

Туберкулездің емі

Мұқанова А.

- **Туберкулез науқасын емдеудің басты мақсаты - науқасты туберкулезден жазып шығару, яғни аурудың клиникалық белгілерін толық жойып, бактерия бөлуді тұрақты тоқтатып және зақымдалған ағзада туберкулез өзгерістерін тұрақты орнына келтіріп, науқас организмнің бұзылған қызметін барынша орнына келтіру; туберкулезден болатын өлімді және басқа жағымсыз болжамның алдын алу; рецидивті болдырмау және инфекцияның бір адамнан екіншісіне жұғуын азайту мүмкін болса тоқтату болып табылады.**

Емдеудің жалпы принциптері

1. Туберкулез ауруының емі дер кезінде ерте басталуы керек. Ол үшін туберкулез ерте кезеңінде анықталуы тиісті. Бұл қағида өкпе мен басқа мүшелерде кері қайтпайтын морфологиялық өзгерістер пайда болмай тұрып, туберкулезді дер кезінде, кешіктірмей табу керек екендігін көрсетеді. **Себебі** туберкулездің жаңа басталған кезеңінде қолданған емнің нәтижесі, туберкулездің асқынған, емдеу мезгілі өтіп кеткен, консервативті емді жүргізгенде жазылмайтын фиброзды-каверналы, циррозды туберкулезбен салыстырғанда әлдеқайда нәтижелі.

2. Туберкулез ауруының емі ұзақ уақыт жүргізілуі тиісті, себебі осы күнге дейін туберкулезді қысқа мерзімде жазып шығатын әдіс табылмаған. Туберкулезге қарсы жүргізілетін емнің мерзімі оның анықталу кезеңімен тікелей байланысты. Туберкулезбен ауыратын науқасты емдеудің нәтижелігі емнің ұзақтығына байланысты. Емді ерте, мезгілінен бұрын тоқтату туберкулездің өршуіне, ауру процесінің қайталануына әкеліп соғады. Емдеу уақытының қолайлы ұзақтығы туберкулездің түріне, емнің нәтижелігіне байланысты, ол 6-18 айға (орташа 1 жыл) созылады.

3. Туберкулез ауруының емі кешенді болу керек және туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілер, патогенетикалық, және симптоматикалық дәрілер, керек жағдайларда коллапсотерапия мен хирургиялық емдеу әдістері репаративті процесстерді жылдамдатуға науқас ағзасының бұзылған қызметтерін қалпына келтіруге бағытталған болуы қажет

4. Туберкулез ауруының ұзақ мерзімді емі стационарда басталып, санаторий емімен жалғасып, амбулаториялық емханада аяқталуы тиіс. Ем осы көрсетілген кезеңдерде бір жоспармен жүргізіліп, алдыңғы кезеңде басталған ем соңғы кезеңдерде жалғасады.

- Қазіргі кезде туберкулезге қарсы дәрілерді негізгі және резервті топтарға бөледі.
- Негізгі топ дәрілері: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Этамбутол, Стрептомицин.
- Резервті топтағы дәрілер: Этионамид, Протионамид, Циклосерин, Канамицин, ПАСҚ, Амикацин, Капреомицин, Фторхинолондар.
- Әсеріне қарай туберкулезге қарсы дәрілер - бактерицидті, тазалаушы (стерилизациялаушы), дәріге төзімділікті болдырмаушы болып бөлінеді.
- Бактерицидті әсер жасайтын дәрілер: Изониазид, Рифампицин, Пиразинамид, Стрептомицин.
- Тазалаушы әсер жасайтын дәрі: Рифампицин.
- Дәріге төзімділікті болдырмаушы дәрілер: Изониазид, Рифампицин, Этамбутол, Стрептомицин.

- Химиотерапияны жекелеген және стандартты режимдерде жүргізеді. Қазақстанда химиотерапия DOTs стратегиясына сәйкес стандартты қысқа мерзімді режимде жүргізіледі. Стандартты ем дегеніміз - дәрілердің ең нәтижелі комбинациясын таңдау, емнің қарқынды және жалғастыру кезеңдерінде ғылыми дәлелді түрде ең нәтижелі дәрілерді таңдау, дәрілердің оптимальды мөлшерін таңдау, жағымсыз әсерлердің аз кездесуі.

DOTS стратегиясы бойынша туберкулездің кез келген түрімен ауыратын науқастарды емдеудің негізгі әдісі үш принципке негізделген.

1. химиотерапиялық ем қатаң бақылаумен жүргізілуі керек. Ауруханада, санаторийларда науқастар туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілерді медицина қызметкерлерінің бақылауымен қабылдауы тиіс, ал емханалық жағдайда дәрі қабылдауды медицина қызметкерлері, химизаторлар, супервайзерлер немесе науқастың туыстары бақылайды.
2. Науқастардың ем категориясына сәйкес, барлық дәрілерді және толық мөлшерде қабылдауды қатаң сақтау.
3. Ем схемасының ұзақтығын сақтау.

- Туберкулезбен ауыратын науқастарға химиотерапия жүргізу барысында бактерия популяцияларының әркелкі жағдайларда болуына байланысты туберкулезге қарсы дәрілермен емдеуді DOTS стратегиясы бойынша екі кезеңге бөледі.



Бірінші кезең - қарқынды кезең. Микобактериялардың көбеюін басып, санын азайту мақсатында стационарда қарқынды толық химиотерапия жүргізу. Емханалық ем жасауға да болады, жеке қаралады. Бірінші кезең 2-5 айға созылып 4 немесе 5 дәрімен қарқынды ем қолданылады. Бацилла бөлетін науқастардың көпшілігінде қарқынды кезең барысында микобактерия бөлу тоқтайды.



Екінші кезең - жалғастыру, қарқындылығы аз химиотерапия. Екінші кезең - қалған микобактерияларға, көбінесе баяу көбейетін және персистелген бактериялық популяцияларды жойып, репликация процессінің қайта пайда болуын және олардың көбеюін жаңадан болдырмау. Екінші кезең амбулаториялық жағдайда жүргізіліп, 4-7 айға созылады, бұл кезде емнің қарқындылығы аз болады да 2-3 дәрі қолданылады.

- Туберкулезбен ауыратын нуқатар регистрациясы 3 категория бойынша іске асады

I (бірінші) категорияға бактерия бөлуші өкпе және өкпеден тыс туберкулезбен алғаш рет ауырған науқастар, сонымен қатар бактерия бөлмейтін келесі науқастар жатады: 1 сегменттен аса зақымдануы бар өкпе туберкулезі; өкпе және өкпеден тыс туберкулездің асқынған және жанасқан түрлері.

II (екінші) категория – туберкулездің қайталанған жағдайы («рецидив», «емнің сәтсіздігі», «үзілістен кейінгі ем», «басқалары»);

IV (төртінші) категория – препараттарға көптік тұрақтылық және препараттарға кең тұрақтылық лабораторлық жағдайда дәлелденген, 1,2,4 категорияларда «емнің сәтсіздігі» нәтижесімен полирезистентті туберкулез

I категория

- емнің қарқынды кезеңі туберкулез үрдісінің ауырлығы мен жайылуына байланысты екі айдан төрт айға дейін жүргізіледі. Емді бастамас бұрын туберкулез микробактерияларының туберкулезге қарсы ДСТ анықтау үшін қақырықты дақылды әдіспен тексеру қажет;
- ем мөлшері науқастың салмағына сәйкес төрт дәрімен жүргізіледі: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E) немесе стрептомицин (S).Стрептомицин екі айдан артық қолданылмайды.
- екі ай емдегеннен кейін, ТМБ екі қайта зерттелген қақырық жағындысы теріс нәтиже көрсеткен жағдайда ғана науқасты емнің жалғастыру кезеңіне ауыстыруға болады;
- егер екінші айдың аяғында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, ДСТ-і қайталанып, емнің қарқынды кезеңі бір айға созылады;
- егер үшінші айдың аяғында қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болса, науқас емнің жалғастыру кезеңіне ауыстырылады;
- егер үшінші айдың аяғында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, емнің қарқынды кезеңі тағы бір айға созылады;

- төртінші айдың аяғында қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болса, науқас емнің жалғастыру кезеңіне ауыстырылады;
- егер төртінші айдың аяғында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса немесе жалғастыру кезеңінде бактерия бөлушілік пайда болса, науқасқа «сәтсіз ем» деген нәтиже анықталады. ТМБ ТҚД сезімталдығы сақталған жағдайда, науқас II категория бойынша емге қайта тіркеледі. Полирезистенттілік анықталған жағдайда науқас IV категорияға ауыстырылып, оған «IV категорияға ауыстырылды» деген ем нәтижесі анықталады. Қайта емді бастау мүмкіндігін ОДКК шешеді;
- егер науқаста туберкулезге қарсы дәрілерге көптеген төзімділік дәлелденсе, онда I категория бойынша ем тиімділігіне қарамастан, VI категорияға ауыстырылып, оған «IV категорияға ауыстырылды» деген ем нәтижесі анықталады;

- IV категорияға тіркелгеннен кейін I категория бойынша емі тиімді (қақырық жағындысының конверсиясы, оң нәтижелі клиникалық рентгенологиялық динамикасы бар) болған науқас сол аталған категория бойынша емін жалғастырады. Егер I категория бойынша ем тиімсіз болса (2/3 айдан кейін қақырық жағындысының конверсиясы болмаса, оң клиникалық рентгенологиялық динамика болмаса), онда науқасқа резервті топтағы ТҚД-мен стандартты ем тағайындау мүмкіндігін ОДКК қарастырады;
- емнің жалғастыру кезеңі 4 ай бойы күнара (аптасына 3 рет) немесе күнде екі дәрі - изониазид (H) және рифампицинмен (R) жүргізіледі;
- ТБ/АИВ ко-инфекциясы бар науқастарға жалғастыру фазасы күнделікті тәртіпте жүргізіледі.
- ауыр жағдайларда емнің жалғастыру кезеңі 7 айға дейін күнде немесе күнара жүргізіледі.
- Изониазидке монорезистенттілік анықталса, жалғастыру фазасына этамбутол қосудымен жүргізілідеі.

II категория

- II (екінші) категорияға туберкулездің қайталануы бар науқастар, емі сәтсіз аяқталған науқастар, үзілістен кейінгі ем алушы науқастар және басқа науқастар жатады.
- емнің қарқынды кезеңі туберкулез үрдісінің ауырлығы мен жайылуына байланысты үш айдан бес айға дейін жүргізіледі. Емді бастамас бұрын қақырықты дақылды әдіспен тексеріп, DST жүргізу қажет;
- алғашқы екі ай мерзімінде ем бес дәрімен салмақ мөлшеріне сәйкес жүргізіледі: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E), стрептомицин (S). Кейіннен ем стрептомицинсіз төрт дәрімен жалғастырылады: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E);
- үш ай өткеннен кейін емнің жалғастыру кезеңіне қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болған жағдайда ғана көшеді;
- егер үш айдың соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, DST қайталанып, емнің қарқынды кезеңі бір айға созылады;

- егер төртінші айдың соңында екі рет қақырық жағындысы теріс нәтижелі болса, науқас емнің жалғастыру кезеңіне ауыстырылады;
- егер төртінші айдың соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, емнің қарқынды кезеңі тағы бір айға созылады;
- бесінші айдың аяғында қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болған жағдайда, науқас емнің жалғастыру кезеңіне ауыстырылады;
- егер бесінші айдың аяғында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, науқаста «сәтсіз ем» деген нәтиже анықталып, IV категорияға ауыстырылады. Науқасқа қандай ем тағайындау керек екенін ОДКК қайта тіркеуден кейін шешеді.
- қарқынды кезеңнің аяғына дейін ДСТ дәріге төзімділікті анықтаса, науқас қабылдап жатқан емнің (II категория бойынша) тиімділігіне қарамастан IV категорияға ауыстырылып, оған «IV категорияға ауыстырылды» деген ем нәтижесі анықталады;
- VI категорияға тіркелгеннен кейін II категория бойынша емі тиімді (қақырық жағындысының конверсиясы, оң нәтижелі клиникалық рентгенологиялық динамикасы бар) болған науқас сол аталған категория бойынша емін жалғастырады. Ал II категория бойынша ем тиімсіз болса, онда науқасқа ОДКК шешімімен резервті топтағы ТҚД-мен стандартты ем тағайындалады;
- емнің жалғастыру кезеңі бес ай бойы күнара (аптасына 3 рет) немесе күнде изониазид (H), рифампицин (R) және этамбутолмен (E) жүргізіледі;

Наименование препарата	Лекарственная форма	Содержание активного вещества
Изониазид	Таблетка, раствор для инъекций, сироп	100 мг, 300 мг, 500 мг, 4000 мг
Рифампицин	Таблетка, капсула, раствор для инъекций	150 мг, 300 мг
Пиразинамид	Таблетка	400 мг, 500мг
Этамбутол	Таблетка, раствор для инъекций,	100мг, 400мг, 1000 мг, 2000 мг
Стрептомицин	Порошок для инъекций	1000мг

Лекарственные формы и дозировки противотуберкулезных препаратов первого ряда

Категория	Қарқынды фаза	Жалғастыру фазасы
I	2-4 HRZE(S) Стрептомицин 2 ай қолданылады	4 (7) H_3R_3 или 4 (7) HR или 4(7) HRE*
II	3-5 HRZES Стрептомицин 2 ай қолданылады	5 $H_3R_3E_3$ или 5 HRE

Название препарата	Вес (кг)			
	30-39	40-54	55-70	более 70
Интенсивная фаза - ежедневный прием				
Изониазид	200 мг	300 мг	300 мг	400 мг
Рифампицин	300 мг	450 мг	600 мг	750 мг
Пиразинамид	1000 мг	1500 мг	2000 мг	2000 мг
Этамбутол	600 мг	800 мг	1200 мг	1600 мг
Стрептомицин (1 гр.)	500 мг	750 мг	1000 мг	1000 мг
Поддерживающая фаза – ежедневный прием				
Изониазид	200 мг	300 мг	300 мг	400 мг
Рифампицин 150мг	300 мг	450 мг	600 мг	750 мг
Этамбутол 400мг	600 мг	800 мг	1200 мг	1600 мг
Поддерживающая фаза - прием 3 раза в неделю				
Изониазид	300 мг	600 мг	600 мг	700 мг
Рифампицин 150мг	300 мг	450 мг	600 мг	750 мг
Этамбутол 400мг	1200 мг	1600 мг	2400 мг	2400 мг

Препараттардың тәуліктік
дозасы

IV

категория

- IV категорияға жатқызылатын категория
- 1) препараттарға көптік және кең тұрақтылық лабораторлық жағдайда дәлелденген
- 2) 1,2 категорияларда «емнің сәтсіздігі» нәтижесімен полирезистентті туберкулез (препараттарға көптік тұрақтылық даму қаупі жоғары)
- 3) 2 қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емнің сәтсіздігі (препараттарға кең тұрақтылық даму қаупі жоғары)
- 4) препараттарға көптік тұрақтылық дәлелденген, бірақ туберкулезге қарсы 1 қатардағы препараттармен емді «жазылды», «емдеу аяқталды» қорытындысымен аяқтаған науқастар
- 5) препараттарға көптік тұрақтылық дәлелденген, бірақ туберкулезге қарсы 2 қатардағы препараттармен емді «жазылды», «емдеу аяқталды» қорытындысымен аяқтаған науқастар
- 6) препараттарға көптік тұрақтылық дәлелденген, және туберкулезге қарсы емді 1 және 2 қатардағы препараттармен емді «тәртіп бұзылған қорытындысымен аяқтап, қайтадан емін бастаған науқастар»

- Туберкулезге қарсы препараттардың 5 тобы:
- 1) группа 1 – пероральды ТҚП- этамбутол и/или пиразинамид
- 2) группа 2 – инъекционды препарат (канамицин, капреомицин или амикацин).
- 3) группа 3 – фторхинолондар(моксифлоксацин);
- 4) группа 4 – бактериостатикалық ТҚП (этионамид/протионамид, циклосерин, ПАСК)
- 5) группа 5 – амоксициллин-клавуланат, кларитромицин, линезолид, клофазимин.
- Қарқынды фаза:
- 8-12 ай жүргізіледі, посевиң 2 теріс нәтижесі алынғанға дейін Стандартты схема:
- Cm/Km/Am + Ofx (Lfx) + Eto (Pto) + Cs + Z + PAS;
- Препараттарға кең тұрақтылық жағдайында 12-15 ай, 4 теріс нәтиже алғанша:
- Z (E) + Cm/Km/Am + Mfx + Eto/Pto + Cs + PAS + Amx-Clv + Clr;

- IV категория емінің жалғасыру фазасында 2 қатардағы ТҚП кемінде 3уін және фторхинолондардан бір препарат қосылады.
- Препараттарға кең тұрақтылық жағдайында моксифлоксацин, амоксициллин-клавуланат, кларитромицин, сезімталдық бар болса - циклосерин, тиомиды и ПАСК.
- Жалғастыру фазасы 12 айға созылады.
- Стандартная схема
- Lfx (Ofx) + Pto (Eto) + Cs + PAS.
- Препараттарға кең тұрақтылық жағдайында – 15-18 ай .
- Стандартная схема
Mfx + Cs + Eto/Pto + PAS + Amx-Clv + Clr;

- IV категория бойынша емнің жалпы курсы 20-24 ай : қарқынды фаза – 8-12 месяцев; жалғастырушы фаза – 12 месяцев;
- Препараттарға кең тұрақтылық жағдайында жалпы курс 27-33 месяцев: қарқынды фаза : 12-15 месяцев жалғастырушы фаза : 15-18 месяцев.
- Қақырықты Микроскопиялық и культуральді зерттеу : қарақынды кезең – ай сайын, жалғастыру фазасында 3 айда 1 рет
- жалғастыру фазасына көшу қақарықыт зерттеуде 2 теріс нәтиже, ал Препараттарға кең тұрақтылық жағдайында 4 теріс нәтиже алғанда ауыстырылады және оң клиническо-рентгенологиялық динамика болғанда.
- Препараттарды қабылду күнделікті, қарқынды кезеңде аптасына 7 күн, жалғастыру фазасында аптасына 6 күн.
- Тәліктік доза 1 немесе 2 бөлініп ішіледі,

- Исходы лечения больных туберкулезом:
- вылечен – результаты бактериоскопии мокроты отрицательные в конце лечения и, по меньшей мере, при одном предыдущем исследовании;
- лечение завершено – больной принял все предписанные дозы ПТП за намеченный период времени, но не отвечает критериям «вылечен» или «неудача лечения»;
- неудача лечения – у больного:
- остается положительным результат микроскопии мокроты к концу интенсивной фазы лечения при сохраненной чувствительности МБТ к изониазиду и рифампицину, при отсутствии данных ТЛЧ и при полирезистентности;
- возобновляется бактериовыделение после конверсии мазка мокроты;
- исходно отрицательный результат микроскопии стал положительным к концу интенсивной фазы лечения при сохраненной чувствительности МБТ к изониазиду и рифампицину, при отсутствии данных ТЛЧ и при полирезистентности;
- исходно отрицательный результат микроскопии стал положительным на поддерживающей фазе лечения независимо от данных ТЛЧ;
- умер – больной умер во время лечения, независимо от причины смерти;
- нарушение режима – больной прервал лечение на два и более месяцев;
- переведен – больной, выбывший для назначения или продолжения противотуберкулезного лечения в другое учреждение с ТБ-09 и выпиской из медицинской карты стационарного или амбулаторного больного;
- переведен в категорию IV – больной с лабораторно подтвержденным МЛУ/ШЛУ ТБ, больной с подозрением на МЛУ/ШЛУ ТБ при внелегочном туберкулезе и больной ребенок из контакта с МЛУ ТБ без бактериовыделения.
- Исход «неудача лечения» у больных внелегочным туберкулезом, а также у детей туберкулезом легких без бактериовыделения определяется по результатам клинко-рентгенологических исследований.

-

- **Стационарное лечение больных туберкулезом**
-
- В противотуберкулезных стационарах обеспечивается отдельная госпитализация больных в соответствии с результатами микроскопии мазков мокроты, ТЛЧ и назначенным режимом лечения (далее – эпидемиологическим статусом) по следующим профильным отделениям:
 - отделение для больных бактериовыделителей с сохраненной чувствительностью к рифампицину;
 - отделение для больных МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ;
 - отделение для больных с хроническим туберкулезом с бактериовыделением, не получающим специфического лечения;
 - отделение для больных без бактериовыделения;
 - отделение для принудительного лечения. Внутри отделения больные разделяются в соответствии с эпидемиологическим статусом.
- Каждое отделение для лечения больных с бактериовыделением зонировано в соответствии с эпидемиологическим статусом. Больные с бактериовыделением с неизвестным статусом лекарственной чувствительности содержатся в одноместных палатах до получения результатов ТЛЧ.
- На областном и республиканском уровне приоритетом для госпитализации больных являются больные с МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ.
- В межрайонные ПТО госпитализация проводится согласно профилю основной патологии.
- Клинические отделения ПТО 1 раз в неделю получают ПТП из аптечного склада и имеют постоянный минимальный запас препаратов не менее 3-дневного расхода и не более 14 календарных дней расхода.
- ПТО областного (регионального, городского) уровня имеют постоянный минимальный запас ПТП не менее 3 месячного расхода (резервный запас).
-
-

- **Организация амбулаторного лечения больных туберкулезом**
-
- Амбулаторное лечение проводится в диспансерных отделениях ПТО, в организациях ПМСП или в условиях стационарозамещающих технологий.
- Амбулаторное лечение проводится больным без бактериовыделения.
- Больные с исходным бактериовыделением переводятся на амбулаторное лечение после получения двух отрицательных результатов микроскопии, последовательно взятых с интервалом не менее 10 календарных дней.
- При категорическом отказе больного с бактериовыделением от стационарного лечения, ему организуется контролируемое лечение на дому до достижения конверсии мазка мокроты с информированием о соблюдении мер инфекционного контроля.
- Организации ПМСП 1 раз в месяц получают противотуберкулезные препараты (далее – ПТП) из территориальных ПТО и имеют постоянный минимальный запас препаратов не менее 7-дневного расхода. Учет и расходование ПТП на амбулаторном контролируемом лечении больных регистрируются в журнале регистрации ПТП (ТБ 12). Отчет о движении ПТП (ТБ 13) предоставляется в ПТО ежемесячно.
- За 10 календарных дней до перевода на амбулаторное лечение больной, принимающий ПТП в дробном режиме, переводится на однократный прием, за исключением ПТП 5 группы.
- В течение 10 календарных дней до перевода больного на амбулаторное лечение лечащим врачом и заведующим отделением уточняется информация об условиях продолжения лечения: месте проведения НКЛ, наличии ПТП, возможности диагностики и лечения побочных реакций, виде оказания социальной помощи.
- При направлении на амбулаторное лечение в кабинет НКЛ ПТО или ПМСП передается карта ТБ01 или ТБ01 категория IV.
- Химизатор ПМСП информирует врача о больном туберкулезом, впервые прибывшем на амбулаторное лечение.
- Больные туберкулезом, получающие специфическое лечение, не менее 1 раза в 10 дней, по показаниям – чаще, осматриваются участковыми врачами ПТО или организаций ПМСП в зависимости от места проведения непосредственно-контролируемого лечения.
- В диспансерных отделениях ПТО или организациях ПМСП предусматриваются условия проведения симптоматического и патогенетического лечения по поводу побочных эффектов ПТП и сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом, получающих специфическое лечение.
- Больным туберкулезом из групп высокого риска на протяжении всего курса лечения оказывается психосоциальная поддержка.
-

- **Допуск на работу и учебу лиц, переболевших туберкулезом**
-
- Медицинское заключение о допуске больных туберкулезом на работу и учебу выдается ЦВКК ПТО.
- Допускаются к учебе или работе больные туберкулезом:
- 1) успешно завершившие полный курс лечения в режимах I, II и IV категории, с исходом «Вылечен» или «Лечение завершено»;
- 2) лица с ограниченными процессами без бактериовыделения или со стойкой конверсией мазка мокроты, находящиеся на амбулаторном этапе независимо от категории и фазы лечения, имеющие удовлетворительное состояние, хорошую переносимость ПТП и приверженность к контролируемому приему ПТП, решением ЦВКК могут быть допущены к учебе или труду, за исключением работников родильных домов (отделений), детских больниц (отделений), отделений патологии новорожденных и недоношенных; дошкольных организаций (детские ясли/сады, дома ребенка, детские дома, детские санаторий) и младших классов школьных организаций.
- 94. Работники ведомственных организаций (Министерство обороны, Министерство внутренних дел), работники и сотрудники специальных государственных органов (Комитет национальной безопасности, уполномоченный орган в сфере внешней разведки, служба государственной охраны Республики Казахстан), успешно завершившие полный курс лечения в режимах I, II и IV категории, с исходом «Вылечен» или «Лечение завершено», допускаются на работу на основании решения ЦВКК.
-

1. Перерыв менее 1 месяца

Найти больного.

Выяснить и устранить причину прекращения лечения.

Продолжить лечение и продлить его, чтобы компенсировать пропущенные дозы ПТП.

1. Перерыв от 1 до 2 месяцев

Первоначальные действия		Последующие действия
1) Найти больного;	Результат микроскопии мазка мокроты отрицательный или у больного внелегочный туберкулез	Продолжить лечение и продлить его, чтобы компенсировать пропущенные дозы ПТП
2) выяснить и устранить причину прекращения лечения;		
3) микроскопия мазка мокроты 2-хкратно;	Получен не менее 1 положительного результата БСМ	Исследовать мокроту культуральными методами с постановкой ТЛЧ. Продолжить ранее назначенный режим лечения до получения результатов ТЛЧ. Дальнейшая тактика зависит от результатов ТЛЧ и решения ЦВКК.
4) продолжить лечение до получения результатов БСМ		

<p>1) Найти больного; 2) выяснить и устранить причину прекращения лечения; 3) микроскопия мазка мокроты 3-хкратно; 4) не начинать лечение до получения результатов БСМ</p>	<p>Результат микроскопии мазка мокроты отрицательный или у больного внелегочный туберкулез</p>	<p>Решение принимает ЦВКК: Если нет данных ТЛЧ или лабораторного подтвержденного МЛУ ТБ, то исследовать мокроту или другой биологический материал на ТЛЧ, перерегистрировать больного во II категорию под типом «Другие» и начать лечение с интенсивной фазы (далее – ИФ) II категории;</p>
		<p>Если в период прерывания лечения получено лабораторное подтверждение МЛУ ТБ, то перерегистрировать больного под типом «Другие» в категорию IV и начать лечение ПВР</p>
	<p>Получено не менее 1 положительного результата БСМ</p>	<p>Если нет данных ТЛЧ или лабораторного подтвержденного МЛУ ТБ, то исследовать мокроту на ТЛЧ, перерегистрировать больного во II категорию под типом «ЛПП» (лечение после перерыва) и начать лечение с ИФ II категории</p>
		<p>Если в период прерывания лечения получено лабораторное подтверждение МЛУ ТБ, то перерегистрировать больного под типом «ЛПП» в категорию IV и начать лечение ПВР.</p>

- **Общие принципы устранения побочных реакций ПТП второго ряда**
-
- 1. При регистрации побочных реакций у больного туберкулезом на ПТП второго ряда рекомендуется:
 - 1) использовать симптоматические и патогенетические средства, купирующие побочные реакции;
 - 2) изменить кратность, время приема и способ введения препаратов или временно снизить дозу препарата;
 - 3) при неэффективности первых двух принципов, временно (на 2-3 дня) отменить препарат, либо заменить его аналогом. Например, капреомицин – на канамицин или амикацин; офлоксацин – на левофлоксацин;
 - 4) при побочных реакциях, таких как судорожный приступ, коллапс, анафилаксия, острый психоз, гепатит, гастрит, сразу отменяются все ПТП. После стойкого устранения побочной реакции, отмененные препараты назначаются от менее токсичного препарата к более токсичному. После временной отмены препаратов при выраженных аллергических реакциях лечение возобновляется сниженной дозой препарата, которая постепенно повышается до необходимой суточной дозы.

- Профилактическими мерами побочных реакций ПТП второго ряда являются:
- 1) создание оптимистического микроклимата в отделении и в окружении больного;
- 2) ежедневный контроль переносимости ПТП второго ряда на стационарном этапе и при наличии жалоб при визите больного в медицинское учреждение на амбулаторном этапе;
- 3) ежедневный прием глютаминовой кислоты в дозе 0,75-1,5г в сутки при использовании циклосерина (преимущественно на интенсивной фазе лечения).
- 4) периодическое назначение витаминов группы В, в особенности В6, витаминов С, Е, А – по показаниям;
- 5) постоянное назначение препаратов калия на ИФ во время приема инъекционных ПТП второго ряда;
- 6) при нарушении электролитного баланса – назначение препаратов кальция, магния;
- 7) периодическое или постоянное назначение ферментов, улучшающих функцию ЖКТ, желчегонных средств;
- 8) назначение лекарственных средств, способствующих восстановлению микробиологического баланса кишечника;
- 9) назначение липотропных и гепатотропных средств больным с патологией печени в анамнезе;
- 10) назначение антигистаминных препаратов, дезинтоксикационной терапии, лечебного плазмафереза при возникновении аллергических реакций.
- 11) контроль функции почек (наличие белка в моче свыше 0,033 г/л, гиалиновых цилиндров, гематурии, пиурии);
- 12) применение по показаниям патогенетических средств (кортикостероиды, тиреотропные, анаболические гормоны, гепарин, гипербарическая оксигенация и

- Қабынуға қарсы терапия
- Қабынуға қарсы терапияны этиотропты дәрілермен бірге химиотерапияның бастапқы кезеңінде айқын экссудатты-пневмониялық реакциялар бар кезде тағайындайды. Оған кортикостероидты дәрілер және гормонды емес қабынуға қарсы дәрілер жатады.
- Кортикостероидтардың ішінде глюкокортикостероидты гормондарды қолданған дұрыс, олар қабынуға қарсы, антитоксикалық, фибробластқа қарсы, десенсибилизациялық және антиаллергиялық әсер жасайды.
- Қабынуға қарсы терапия
- Қабынуға қарсы терапияны этиотропты дәрілермен бірге химиотерапияның бастапқы кезеңінде айқын экссудатты-пневмониялық реакциялар бар кезде тағайындайды. Оған кортикостероидты дәрілер және гормонды емес қабынуға қарсы дәрілер жатады.
- Кортикостероидтардың ішінде глюкокортикостероидты гормондарды қолданған дұрыс, олар қабынуға қарсы, антитоксикалық, фибробластқа қарсы, десенсибилизациялық және антиаллергиялық әсер жасайды.

- Гепарин – антикоагулянт тікелей және кең спектрлі әсер жасайды, обладает қабынуғақарсы, уғақарсы, аллергияғақарсы, тамырдыкеңейту, гипотензиялық және жансыздандыру қасиет бар. Аз мөлшерде ағзаның адаптациялық мүмкіндіктерін стимуляция жасап, алмасу процесстерін қалыпқа келтіреді.
- Инфилтратты, миллиарлы, жеделдеу шашыранды туберкулез, туберкулезді менингит, спецификалық және бейспецификалық аллергия кезінде туберкулезге қарсы дәрілермен бірге қолданылады.
- Мөлшері: 5 мың (1,0 мл) – бұлшық етке №20

- Иммунитетті қолдаушы әсері бар препараттар - левамизол, диуцифон, тактивин, тималин, спленин - туберкулезде бұзылысқа ұшыраған иммунитеттің жүйесін өзгерту мақсатында қолданылады. Олар репаративті процестің қалпына келу жолдарын жылдамдатады, қуыстың казеоздан тарауын күшейтеді. Тәжірибеде кеңінен қолдау тапқан левамизол. Дәріні тағайындауға клиникалық көрсеткіштер: клиника-рентгенологиялық нәтиженің болмауы, яғни инфильтратты және жаңа ошқты өзгерістердің сақталуы немесе толығымен таралып жазылмауы. Левамизол 100 мг/тәулік мөлшерінде 3 күн қатарынан сонан кейін 4 күн үзіліс жасалып тағайындалады. Емдеу курсы 2-3 ай, курстық мөлшері 24000-30000 мг.
- Диуцифон әсерінің сипаты бойынша левамизолға жақын бірақ белсенділігі жоғарылау және зиянды әсері аз. Дәріні ұнтақ түрінде ішке тәулігіне 0,1г-нан 3 рет тамақтан соң күнделікті немесе бұлшық етке 4-5 мл 5% ертінді түрінде тәулігіне 1 рет тағайындайды, емдеу курсы 2 ай.
- Созылмалы деструкциялық процесстер кезінде иммунитеттің Т-жүйесін стимуляциялау үшін, В-лимфоциттердің дисфункциясын жою үшін, антиденелерді қалыпқа келтіру үшін нуклеинат натрий 0,2 г-нан тәулігіне 3 рет тамақтан соң 1 ай уақытқа тағайындайды.

Хирургиялық ем

- 1. Хирургиялық әрекеттердің өмірлік көрсеткіштері:
- өкпеден қан кету немесе ауыр қан түкіруді, басқа емдеу әдістерімен тоқтату мүмкін болмаған жағдайда,
- тензионды спонтанды пневмотракс
- 2. Хирургиялық әрекеттердің абсолютті көрсеткіштері:
- өршімелі казеозды пневмония;
- туберкулома (> 2см);
- этиологиясы белгісіз дөңгелек құрылымдар (өкпе туберкулезі немесе рагы);
- каверналы туберкулез;
- шектелген фиброзды-каверналы туберкулез;
- туберкулезді цирроз (бұзылған өкпе);
- созылмалы туберкулезді плевра эмпиемасы.
- 3. Хирургиялық әрекеттердің салыстырмалы көрсеткіштері:
- ірі қалдықты посттуберкулезді каверналар;
- Хирургиялық әрекеттердің басқа көрсеткіштері:
- кеуде ішілік лимфа бездерінің казеомасы;
- алдыңғы хирургиялық әрекеттің асқынуын жою.

- Тыныс мүшелерінің туберкулезімен ауыратын науқастарды хирургқа кеңес жіберу мерзімдері.
- Өкпе туберкуломасы бар кісілер ауру анықтала салысымен хирургқа консультацияға жіберіледі, егер айқын перифокалды қабынуы болса 2-4 ай қарқынды емнен кейін қайта консультацияға жіберіледі.
- Каверналы туберкулез - 3 ай қарқынды емнен кейін бактерия бөлу сақталып, рентгенологиялық динамика болмаған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Фиброзды-каверналы туберкулез - хирургиялық ем 5-6 ай қарқынды емнен кейін инфильтратты өзгерістер мен шашыранды ошақтар таралып жазылғаннан кейін жасалады.
- Ошақты, инфильтратты туберкулез ыдырау кезеңінде - 3-4 ай қарқынды емнен кейін рентгенологиялық динамика болмай, ыдырау қуысы сақталған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Казеозды пневмония - соңғы уақыттырдағы көзқарастарға сәйкес терапия казеозды пневмония терапиялық аурудан гөрі, хирургиялық ауру болып саналғандықтан, науқас ауруханаға түскеннен кейін тезірек хирургқа консультацияға жіберу қажет. Егер процесс емнің нәтижесінде ары қарай өрши түссе онда өмірлік көрсеткішпен операция жасалуы керек.
- Асқынған созылмалы біріншілік туберкулез перифокалды инфильтрациясы тарағаннан кейін хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Созылмалы плеврит және плевра эмпиемасы - 5-6 ай ем нәтижесіз болған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Өкпе туберкулезінің асқынған түрлері (өкпеден қан кету, спонтанды пневмоторакс және т.б.) жедел хирургқа консультацияға жіберіледі.
- Өкпедегі айқын метатуберкулезді өзгерістер қайта-қайта өршуге бейім болған жағдайда хирургқа консультацияға жіберіледі.

