты с фиксированными дозами для предупреждения монотерапии.
7. При наличии доступности к быстрому молекулярному тесту для определения лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, выбор схемы лечения должен основываться на результате этого исследования.
8. Если результат теста Xpert MTB/RIF показал устойчивость микобактерий туберкулеза к рифампицину, то необходимо начинать лечение по схеме для МЛУ-ТБ (препаратами второй линии) сразу после обсуждения на консилиуме, еще до получения подтверждения диагноза МЛУ-ТБ другими методами тестирования на лекарственную чувствительность.
9. При подозрении на МЛУ-ТБ, если тест Xpert MTB/RIF недоступен, то следует начинать эмпирическое лечение препаратами второго ряда до получения результата исследования на чувствительность микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам после рекомендаций врачебного консилиума по МЛУ-ТБ.
10. Нельзя начинать лечение МЛУ-ТБ препаратами второго ряда (эмпирический или основанный на результатах анализа на лекарственную устойчивость) при недостаточном количестве препаратов в противотуберкулезных учреждениях рассчитанных на полный курс лечения (20-24 месяцев).
11. Пациентам с повышенным риском развития изониазид-индуцированной периферической нейропатии (сахарный диабет, алкогольная зависимость, ВИЧ, нарушение питания, хронические заболевания печени, почечная недостаточность, беременным женщинам) следует профилактически назначить пиридоксин (10-25 мг/день) на период лечения ПТП.
12. Не существует достаточной доказательной базы рекомендовать рутинное назначение других витаминов с целью улучшения исходов лечения ТБ среди ВИЧ-отрицательных пациентов
13. Не рекомендуется назначать гепатопротекторы в целях профилактики или лечения лекарственного гепатита.
14. Не существует достаточной доказательной базы для назначения пищевых добавок ВИЧ - отрицательным пациентам с ТБ, включая высоко-энергетические добавки и витамины (за исключением пациентов с факторами риска, обуславливающими необходимость введения пиридоксина).
15. Действие кумыса и кобыльего молока на клинические исходы туберкулеза недостаточно изучено, чтобы рекомендовать рутинное его назначение.
16. Следует с большой осторожностью подходить к назначению дополнительных лекарственных препаратов или пищевых добавок к основной рекомендованной схеме противотуберкулезной терапии. особенно если их клиническая польза не подтверждена высококачественными клиническими исследованиями (собачье мясо, жиры диких животных).
17. Гормональные препараты применяются при лечении некоторых тяжелых форм туберкулеза, например: туберкулезный менингит, туберкулезный перикардит, и туберкулезный плеврит. С этой целью наиболее часто применяется преднизолон.

Схемы противотуберкулезной терапии

Схемы лечения предусматривают две фазы противотуберкулезной терапии – начальную (интенсивную) фазу лечения и поддерживающую фазу лечения.

Интенсивная фаза (2-3 месяца)

Первая фаза лечения туберкулеза, когда больной в зависимости от назначенного ему режима лечения принимает 4-5 основных противотуберкулезных препаратов. У большинства

пациентов конверсия из ММ+ в ММ- происходит в течение первых 2-3-х недель после начала стандартизованного курса противотуберкулезной терапии.

Поддерживающая фаза лечения (4-5 месяцев)

Во вторую фазу лечения туберкулеза, уменьшается количество принимаемых препаратов по сравнению с интенсивной фазой. В этот период идет уничтожение персистирующих форм *M.tuberculosis*, что обеспечивает полное уничтожение возбудителя болезни с дальнейшим уменьшением воспалительных изменений. Уничтожение персистирующих форм возбудителя предупреждает развитие рецидива после окончания курса терапии.

Таблица 1

Дозы противотуберкулезных препаратов и их режим приема

Препарат	Рекомендуемые дозы	
	Ежедневный прием	
	Доза (интервал) мг/кг веса	Макс. доза мг
Изониазид	5 (4-6)	300
Рифампицин	10 (8-12)	600
Пиразинамид	25 (20-30)	--
Этамбутол	15 (15-20)	--
Стрептомицин	15 (12-18)	

1. Стандартные схемы лечения

- Новые случаи ТБ без устойчивости к рифампицину или рифампицину/изониазиду по результатам молекулярного теста, могут начинать прием стандартной схемы противотуберкулезных препаратов первого ряда, по схеме 2HRZE/4HR, как это показано в Таблице 1. Эта схема также применима для лечения новых случаев ТБ там, где быстрый молекулярный тест не доступен и где пациент не находится в группе повышенного риска МЛУ ТБ.

- В случаях если пациент ранее получал лечение при сохраненной чувствительности к противотуберкулезным препаратам первого ряда, лечение проводится по схеме 3HRZE/5-6HR, по решению фтизиатра.

2. Использование противотуберкулезных препаратов в особых случаях

Беременность

- Применение стрептомицина во время беременности может привести к развитию у ребенка стойкой потери слуха, поэтому необходимо использовать вместо него этамбутол. Во время лечения МЛУ-ТБ всем женщинам настоятельно рекомендуется пользоваться противозачаточными средствами². Рекомендуется не прерывать беременность на фоне лечения противотуберкулезными препаратами. Во время беременности пациентка может принимать противотуберкулезные препараты. К моменту родов она может быть не опасна для своего ребенка (в зависимости от статуса выделения в мокроту МБТ и срока лечения), также сама может ухаживать за ним.

² Более подробное описание приведено в КР по Менеджменту лекарственно-устойчивого туберкулеза.

Почечная недостаточность

- Можно без опасений применять рифампицин, изониазид и пиразинамид.
- Необходимо избегать применения стрептомицина и этамбутола, если имеется возможность использовать другие препараты, так как они выводятся почками. Если же их применение неизбежно, то необходимо давать эти лекарства больному в меньшей дозировке и с большими интервалами между их приемами.

Заболевания печени

- Большинство противотуберкулезных препаратов могут вызывать повреждения печени. Решения о пересмотре стандартных терапевтических схем у пациентов с хроническими заболеваниями печени должны приниматься совместно соответствующими специалистами.

Побочные действия противотуберкулезных препаратов

- В процессе противотуберкулезной терапии очень важно осуществлять клинический мониторинг за состоянием больного.
 - Необходимо информировать больных о проявлениях наиболее частых побочных реакций и проинструктировать о необходимости сообщения врачу при их появлении.
 - Необходимо целенаправленно спрашивать больных о таких симптомах при каждой встрече.
- Побочные реакции на препараты должны регистрироваться в медицинской карте пациента.
- Побочные эффекты можно разделить на тяжелые и легкие (см. таблицу). В целом, легкие побочные эффекты можно лечить симптоматически, не прерывая прием противотуберкулезных препаратов. Появление тяжелых побочных эффектов требует прекращения приема соответствующего препарата и направления пациента к районному фтизиатру.
- Кожный зуд без высыпаний можно лечить симптоматически с помощью увлажняющих кремов и перорального приема антигистаминных препаратов. Появление сыпи с зудом или без него считается тяжелым побочным эффектом, который требует прекращения приема всех противотуберкулезных препаратов, которые затем должны по очереди возобновляться в схеме лечения под наблюдением фтизиатра после их устранения.

Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов и их лечение (из Руководства по лечению туберкулеза ВОЗ, 4-я редакция)³

Побочный эффект	Вероятно вызвавший препарат	Лечение
Тяжелые		Прекратить прием соответствующего препарата (ов) и направить к фтизиатру
Кожная сыпь с или без зуда	Стрептомицин, изониазид, рифампицин	Прекратить прием противотуберкулезных препаратов
Снижение слуха	Стрептомицин	Прекратить инъекции стрептомицина
Головокружение (вертиго с нистагмом)	Стрептомицин	Прекратить инъекции стрептомицина
Желтуха, гепатит	Изониазид, пиразинамид, рифампицин	Прекратить прием противотуберкулезных препаратов (превышение уровня трансаминаз)

³ Перечень побочных эффектов от приема ПТП 2 ряда и их купировании приведено в КР по МЛУ-ТБ

		более 3 раз)
Спутанность сознания (если есть желтуха, возможна острая печеночная недостаточность)	Большинство противотуберкулезных препаратов	Прекратить прием противотуберкулезных препаратов
Нарушения зрения	Этамбутол	Прекратить прием этамбутола
Шок, пурпура, острая почечная недостаточность	Рифампицин	Прекратить прием рифампицина
Снижение диуреза	Стрептомицин	Прекратить инъекции стрептомицина
Легкие		Продолжить прием противотуберкулезных препаратов, проверить их дозы
Анорексия, тошнота, боль в животе	Пиразинамид, рифампицин, изониазид	Давать препараты во время еды или перед сном, посоветовать пациенту глотать таблетки каждую по отдельности, запивая маленькими глотками воды. Если симптомы персистируют или ухудшаются, или появилась упорная рвота, или признаки кровотечения, следует считать побочный эффект тяжелым и направить к фтизиатру.
Боль в суставах	Пиразинамид	Аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, диклофенак и др.) или парацетамол
Чувство жжения, онемения или покалывания в кистях и ступнях ног	Изониазид	Пиридоксин 50-75 мг в день
Сонливость	Изониазид	Успокоить, давать препарат перед сном
Оранжевая/красная моча, слезы	Рифампицин	Успокоить. Сказать пациенту, что такое может быть в начале лечения, и это нормальное явление
Гриппоподобный синдром (температура, озноб, недомогание, головная боль, боль в костях)	Прерывистый прием рифампицина	Перейти от прерывистого к ежедневному приему рифампицина

Поддержка приверженности к соблюдению терапевтического режима

1. Лечение под непосредственным наблюдением должно проводиться, как часть более широкого “пакета услуг” по лечению пациента, направленного на удовлетворение его потребностей.
2. Лечение под непосредственным наблюдением должно осуществляться гибко, с возможностью адаптации проведения в разных условиях, наиболее удобных для пациента.
3. Каждому пациенту должен быть найден приемлемый для него помощник в лечении. Этим человеком может быть медицинский работник из ближайшего медучреждения, работник

общественного здравоохранения или обученный и работающий под контролем член местного сообщества (например, сотрудник, бывший больной ТБ, сосед, религиозный лидер и др.).

4. Для поддержки приверженности к соблюдению терапевтического режима рекомендуется проводить частое и индивидуальное обучение пациента по вопросам, связанным с его заболеванием.
5. Госпитализация с целью соблюдения лечебного режима должна применяться только в случаях, когда применение других мер стимуляции приверженности и поддержки невозможно.

Значение поддерживающих взаимоотношений между медицинским работником и пациентом с ТБ важно, доказательством чего является то, что в качестве основной причиной несоблюдения пациентами терапевтического режима названы плохие отношения лечащего врача и пациента. Успех лечения во многом зависит от того как организовано лечение и отвечают ли эти условия потребностям пациента, создания обстановки, в которой пациент может свободно высказать свои опасения, потребности, вопросы и желания, касающиеся лечения.

Работники здравоохранения должны учесть наиболее важные факторы для каждого отдельного пациента и сделать все возможное, чтобы помочь пациентам преодолеть эти препятствия или успешно пройти лечение. Столь же необходимо, чтобы медучреждения проанализировали свои внутренние процессы (как организованы их услуги) и постарались выявить проблемные зоны и разрешить проблемы, которые создают препятствия к успешному лечению ТБ.

Организация лечения под непосредственным контролем

Чтобы добиться излечения больного и предотвращения развития лекарственной устойчивости МБТ, необходимо, чтобы больной в действительности принимал лечение. Аккуратность лечения больного при химиотерапии означает, что больной принимает каждую дозу препарата в соответствии с назначенной ему схемой лечения. Невозможно заранее предсказать, кто из больных окажется настолько дисциплинированным, что сможет самостоятельно принимать лекарства. Хотя наличие некоторых факторов (бездомность, внутривенное потребление наркотиков, алкоголизм) позволяет предположить слабую приверженность к лечению, большинство пациентов, не соблюдающих режим, не имеет этих факторов риска. Единственный способ добиться уверенности в аккуратности лечения больных – проводить лечение под непосредственным контролем. Это означает, что медицинский работник или иное уполномоченное лицо каждый раз наблюдает за тем, как больной принимает таблетки, обычно это называется “непосредственный контроль лечения” (НКЛ или «DOT»).

Общественные помощники в проведении лечения

В ряде исследований в качестве значительного препятствия к соблюдению лечебного режима были названы трудности доступа к учреждениям здравоохранения. В Кыргызстане, где в сельской местности не хватает медицинских работников, следует рассмотреть вопрос вовлечения лиц, не имеющих медицинского образования, общественных помощников для наблюдения за противотуберкулезной терапией. Выясняется, что нет никаких различий в эффективности НКЛ организованных в медицинских учреждениях или на дому, если наблюдение проводит медицинский работник или подготовленный общественный помощник.

Работа общественного помощника в проведении лечения должна быть приемлемой для пациента. На практике, пациент с большей вероятностью будет соблюдать режим предписанной терапии, если он сам участвовал в выборе своего помощника в лечении.

Помощники в лечении должны быть обучены и работать под руководством медицинских работников, а также демонстрировать способность и желание выполнять требования отчетности и сопровождать пациента в регулярных посещениях лечащего врача. Имеются учебные материалы, для обучения медицинских работников тому, как подготовить и руководить работой общественных помощников в проведении лечения; а также справочники для общественных помощников.

Мониторинг и контроль лечения

1. Все пациенты должны подвергаться мониторингу, позволяющему оценить эффективность проводимой терапии.
2. Все пациенты должны быть проинструктированы, о необходимости сообщать своему лечащему врачу об устойчивом сохранении или повторном появлении симптомов, или о признаках побочных реакций ПТП.
3. Если пациент пропустил назначенный прием противотуберкулезных препаратов, наблюдающий за его лечением медицинский работник должен связаться с пациентом в течение суток после пропущенного визита в интенсивную фазу лечения, и в течение недели в фазе поддерживающего лечения.
4. Следует ежемесячно мониторировать вес пациента для оценки ответа на лечение и для коррекции суточной дозы ПТП в случае увеличения или его уменьшения. В случае увеличения веса больного если СД не соответствует весу, то создается условие для развития ЛУ-ТБ. В случае уменьшения веса нарастает токсическое действие ПТП.
5. Для контроля эффективности проводимого лечения следует применять бактериологические методы (микроскопия посев мокроты).
6. Рентгенография органов грудной клетки НЕ является ключевым основанием для контроля и оценки эффективности проводимого лечения.
7. Методы быстрого молекулярного анализа (Хайн-тест, Xpert MTB/RIF) не должны применяться для контроля эффективности проводимого лечения.
8. Все пациенты (с положительным и отрицательным результатом микроскопии) должны повторно пройти микроскопию мазка мокроты в конце интенсивной фазы лечения (через 2 месяца лечения для новых случаев ТБ; и через 3 месяца лечения в случае повторного курса терапии препаратами первой линии).
9. Новые случаи туберкулеза легких, имевшие отрицательный результат микроскопии мазка мокроты в начале лечения и в конце 2-го месяца лечения, не нуждаются в дальнейшем бактериологическом контроле.
10. Новые случаи туберкулеза легких, имевшие положительный результат микроскопии мазка мокроты в начале лечения и в конце 2-го месяца лечения, должны повторно пройти микроскопию мазка мокроты в конце 3-го месяца. Если результат положительный, необходимо исключить устойчивость к ПТП путем экспресс-анализа (Xpert MTB/RIF или Hain при их доступности) и посев мокроты на культуру с определением чувствительности к ПТП. В этот период рекомендуется начать фазу поддерживающего лечения, но по получению результата анализа на чувствительность к ПТП, схема должна быть откорректирована фтизиатром.
11. Пациенты с туберкулезом легких, у которых результат микроскопии мазка изначально был положительным, должны сдать мокроту на микроскопию мазка в конце 5-го месяца лечения и в конце лечения (6 месяцев для впервые выявленных пациентов; 8 месяцев для пациентов, получающих повторное лечение препаратами первой линии). Если какой-нибудь из этих результатов положительный, то лечение было неэффективным, и необходимо исключить устойчивость к ПТП путем экспресс-анализа (Xpert MTB/RIF или Hain при их доступности) и посева мокроты с определением чувствительности к ПТП.

12. Если в любой момент в течение курса лечения выявляется МЛУ ТБ, лечение объявляется неэффективным, и открывается новая карта лечения.

Определение исхода лечения

Следующая схема исхода лечения несколько отличается от схемы, приведенной в клиническом руководстве и отражает изменения, рекомендованные Всемирной Организацией Здравоохранения в 2013 году.⁴

В конце курса лечения у всех больных с ТБ кроме тех, которые получают лечение препаратами второй линии (ПВЛ), фтизиатр должен определить результаты специфической терапии по следующим определениям:

Исходы	Характеристика
Излечение	Пациенты с туберкулезом легких, у которых результат микроскопии мазка изначально был положительным, но, на момент окончания курса лечения и во время хотя бы одного предыдущего исследования, имевшие отрицательные результаты бактериоскопии и посева мокроты
Лечение завершено	Пациент, завершивший полный курс лечения, но не имеющий отрицательных результатов бактериоскопии мокроты или посева на культуру за последний месяц лечения или во время хотя бы одного предыдущего исследования (микроскопия мокроты могла не проводиться или результат не получен)
Неэффективное лечение	Пациенты, чьи результаты бактериоскопии мокроты или посева остаются положительными через 5 месяцев лечения и далее.
Больной умер	Смерть больного наступила в результате любой причины во время проведения химиотерапии
Перерыв лечения («потерян для последующего наблюдения»)	Пациент, который не начал лечиться или чье лечение было прервано в течение 2 месяцев подряд или дольше
Результат не оценен	Больной, у которого исход лечения не определен. Данная группа включает больных, которые продолжают лечение под наблюдением другого медицинского учреждения («переведен»).
Успешное лечение	Сумма случаев излечения и завершенных курсов лечения (для пациентов с изначально положительным результатом бактериоскопии мокроты)

Пациенты, у которых в любой момент в течение курса лечения был выявлен МЛУ-ТБ или ТБ устойчивый к рифампицину должны получить лечение ПВР. Такие больные снимаются с когорты больных с ТБ и включаются в анализ когорты больных, получающих лечение ПВР. Схема классификации исхода лечения больных, леченных ПВР включена в КР по МЛУ-ТБ.

⁴ Definitions and reporting framework for tuberculosis—2013 revision. World Health Organization 2013. WHO/NTM/TB/2013.2

Что должны знать Ваши пациенты о туберкулезе сегодня

Помните, Ваш пациент может быть испуган установленным диагнозом. Он может задать вам множество вопросов. В этом случае не забудьте сказать ему...

Туберкулез **излечим**.

Туберкулез излечимое заболевание. Почти все больные туберкулезом полностью излечиваются, если они проходят лечение до конца. Вы почувствуете себя лучше вскоре после начала приема антибиотиков.

Вы можете **уберечь свою семью** от туберкулеза.

Вполне возможно уберечь Вашу семью от заражения. Пользуйтесь салфеткой, прикрывая рот и нос при чихании и кашле. Выбрасывайте салфетки в урны после их использования. Проветривайте помещение, открывая окно или форточку, чтобы в комнате был свежий воздух. Сократите общение с другими людьми, особенно с детьми. Спросите своего врача о БЦЖ, чтобы уберечь своих детей. Когда Вам врач скажет, что Вы уже не можете заразить окружающих, Вы сможете общаться со всеми, как и прежде.



Лечение туберкулеза **бесплатно**.

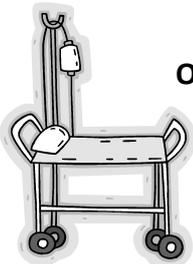
Не беспокойтесь о том, что надо будет платить за лечение. Диагностика и лечение туберкулеза в Кыргызстане бесплатно.

Вы **должны** пройти полный курс лечения от туберкулеза.

Ваше лечение продлится 6 месяцев. Даже если Вы почувствуете себя лучше после приема лекарств, Вы обязательно, должны продолжать прием противотуберкулезных препаратов до конца лечения. Если Вы закончите лечение раньше положенного, Вы можете заболеть снова, но уже более тяжелой формой туберкулеза. Больные туберкулезом принимающие непрерывно противотуберкулезные лекарства получают ежемесячно пакет продуктов.

Приложение № 2: Памятка в помощь пациенту (для использования на амбулаторном уровне, после постановки диагноза ТБ)

Если Вам поставили диагноз «туберкулез», где Вам лечиться?



Обязательной госпитализации подлежат только больные с тяжелыми формами туберкулеза, тяжелым состоянием или требующие хирургических вмешательств, выполнение которых возможно только в стационаре. Только ваш врач может определить тяжелую форму или нестабильное состояние.



Кого НЕ следует госпитализировать?

Больных туберкулезом легких в удовлетворительном состоянии, в мокроте которых, не найдены бактерии туберкулеза (при микроскопии). Эти больные **должны** лечиться в амбулаторных условиях.



Больные с туберкулезом легких с наличием бактерий туберкулеза в мокроте (выявленных при микроскопии) должны понимать возможные преимущества и недостатки госпитализации по сравнению с амбулаторным лечением, чтобы принять наиболее верное решение относительно места лечения.

Как Вам сделать выбор?

Независимо от того, где проводится лечение в стационаре или амбулаторно (дома) ...

- Нужно принимать противотуберкулезные препараты (таблетки) 1 раз в сутки
- Лекарства нужно принимать непрерывно в течение длительного времени (6-8 месяцев)
 - Первые 2 месяца, по 4 препарата каждый день
 - Последние 4-6 месяцев, по 2 препарата 3 раза в неделю или каждый день
- **Только** эти конкретные противотуберкулезные препараты (таблетки) необходимы для лечения туберкулеза легких! Если у вас возникли побочные эффекты, врач может порекомендовать препараты для устранения этих симптомов). Нет необходимости применения других мер таких, как физиотерапия, массаж, травы.
- Медицинский работник (или в некоторых случаях, член семьи или знакомый) должен наблюдать за каждым приемом противотуберкулезных препаратов
- Важно соблюдать определенные меры для снижения риска передачи инфекции:
 - Проветривать помещение, открывая форточку/окно
 - Соблюдать гигиенические правила при кашле
 - Избегать длительного, тесного контакта с другими людьми в течение первых двух недель терапии
- Риск передачи инфекции быстро снижается в течение первых двух недель терапии



В чем преимущества амбулаторного лечения?

- Вы можете находиться дома и продолжать заниматься большей частью своих обычных дел
- Вы сможете избежать риска заражения лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, которые могут передаваться внутри больницы
- При амбулаторном лечении риск заражения домочадцев инфекцией туберкулеза уменьшается с началом приема лекарств.

Стационарное лечение удобно...

- Если тяжело добираться до медучреждения за лекарствами каждый день, а дома нет условий для приема ежедневной дозы лекарств под наблюдением
- Если не соблюдаются рекомендации врача, чтобы снизить риск передачи инфекции членам семьи в течение первых двух недель лечения
- Если вам негде жить.

