

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

19 ИЮЛЯ 1996 Г.

№ 291

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ САНАТОРНО-КУРОРТНОЙ
И РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Санаторно-курортное лечение является важным этапом в комплексной системе противотуберкулезных мероприятий и направлено на достижение медицинской и трудовой реабилитации больных туберкулезом.

В настоящее время в России функционирует 86 круглогодичных и 7 сезонных санаториев на 15069 коек для лечения взрослых больных туберкулезом и 174 санатория на 21544 койки развернуто для детей и подростков. Сеть туберкулезных санаториев федерального подчинения насчитывает 17 учреждений на 4925 коек, в том числе 3 санатория на 965 коек для детей и подростков.

Коечный фонд туберкулезных санаториев страны позволяет полностью обеспечить больных туберкулезом санаторным лечением. Однако, при имеющейся потребности в данном виде лечения у 200-220 тыс. больных туберкулезом, в 1995 году санаторное лечение получили только 130227 больных, из них более 20 тысяч - в санаториях федерального подчинения.

Неудовлетворительная материально-техническая база большинства санаторно-курортных учреждений и значительное удорожание транспортных расходов являются основными причинами значительного снижения использования санаторных учреждений в лечении больных туберкулезом. За последние 5 лет число взрослых, получивших лечение в туберкулезных санаториях, уменьшилось на 26 тысяч, а детей - на 12 тысяч человек.

Материально-техническая база местных туберкулезных санаториев в основном не отвечает современным требованиям: большинство из них размещено в приспособленных помещениях, не оснащено необходимой лечебно-диагностической аппаратурой, что привело к сокращению коек в санаториях для взрослых больных туберкулезом в республиках Бурятия, Карелия, Коми, Марий Эл, Татарстан, а также в Волгоградской, Свердловской, Челябинской областях, а для детей - в Иркутской, Мурманской, Самарской, Тульской областях и других административных территориях.

Не уменьшается число нарушений при отборе и направлении больных туберкулезом на санаторное лечение (Владимирская, Саратовская, Ульяновская, Ярославская области, Алтайский край). Около 10% взрослых больных туберкулезом прибывают в санаторий с опозданием, в том числе в связи с поздним получением путевки (Астраханская, Кемеровская, Оренбургская области и другие административные территории).

Потребность в санаторном лечении как взрослых, так и детей, больных туберкулезом, имеет тенденцию роста, что обусловлено неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу в стране, резко ухудшающимся состоянием здоровья населения, а также достижением высоких результатов санаторного лечения с улучшением функциональных показателей у 95-98% больных туберкулезом.

Современная концепция организации санаторного лечения предусматривает расширение роли и значения туберкулезных санаториев в оздоровлении контингентов противотуберкулезных учреждений, что определено изменениями диспансерной группировки, высокой потребностью больных туберкулезом в санаторном лечении, а также внедрением в практику современных методов комплексного лечения для достижения медицинской, трудовой реабилитации и восстановления социально-психологического статуса больных туберкулезом.

В целях совершенствования организации санитарного лечения больных туберкулезом, повышения его эффективности:

Утверждаю:

1. Методические указания "Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в санатории федерального и местного подчинения" (Приложение 1).

2. Методические указания "Показания для направления взрослых, больных туберкулезом внелегочных локализаций, и лиц из групп риска в туберкулезные санатории" (Приложение 2).

3. Методические указания "Показания для направления детей и подростков, больных и угрожаемых по заболеванию туберкулезом, на санаторно-курортное лечение" (Приложение 3).

4. Методические указания "Методика дифференцированного использования антиоксидантов и других патогенетических средств в комплексном лечении больных туберкулезом легких" (Приложение 4).

5. Методические указания "Лечение больных саркоидозом органов дыхания в санаторных условиях" (Приложение 5).

6. Методические указания "Реабилитация взрослых, больных туберкулезом мозговых оболочек и центральной нервной системы, в санаторных условиях" (Приложение 6).

7. Методические указания "Коррекция скрытых нарушений углеводного обмена у детей, инфицированных и больных туберкулезом, в санаторных условиях" (Приложение 7).

Приказываю:

1. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации:

1.1. Довести до сведения врачей противотуберкулезных учреждений правила отбора, показания и противопоказания для направления контингентов противотуберкулезных учреждений на санаторное лечение (Приложения 1-3).

1.2. Повысить ответственность санаторно-курортных отборочных комиссий за качество отбора и направления больных туберкулезом на санаторное лечение и оформление им медицинских документов.

1.3. Ежеквартально проверять работу санитарно-курортных отборочных комиссий при противотуберкулезных учреждениях по организации учета, своевременного и правильного направления больных туберкулезом в санаторий.

1.4. Не допускать сокращения коек в санаториях для больных туберкулезом, для чего принять меры по укреплению материально-технической базы санаториев, созданию надлежащих условий для быта больных, организации санитарно-гигиенического режима, внедрению достижений науки в области диагностики и лечения туберкулеза и сопутствующих заболеваний.

2. Начальникам Зональных управлений специализированных санаториев Минздравмедпрома России, главным врачам туберкулезных санаториев федерального подчинения:

2.1. Осуществлять мероприятия по укреплению материально-технической базы санаториев федерального подчинения, рациональному использованию коечного фонда, сокращению случаев опозданий и досрочных отъездов больных. Срок - постоянно.

2.2. Разработать план повышения квалификации сотрудников санаториев и график прохождения аттестации на присвоение квалификационной категории. Срок - 1996 год (декабрь).

2.3. Проработать с врачами туберкулезных санаториев методические указания по направлению больных туберкулезом на санаторное лечение (Приложения 1-3). Срок - 1996 год (ноябрь).

3. Отделу санаторно-курортной и реабилитационной помощи (Течиев Г.А.)

3.1. Ежегодно проводить проверку деятельности 2-х туберкулезных санаториев федерального подчинения с последующим обсуждением на Координационном совете по санаторно-курортной помощи.

3.2. Внести предложение об открытии на базе республиканских туберкулезных санаториев "Выборг-7", "Лесное", "Плес" отделений для лечения медицинских работников противотуберкулезных учреждений. Срок - до 1 ноября 1996 года.

3.3. Обеспечить постоянный контроль за рациональным использованием коечного фонда туберкулезных санаториев федерального подчинения.

4. Планово-финансовому Управлению (Климкин М.В.) внести в Правительство Российской Федерации предложение о финансировании федеральных санаториев на уровне, обеспечивающим их нормальное функционирование.

5. Директорам Научно-исследовательских институтов фтизиопульмонологии: Российского (Приймак А.А.), Санкт-Петербургского (Васильев А.В.), Уральского (Соколов В.А.), Новосибирского НИИ туберкулеза (Краснов В.А.), Якутского филиала НПО "Фтизиопульмонология" (Егоров Б.А.) и директору Центрального НИИ туберкулеза РАМН Хоменко А.Г.:

5.1. Совершенствовать формы и методы оказания методической и консультативной помощи туберкулезным санаториям по организации диагностической и лечебной работы на современном уровне, внедрению достижений науки в практику, выполнению планов НИР по совместной работе. Срок - постоянно.

6. Главному фтизиатру Минздравмедпрома России Приймаку А.А.:

6.1. Подготовить информационное письмо "О состоянии организации санаторной помощи больным туберкулезом и перспективах ее развития". Срок - 1996 год (октябрь).

6.2. Разработать Методические указания "Комплексные методы лечения больных туберкулезом в санаторных условиях". Срок - 1997 год.

6.3. Совместно с Российским научным центром реабилитации и физиотерапии (Боголюбов В.М.) провести научное исследование по разработке критериев оценки эффективности лечения больных туберкулезом в санаторных условиях, включая сопутствующие заболевания. Срок - 1998 год.

6.4. Совместно с Сочинским НИИ курортологии и физиотерапии (Алексеев В.И.) провести изучение состава минеральных источников на курорте Туапсе (санаторий "Агрива") для использования минеральных вод в терапии больных туберкулезом, разработать показания к их применению и режим приема. Срок - 1998 год.

7. Разрешаю размножить настоящий Приказ в необходимых количествах экземпляров.

8. Контроль за выполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра Ваганова Н.Н.

Министр здравоохранения и
медицинской промышленности
Российской Федерации
А.Д.ЦАРЕГОРОДЦЕВ

Приложение N 1
к Приказу Министерства
здравоохранения и медицинской
промышленности РФ
от 19 июля 1996 г. N 291

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, И ЛИЦ ИЗ ГРУПП РИСКА
В ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО
И МЕСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ

(Методические указания)

Методические указания "Показания для направления взрослых, больных туберкулезом органов дыхания, и лиц из групп риска в туберкулезные санатории федерального и местного подчинения" разработаны на основании многолетнего опыта работы санаториев, обобщение которого позволило обосновать необходимость расширения показаний для санаторного лечения взрослых, больных туберкулезом, с учетом потребности их в этом виде лечения.

На основании опыта работы санаториев разработаны оптимальные сроки санаторного лечения больных, состоявших в разных группах диспансерного учета, и определены предпочтительные сезоны года.

Значительное внимание уделено вопросам отбора больных на санаторное лечение, порядку оформления медицинских документов.

Освещение указанных вопросов позволит улучшить преемственность лечения больных туберкулезом на этапах диспансер - санаторий, повысить эффективность санаторного лечения и их качество использования коечного фонда в санаториях.

Настоящие Методические указания предназначены для врачей фтизиатров противотуберкулезных учреждений Российской Федерации: санаториев, диспансеров, туберкулезных больниц.

Методические указания составили научные сотрудники:

Российского НИИ фтизиопульмонологии МЗМП РФ:

доктор мед. наук Плотникова Л.М.,

канд. мед. наук Хрулева Т.С.,

доктор мед. наук, профессор Гавриленко В.С.,

доктор мед. наук, профессор Стрельцов В.П.,

доктор мед. наук Борисов С.Е.

Центрального НИИ туберкулеза РАМН:

доктор мед. наук Жукова М.П.

Введение

Санаторное лечение является важным этапом в организации комплексной терапии больных туберкулезом и профилактики туберкулеза среди лиц из групп риска. Для роста влияния роли санаториев в оздоровлении контингентов противотуберкулезных учреждений возникла необходимость расширить показания для санаторного лечения взрослых, состоящих на диспансерном учете. Прежде всего это касается впервые выявленных больных туберкулезом

органов дыхания с отягощенным течением туберкулеза. Использование санаторных методов в комплексной терапии этого контингента позволяет повысить эффективность лечения и ускорить процесс реабилитации.

Доказано важное значение специфических курсов химиопрофилактики с использованием санаторных факторов для предупреждения обострения и реактивации туберкулеза у лиц из II, III и VII групп диспансерного учета, а также необходимость в организации санаторных оздоровительных курсов лицам, имеющим бытовой или профессиональный контакт с больными туберкулезом (IV группа учета) для предупреждения заболевания их туберкулезом.

Впервые разработаны показания для лечения в туберкулезных санаториях больных саркоидозом легких.

Уточнены сроки санаторного лечения контингентов противотуберкулезных учреждений, длительность которых установлена с учетом дифференцированного подхода в каждом конкретном случае.

Санаторное лечение должно проводиться преимущественно в местных климатических условиях, так как в этом случае удастся снизить нагрузку в период адаптации, и наиболее показано для больных старших возрастных групп.

При направлении больных туберкулезом в санатории федерального подчинения, которые расположены в разных климато-географических регионах России, следует учитывать не только медицинские показания, но и воздействие природных факторов в разные сезоны года, а также возможность использования в комплексной терапии туберкулеза и сопутствующих заболеваний климатических и санаторных методов лечения.

В санатории, расположенные на курортах Кавказа (Агрива, Голубая бухта, Теберда), наиболее показаны больные активными формами туберкулеза органов дыхания с замедленной динамикой процесса, а также при наличии неспецифических заболеваний органов дыхания.

Для больных туберкулезом органов дыхания с сопутствующими заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы рекомендовано лечение в санаториях Выборг-7, Плес, Лесное, им. Аксакова, расположенных в благоприятных климатических условиях для этого контингента.

В санатории степной полосы (им. Аксакова, Шафраново), а также в санаторий Чемал, где применяется кумыс из кобыльего молока, следует направлять больных туберкулезом с плохой переносимостью химиопрепаратов и при болезнях органов пищеварения.

При направлении больных туберкулезом в санатории федерального подчинения следует учитывать, что ряд из них, наряду с отделениями для больных туберкулезом органов дыхания, имеют отделения для больных внелегочными формами туберкулеза: санаторий Плес - для больных туберкулезом глаз, санатории Лесное и Шафраново - для больных туберкулезом органов мочеполовой системы.

В переработанных показаниях более четко изложены задачи, стоящие перед санаториями, что позволит улучшить преемственность и эффективность лечения больных туберкулезом на этапах диспансер-санаторий.

Приложение N 1

1. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, И ЛИЦ ИЗ ГРУПП РИСКА В САНАТОРИИ МЕСТНОЙ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКОЙ ЗОНЫ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПОДЧИНЕНИИ ОТДЕЛОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (САНАТОРИИ МЕСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ)

Группа диспанс. учета	Клиническая характеристика контингентов, форма и фаза туберкулезного процесса	Задачи санаторного лечения	Сроки лечения (в мес.)
I группа Подгруппа "А"	Впервые выявленные больные		

	туберкулезом органов дыхания, а также с обострением и рецидивом процесса		
1.	Малые и ограниченные формы (очаговый, инфильтративный туберкулез легких, плеврит) в фазе инфильтрации, без бактериовыделения, минуя стационарный этап лечения	Проведение основного курса комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, средств патогенетического воздействия на фоне санаторных факторов. Достижение полной медицинской и трудовой реабилитации	3-4
2.	Все формы туберкулеза легких в фазе инфильтрации и рассасывания, полного рубцевания деструкции легочной ткани после эффективного лечения в стационаре	Продолжение основного курса комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, на фоне санаторных факторов, общеукрепляющих средств. Лечение сопутствующих заболеваний. Полная медицинская и трудовая реабилитация	1, 5-2, 0
3.	Все формы туберкулеза легких с деструкцией легочной ткани, включая кавернозный, фиброзно-кавернозный туберкулез легких, после исчезновения острых явлений интоксикации и признаков прогрессирования процесса, легочно-сердечной недостаточностью не выше 2 ст.	Продолжение основного курса комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, патогенетических средств, санаторных факторов. При необходимости консультация хирурга. Лечение сопутствующих заболеваний. Полная или неполная медицинская или трудовая реабилитация	3-4
4.	Все формы туберкулеза органов дыхания при плохой переносимости основных противотуберкулезных химиопрепаратов. После исчезновения острых явлений интоксикации и при отсутствии туберкулезного процесса за период стационарного лечения	Коррекция основного курса комплексного лечения, использование кумысотерапии и средств патогенетического воздействия, повышающих иммунный статус больного. Лечение сопутствующих заболеваний. Достижение полной или неполной медицинской и трудовой реабилитации	2-3
5.	Сочетанные формы туберкулеза легких и туберкулеза верхних дыхательных путей (bronхов, трахеи, гортани) без выраженных явлений стеноза	Продолжение основного курса комплексного лечения на фоне санаторных факторов. Введение химиопрепаратов в виде ингаляций, аэрозолей, интра-трахеальных вливаний. Лечение сопутствующих заболеваний. Достижение полной или неполной медицинской и трудовой реабилитации	1, 5-2

	6.	Состояние после эффективных хирургических вмешательств по поводу туберкулеза органов дыхания:	Продолжение основного курса комплексного лечения на фоне санаторных факторов. Организация активного двигательного режима	
		а) при ограниченных хирургических вмешательствах	Достижение полной медицинской, функциональной и трудовой реабилитации	1,5-2
		б) при обширных хирургических вмешательствах, легочно - сердечной недостаточности не выше 2 ст.	Достижение полной или неполной медицинской, трудовой реабилитации	2-3
	7.	Все формы туберкулеза органов дыхания при подготовке к хирургическому вмешательству	Продолжение основного курса комплексного лечения. Повышение сопротивляемости организма, улучшение показателей функции сердечно-сосудистой системы	1-1,5
	Подгруппа "Б"			
	1.	Больные хроническим туберкулезом органов дыхания без признаков прогрессирования, с легочно-сердечной недостаточностью не выше 2 ст.	Проведение курса химиотерапии на фоне санаторных факторов. Лечение сопутствующих заболеваний. Повышение сопротивляемости организма, улучшение функциональных показателей сердечно-сосудистой системы и внешнего дыхания	2-3
	II группа	Больные затихающим туберкулезом органов дыхания после эффективного основного курса химиотерапии, в том числе после хирургического лечения	Проведение сезонных курсов профилактического лечения на фоне санаторных факторов. Лечение сопутствующих заболеваний. Полная медицинская и трудовая реабилитация	1,5-2
	III группа	Лица, клинически излеченные от туберкулеза органов дыхания, при наличии факторов, снижающих сопротивляемость организма	Проведение сезонных курсов противорецидивного лечения с использованием санаторных факторов. Повышение сопротивляемости организма, улучшение показателей функции сердечно-сосудистой системы и органов дыхания	1-1,5
	IV группа	Лица, находящиеся в бытовом контакте с больными туберку-	Проведение общих оздоровительных мероприятий на	24 дня (в период

VII группа	лезом, при наличииотягощающих факторов, в том числе неблагоприятных условий труда и быта	фоне санаторных факторов. Химиопрофилактика туберкулеза. Повышение сопротивляемости организма	отпуска)
	Лица с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза органов дыхания при наличии отягощающих фактов, в том числе при обострении хронических сопутствующих заболеваний или появлении факторов, ослабляющих сопротивляемость организма	Проведение общих оздоровительных мероприятий, противорецидивный курс приема химиопрепаратов. Лечение сопутствующих заболеваний. Улучшение показателей функции сердечно-сосудистой системы и органов дыхания	1-1,5

Приложение N 2

II. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, И ЛИЦ ИЗ ГРУПП РИСКА В САНАТОРИИ РАЗНЫХ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ РЕГИОНОВ, НАХОДЯЩИЕСЯ В ПОДЧИНЕНИИ МИНЗДРАВМЕДПРОМА РФ (САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДЧИНЕНИЯ)

Группа диспан. учета	Клиническая характеристика контингентов, форма и фаза туберкулезного процесса	Задачи санаторного лечения	Срок лечения в мес.	Перечень санаториев
I Группа Под-группа "А"	Впервые выявленные больные туберкулезом органов дыхания, а также с обострением и рецидивом процесса: 1. Малые и ограниченные формы (очаговый, инфильтративный, туберкулез легких, плеврит) в фазе инфильтрации и рассасывания без бактериовыделения после короткого курса стационарного лечения, либо минуя его (преимущественно из территорий, где	Проведение основного курса комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, патогенетических средств на фоне санаторных факторов. Достижение полной медицинской и трудовой реабилитации	2-3	Все санатории, кроме санатория Жемчужина

нет местных санаториев)			
2. Диссеминированный, очаговый, инфильтративный туберкулез легких в фазе рассасывания, полного рубцевания деструкций легочной ткани, прекращения бактериовыделения после эффективного лечения в стационаре, при наличии сопутствующих заболеваний, показанных для санаторного лечения, и прочих отягощающих факторов <*>	Продолжение основного курса комплексной химиотерапии с использованием санаторных факторов, элементов активного двигательного режима. Лечение сопутствующих заболеваний. Полная медицинская и трудовая реабилитация	1,5-2	Все санатории, кроме санатория Плес. Профиль по сопутствующим заболеваниям дан в Приложении 3

<*> Для санатория Плес противопоказано направление больных деструктивным туберкулезом легких и с бактериовыделением.			
3. Диссеминированный, очаговый, инфильтративный, кавернозный туберкулез легких, туберкулема после снятия острых явлений интоксикации, при замедленной динамике репаративных процессов, неполном рубцевании деструкции легочной ткани	Продолжение основного курса комплексной химиотерапии, использование патогенетических средств, санаторных факторов. Лечение сопутствующих заболеваний. Закрытие полости распада, прекращение бактериовыделения. Полная медицинская и трудовая реабилитация.	3-4	им. Аксакова, Выборг-7, Жемчужина, Шафраново, Чемал
	Подготовка для хирургич. лечения	1,5-2	Те же санатории
4. Туберкулез верхних дыхательных путей (бронхитов, трахеи, гортани и пр.) без выраженных явлений стеноза, при сопутствующих заболеваниях со стороны органов дыхания	Продолжение основного курса комплексного лечения, введение препаратов в виде аэрозолей, ингаляций. Использование санаторных факторов, улучшающих дыхательную функцию. Лечение сопутствующих заболеваний. Полная медицинская и трудовая реабилитация	1,5-2	Агрия, Голубая бухта, Теберда, остальные санатории - в летний период года
5. Все формы туберкулеза органов дыхания при устойчивости МБТ к	Продолжение основного курса комплексного лечения, использование химиопрепаратов,	2-3	им. Аксакова, Жемчужина, Выборг-7, Шафраново,

	химиопрепаратам, плохой переносимости химиопрепаратов	средств патогенетического воздействия, кумысолечение. Лечение сопутствующих заболеваний. Полная медицинская и трудовая реабилитация		Чемал
	6. Состояние после эффективных хирургических вмешательств по поводу туберкулеза органов дыхания <*>:			

<*> При направлении в федеральные санатории отдавать предпочтение больным из территорий, где нет санаториев местного подчинения.				
Под- группа "Б"	а) при ограниченных хирургических вмешательствах и легочно-сердечной недостаточности не выше 1 ст.;	Продолжение основного курса комплексного лечения на фоне санаторных факторов, организация активного двигательного режима. Полная медицинская и трудовая реабилитация	1,5-2	Все санатории
	б) при прочих хирургических вмешательствах, в том числе повторных операциях на органах дыхания, легочно-сердечной недостаточности не выше 1 ст.	Продолжение основного курса комплексного лечения на фоне санаторных факторов, активного двигательного режима. Функциональная и трудовая реабилитация	2-3	Все санатории. Санаторий Теберда - не ранее 6 мес. после операции
	Больные хроническим туберкулезом легких (дессеминированный, кавернозный, фиброзно-кавернозный, цирротический) без признаков прогрессирования; при легочно-сердечной недостаточности не выше 1 ст., преимущественно работающие	Проведение курса химиотерапии с использованием средств патогенетического воздействия на фоне санаторных факторов, включая кумысолечение. Лечение сопутствующих заболеваний. Подготовка к операции	2-3	им. Аксакова, Жемчужина, Шафраново, Чемал
II Группа	Больные затихающим туберкулезом органов дыхания, в том числе после фтизиохирургического лечения, при наличии	Проведение профилактического курса лечения на фоне санаторных факторов. Повышение общей сопротивляемости организма. Ле-	1,5-2	Все санатории (профиль по сопутствующим заболеваниям в Приложении 3)

	сопутствующих заболеваний	чение сопутствующих заболеваний. Полная медицинская и трудовая реабилитация		
III Группа	Лица, клинически излеченные от туберкулеза органов дыхания, при наличии сопутствующих заболеваний и других отягощающих факторов	Проведение общих оздоровительных мероприятий в санаторных условиях. Противорецидивное лечение при наличии факторов, снижающих сопротивляемость организма	1-1,5	Все санатории
IV Группа	Лица, имеющие контакт с больными туберкулезом:	Проведение общих оздоровительных мероприятий с использованием санаторных факторов. Химиопрофилактика туберкулеза. Повышение сопротивляемости организма к инфекции	24 дня (в период отпус-ка)	
	- работники противотуберкулезных учреждений;	-"-	-"-	Выборг-7, Плес, Лесное, Шафраново
	- лица, имеющие семейный контакт с больными туберкулезом, проживающие на территориях Северо-Кавказского региона	-"-	-"-	Теберда, Агриня
VII Группа	Лица после излеченного туберкулеза органов дыхания с повышенным риском его реактивации	Проведение общих оздоровительных мероприятий в санаторных условиях. Противорецидивное лечение при появлении факторов, ослабляющих сопротивляемость организма. Лечение сопутствующих заболеваний	1-1,5	Все санатории
VIII Группа	1. Больные активными формами саркоидоза органов дыхания	Проведение комплексного лечения на фоне санаторных факторов. Повышение сопротивляемости организма. Функциональная и трудовая реабилита-	1,5-2	Выборг-7, Лесное, Плес

		ция. Лечение со- путствующих заболева- ний		
2. Лица с неактивным саркоидозом органов дыхания при выраженных остаточных изменениях (диффузный пневмосклероз, фиброателектаз, буллезные изменения легочной ткани), дыхательная недостаточность не выше 1 ст.	Проведение общих оздоровительных мероприятий, лечение сопутствующих заболеваний	1-1,5	Те же санатории	

При направлении в федеральные санатории лиц из III и VII групп учета следует отдавать предпочтение: работающим; инвалидам и участникам ВОВ; участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и лицам, приравненным к ним.

Приложение N 3

**III. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ,
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, С НАИБОЛЕЕ ЧАСТО
ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ БОЛЕЗНЯМИ РАЗНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ
В САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДЧИНЕНИЯ**

Название болезни	Форма, стадия, степень заболевания	Курорты, санатории
Болезни органов дыхания		
Хронический бронхит, трахеиты	В фазе ремиссии, при легочно-сердечной недостаточности не выше 1 ст.	Агрива, Голубая бухта, Теберда. Остальные санатории - в летний период года
Эмфизема легких	В фазе стойкой ремиссии, без выраженного кардио-пульмонального синдрома, при легочно-сердечной недостаточности не выше 1 ст.	Те же санатории
Бронхоэктатическая болезнь	В фазе ремиссии без выделений гнойной мокроты, легочно-сердечной недостаточности не выше 1 ст., без склонности к кровохарканию	Те же санатории
Астма бронхиальная	В фазе ремиссии, или с нечастыми легкими приступами без явлений легочно-сердечной недостаточности	Голубая бухта, Теберда
Остаточные явления плев-	В фазе ремиссии, при легочно-сердечной недостаточности не выше 1 ст.	Те же санатории

ропневмоний, пневмосклероза		
Болезни системы кровообращения		
Хроническая ишемическая болезнь, стенокардия, атеросклеротический кардиосклероз	Редкие (не чаще 2 раз в неделю) приступы стенокардии на значительные физические нагрузки с недостаточностью кровообращения не выше 1 стадии без нарушений сердечного ритма и проводимости при длительном стабильном течении заболеваний	Все санатории, кроме санатория Теберда
Гипертоническая болезнь	Без частых кризисов, без прогностически неблагоприятных нарушений сердечного ритма и проводимости, при недостаточности кровообращения не выше 1 ст.	Все санатории, кроме санатория Теберда
Болезни органов пищеварения		
Язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки	Фаза стойкой ремиссии или затихающего обострения при отсутствии двигательной недостаточности желудка, без склонности к кровотечению, пенетрации и подозрения на возможность злокачественного перерождения	Санаторий Теберда минеральные воды, грязелечение. Санатории Выборг-7, Лесное, Шафраново, Чемал - кумысолечение, фитотерапия
Болезни оперированного желудка	Не ранее 6 мес. после операции, при окрепшем послеоперационном рубце и удовлетворительном общем состоянии	Те же санатории
Хронический гастрит	С секреторной недостаточностью либо с повышенной секрецией, с нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка вне фазы обострения	Те же санатории
Холецистит, холангит, функциональные болезни желчных путей	Без склонности к частым обострениям, без явлений желтухи, приступов печеночной колики, при нормальной СОЭ	Те же санатории
Болезни нервной системы		
Астенические неврозоподобные состояния, неврозы, неврастении	Легкой и средней степени тяжести, не требующие лечения в специальных клиниках	Все санатории
Болезни эндокринной системы		
Сахарный диабет	Легкой степени в состоянии устойчивой компенсации, без склонности к ацидозу	Выборг-7, Лесное, Шафраново при наличии заключения лечащего врача -

	эндокрино- лога по месту жительства больного
--	---

IV. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ, ИСКЛЮЧАЮЩИЕ НАПРАВЛЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, И ЛИЦ ИЗ ГРУПП РИСКА В САНАТОРИИ

Общие противопоказания

1. Все заболевания в острой стадии, хронические заболевания в стадии обострения; осложненные острыми гнойными процессами; болезни, требующие лечения в специальных лечебных учреждениях.
2. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
3. Недостаточность кровообращения выше 1 ст., дыхательной функции - выше 2 ст., для больных, поступающих из контрастных климатических регионов.
4. Все венерические заболевания.
5. Психические заболевания, все формы наркомании, хронический алкоголизм, эпилепсия; резко выраженная неврастения и психастения.
6. Все болезни крови.
7. Кахексия любого происхождения.
8. Злокачественные новообразования.
9. Эхинококк любой локализации.
10. Часто повторяющиеся кровотечения различного происхождения.
11. Нефриты и нефрозы в фазе декомпенсации почечной функции (ХПН - 3-4 ст.).
12. Все заболевания, при которых больные не способны к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждаются в постоянном специальном уходе.

Противопоказания по туберкулезу

1. Остро текущие формы туберкулеза с склонностью к распаду, обсеменению и быстрому прогрессированию.
 2. Выпотные плевриты в острой фазе.
 3. Часто повторяющиеся кровохарканья.
 4. Туберкулез органов дыхания, осложненный прогрессирующими формами костно-суставного туберкулеза, мочеполовых органов, кожи и др., показанных для лечения в специальных стационарах.
 5. Осложнения, связанные с проведением фтизиохирургических вмешательств на органах дыхания (остаточная внутривезикулярная полость, эмпиема, бронхиальные свищи и т.д.).
 6. Раны после фтизиохирургических операций на органах дыхания, требующие перевязок и консультации фтизиохирурга.
 7. В санатории на климатических курортах Черноморского побережья Кавказа противопоказано направление больных активными формами туберкулеза органов дыхания с плохой переносимостью химиопрепаратов, а также больных, выделяющих микобактерии туберкулеза, устойчивые к основным противотуберкулезным препаратам.
 8. Противопоказаны для санаторного лечения активные формы саркоидоза сердца, центральной нервной системы, состояния стероидного диабета.
- Не показано направление в туберкулезные санатории для лиц, не состоящих на учете противотуберкулезных диспансерных учреждений.

Противопоказания по сопутствующим туберкулезу заболеваниям

Профилизация санаториев по сопутствующим туберкулезу заболеваниям позволяет целенаправленно использовать имеющиеся природные ресурсы и климатические факторы в комплексной терапии больных туберкулезом, а также обязывает врача строго соблюдать отбор больных на санаторное лечение не только по основному, но и сопутствующим заболеваниям.

Указанный ниже перечень противопоказаний на санаторное лечение больных по сопутствующим туберкулезу заболеваниям позволяет предотвратить случаи ухудшения клинического течения болезни, прогрессирования ее и появления обострений на воздействие

неблагоприятных климатических факторов, особенно в период акклиматизации больных, поступающих из контрастных климатических регионов России.

С учетом изложенного не следует направлять в санаторий больных туберкулезом при следующих клинических проявлениях сопутствующих заболеваний:

1. Ишемическая болезнь сердца, сопровождающаяся частыми приступами.
2. Инфаркт миокарда в недавнем анамнезе; в порядке исключения допустимо лечение в санаториях местной климатической зоны.
3. Выраженный склероз сосудов мозга с склонностью к нарушениям мозгового кровообращения.
4. Болезни органов сердечно-сосудистой системы с недостаточностью кровообращения выше 1 ст. для санаториев федерального подчинения и выше 2 ст. - для санаториев местного лечения.
5. Все болезни органов дыхания нетуберкулезного характера с выделением гнойной мокроты, резкого истощения и недостаточности дыхательной функции выше 2 ст.
6. Все заболевания органов пищеварения в фазе обострения.
7. Рубцовое сужение пищевода, желудка и кишечника с нарушением проходимости.
8. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с повторными массивными кровотечениями, имевшими место за последние несколько месяцев, проникающая язва, стеноз привратника, подозрения на злокачественное перерождение язвы желудка.
9. Полипоз желудка.
10. Язвенный энтероколит.
11. Желчнокаменная болезнь с частыми и длительными приступами.
12. Осложнения после операции на органах пищеварения.
13. Цирроз печени с асцитом или желтухой, а также все формы желтухи.
14. Болезни кожи, требующие консультации специалиста и лечения в профильных лечебных учреждениях.
15. Болезни опорно-двигательного аппарата, требующие лечения в профильных лечебных учреждениях.
16. Тяжелые формы сахарного диабета с истощением, выраженным ацидозом, показанные для лечения в стационаре.

V. ПОРЯДОК МЕДИЦИНСКОГО ОТБОРА И НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Необходимость санаторного лечения контингентов противотуберкулезных диспансерных учреждений определяет лечащий врач совместно с заведующим отделением на основании данных обследования и действующих показаний для направления больных в санаторий.

Окончательное решение показанности больному санаторного лечения и оформления путевки в санаторий осуществляет санаторно-курортная отборочная комиссия (СКОК), которая создается в противотуберкулезных учреждениях, осуществляющих отбор больных в санаторий. В ее состав входят: председатель - главный врач или его заместитель по лечебной работе и члены - заведующий отделением, врач - фтизиатр, представляющий больного на комиссию, и секретарь, который ведет учет поступающих медицинских документов и оформление путевок. Вся работа СКОК, принятые решения оформляются в виде протоколов, которые подписываются членами комиссии, а выданные путевки в санаторий регистрируются в журнале.

Независимо от того, в какой санаторий выдается путевка (местного или федерального подчинения), оформление медицинских документов осуществляет лечащий врач. При направлении в санаторий на руки больному выдаются:

1. Путевка (именная) с указанием санатория и дня заезда, направление в санаторий (форма 078/у), которые подписывают главный врач и лечащий врач противотуберкулезного учреждения. Подпись их заверяется круглой печатью направляющего лечебного учреждения. Категорически запрещается исправлять дату заезда в санаторий, указанную в путевке.
2. Санаторно-курортная карта, подписанная заведующим отделением и лечащим врачом, в которой должны быть отражены: а) клинический диагноз основного и сопутствующих заболеваний, группа диспансерного учета, группа инвалидности; б) характеристика клинического течения туберкулезного процесса (саркоидоза легких) с указанием даты начала заболевания и динамики клинического течения (дат обострений, рецидивов); в) данные обследования (клинические анализы крови, мочи, мокроты, бактериологические анализы мокроты, рентгенологические исследования органов дыхания, данные функции внешнего дыхания, ЭКГ, биохимические исследования функции печени); г) рекомендации для санаторного лечения основного и сопутствующих заболеваний с указанием предварительного срока лечения в санатории, у больных после проведенной в течение календарного года фтизиохирургической операции необходимо уточнить сезон и срок лечения с хирургом.

Лицам из IV группы диспансерного учета в санаторно-курортной карте следует указать характер и продолжительность контакта с больными туберкулезом, а также заболевания с учетом профиля санатория (см. Приложение 3). Путевка в санаторий для работников противотуберкулезных учреждений должна иметь отметку - "в отделение для медицинских работников".

3. Рентгенограммы обследования органов грудной клетки давностью не более 2-3 мес., последние подлежат возврату при выписке больного из санатория.

4. Справка об обследовании на ВИЧ-инфекцию, Hbs-антинген и реакцию Вассермана для совершенствования системы эпиднадзора за распространением и профилактикой этих заболеваний с учетом действующих законодательных документов.

5. Справка с места работы, заверенная подписью руководителя предприятия (учреждения), с указанием занимаемой больным должности и продолжительности его основного и дополнительного отпусков.

VI. ПОРЯДОК ПРИЕМА БОЛЬНЫХ НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, СОСТАВ И ЗАДАЧИ КЛИНИКО-ЭКСПЕРТНОЙ КОМИССИИ (КЭК)

Прием больных на санаторное лечение осуществляется в приемном отделении. В течение 3-х дней должно быть проведено необходимое обследование, после чего лечащий врач представляет больного на клиническо-экспертную комиссию (КЭК).

Клинико-экспертная комиссия должна быть создана во всех санаториях и утверждена приказом главного врача санатория. Эту комиссию возглавляет главный врач санатория или его заместитель по лечебной работе. В состав комиссии входят ведущие специалисты санатория. Решение комиссии принимается простым большинством голосов. Заключение вносится в историю болезни, а также в книгу записей заключений КЭК.

Функции, права и ответственность КЭК регламентированы Положением "О клинико-экспертной комиссии государственного лечебно-профилактического учреждения, органа управления здравоохранением территории, входящей в состав субъектов Федерации и субъекта Федерации" (Приложение 3 к Приказу Минздравмедпрома России от 13.01.95 N 5 "О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности")

Начальник отдела санаторно-курортной и реабилитационной помощи Минздравмедпрома Российской Федерации
Г.А.ТЕЧИЕВ

Приложение N 2
к Приказу Министерства
здравоохранения и медицинской
промышленности РФ
от 19 июля 1996 г. N 291

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВНЕЛЕГОЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, И ЛИЦ ИЗ ГРУПП РИСКА В ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ САНАТОРИИ

(Методические указания)

Настоящие Методические указания "Показания для направления взрослых, больных туберкулезом внелегочных локализаций, и лиц из групп риска в туберкулезные санатории" разработаны с учетом новой диспансерной группировки контингентов противотуберкулезных учреждений и предназначены для врачей фтизиатров по внелегочному туберкулезу.

Методические указания составили научные сотрудники:

Российского НИИ фтизиопульмонологии МЗ МП РФ:

доктор мед. наук, профессор Мочалова Т.П.,

доктор мед. наук, профессор Лавров В.П.,

канд. мед. наук Богин Ю.Б.,

канд. мед. наук Выренкова Т.Е.,

Олейниченко Е.Г.
С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии МЗ МП РФ:
канд. мед. наук Ягофарова Р.К.

Введение

На основании опыта работы санаториев, профилированных для взрослых, больных внелегочными формами туберкулеза, многолетней курации их с анализом результатов деятельности, разработаны Методические указания "Показания для направления взрослых, больных туберкулезом внелегочных локализаций, и лиц из групп риска в туберкулезные санатории", где уточнены показания и противопоказания, а также даны оптимальные сроки санаторного лечения больных с учетом локализации и активности туберкулезного процесса.

Методические указания составлены в соответствии с новой группировкой контингентов противотуберкулезных диспансерных учреждений и потребностью их в санаторном лечении.

Расширены показания для санаторного лечения больных активными формами внелегочного туберкулеза.

Впервые рассмотрен вопрос о необходимости санаторного лечения взрослых из групп риска по заболеванию туберкулезом, к которым относятся лица III и VII групп диспансерного наблюдения, имеющие различную нетуберкулезную патологию, включая болезни органов мочеполовой системы, глаз, костно-суставного аппарата. Комплексное лечение их освоено в туберкулезных санаториях и может быть использовано для профилактики реактивации туберкулеза.

Организация санаторной помощи больным внелегочным туберкулезом должна проводиться преимущественно в санаториях климатической зоны. Такие санатории имеются в Москве (сан. Быково), в Московской области (сан. Красная Роза), в Новосибирской области (сан. Мочищи), в Ульяновской области (сан. Сосновка), в Краснодарском крае (сан. Новопокровский). В ряде территорий внелегочные отделения на 20-30 коек открыты на базе санаториев для больных туберкулезом органов дыхания, однако качество лечебной помощи в них уступает специализированным внелегочным санаториям.

Особое место в организации лечения больных внелегочными формами туберкулеза занимают санатории федерального подчинения. Почти каждый второй больной с впервые выявленным туберкулезом внелегочных локализаций продолжает основной курс комплексного лечения в санаториях федерального уровня.

Для больных туберкулезом глаз профилированы три федеральных санатория: Выборг-3, Красный Вал и Плес. Указанные санатории оснащены современным медицинским оборудованием, укомплектованы квалифицированными кадрами врачей и среднего медицинского персонала, что позволяет обеспечить диагностику и лечение больных на высоком профессиональном уровне.

Санатории Глуховская, Лесное, Шафраново и Советск принимают на лечение больных мочеполовым туберкулезом. Кроме того, в санатории Глуховская имеется отделение для больных туберкулезом гениталий, а санатории Советск - отделение для больных костно-суставным туберкулезом. В санаториях Глуховская и Советск проводится комплексная терапия больных с использованием методов хирургического лечения, что позволяет ускорить достижение медицинской, функциональной и трудовой реабилитации.

Курация санаториев федерального подчинения осуществляется научными сотрудниками Российского НИИ фтизиопульмонологии Минздравмедпрома РФ, С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Минздравмедпрома РФ. При необходимости больные переводятся на лечение в клиники этих институтов.

Эффективность санаторного лечения, стойкость его результатов в значительной степени зависят от правильного медицинского отбора, своевременного направления больного в санаторий и качества оформления медицинских документов.

При отборе больных туберкулезом в санатории федерального подчинения следует строго руководствоваться профилем этих санаториев, который определен Приказом Минздравмедпрома РФ "О плане распределения мест в туберкулезные санатории" N 265 от 19.09.95, и не направлять больных, которым не показано лечение в санатории по основному заболеванию, либо противопоказано из-за тяжести туберкулезного процесса и сопутствующих заболеваний.

Медицинские документы, выдаваемые на руки больному при направлении в санаторий, должны быть оформлены подробно с указанием диагноза, группы диспансерного учета, группы инвалидности и даты ее установления, методов обследования, проведенного лечения и его результатов.

Соблюдение преемственности лечения больных на этапах диспансер - санаторий позволит не только повысить эффективность лечения, но и обеспечить качество использования санаторных коек.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ

**МОЧЕПОЛОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
(САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО И МЕСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ)**

Группа диспанс. учета	Клиническая характеристика контингента, форма и фаза туберкулезного процесса	Задачи санаторного лечения	Сроки лечения
1	2	3	4
У "А" группа			
1.	Впервые выявленные больные туберкулезом почек и мочевых путей, а также с обострением и рецидивом процесса после лечения в стационаре	Продолжение основного курса комплексного лечения с применением химиопрепаратов, средств патогенетического воздействия на фоне санаторных факторов. Полная или частичная медицинская, функциональная и трудовая реабилитация	3-4
2.	Больные с туберкулезным эпидидимитом, орхитом, простатитом, везикулитом после лечения в стационаре	Продолжение основного курса комплексного лечения с использованием химиопрепаратов на фоне санаторных факторов. Полная медицинская реабилитация	3-4
3.	Больные хроническими активными формами туберкулеза почек, мочевых путей, мужских половых органов и сочетанного поражения всей мочеполовой системы	Проведение комплексного лечения с использованием химиопрепаратов на фоне санаторных методов лечения По показаниям - хирургическое лечение. Предупреждение обострения процесса, развития рубцовых изменений	3-4
4.	Больные, нуждающиеся в хирургическом лечении по поводу мочеполового туберкулеза	Предоперационная подготовка	1-1, 5
5.	Больные после хирургических вмешательств, произведенных в стационарах на почках, мочевых путях, половых органах мужчин	Продолжение комплексного лечения на фоне санаторных факторов, функциональная реабилитация органов мочевой системы, предупреждение развития рубцовых изменений	2-3

6.	Больные с различными формами туберкулеза почек и мочевыводящих путей, осложненные пиелонефритом, мочекаменной болезнью, гипертонией	Продолжение комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, патогенетических средств на фоне санаторных факторов. Неспецифическая и антисклеротическая терапия для профилактики нефросклероза. Полная или частичная медицинская функциональная и трудовая реабилитация	3-4
7.	Впервые выявленные больные туберкулезом женских половых органов: эндометритом, туберкулезом матки, придатков, вульвы, влагалища и с рецидивом заболеваний в стационаре	Продолжение основного курса комплексного лечения, применение патогенетических средств на фоне санаторных методов лечения. Полная медицинская реабилитация	3-4
8.	Больные с хронически текущим активным туберкулезом женских половых органов	Проведение комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, средств неспецифического воздействия, патогенетических препаратов на фоне санаторных методов лечения. Полная или частичная медицинская и трудовая реабилитация	2-3
9.	Больные с активным туберкулезом женских половых органов, нуждающиеся в хирургических вмешательствах	Предоперационная подготовка. Химиотерапия - по показаниям, патогенетические средства на фоне санаторных факторов При операции, выполненной в санатории	1-1,5 3-4
10.	Больные после хирургического вмешательства на женских половых органах, выполненного в стационаре	Продолжение комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, средств патогенетического воздействия на фоне санаторных факторов. Медицинская и трудовая реабилитация	3-4
V-Б			
1.	Больные с затихающим мочеполовым туберкулезом, нуждающиеся в проведении профилактических курсов химиотерапии на фоне санатор-	Проведение профилактических курсов с использованием химиопрепаратов на фоне санаторных факторов.	1, 5-2

	ных методов лечения	Полная медицинская и трудовая реабилитация	
2.	Больные с затихающим туберкулезом женских половых органов	Проведение профилактических курсов с использованием химиопрепаратов, патогенетических средств на фоне санаторных факторов. Полная медицинская и трудовая реабилитация	1,5-2
V-B V-Г	Лица (мужчины) с негативным мочеполовым туберкулезом и посттуберкулезными изменениями	Проведение оздоровительных мероприятий, функциональная реабилитация на фоне санаторного режима	1-1,5
V-B V-Г	Лица с остаточными изменениями после перенесенного туберкулеза женских половых органов	Проведение оздоровительных мероприятий, функциональная реабилитация на фоне санаторного режима	1-1,5

**ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ГЛАЗ, НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
(САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО И МЕСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ)**

Группа диспанс. учета	Клиническая характеристика контингентов, форма и фаза туберкулезного процесса	Задачи санаторного лечения	Сроки лечения (в мес.)
"О" Группа	Все больные с подозрением на метастатические и туберкулезно-аллергические формы заболевания глаз (кератиты, склериты, керато-склериты, иридоциклиты, хориоидиты, хориоретиниты и др.)	Клинико-рентгенологическое, лабораторное обследование, проведение туберкулинодиагностики и пробного специфического лечения	2-4 при специфической этиологии процесса срок лечения до 6 мес.
V "А" Группа			
1.	Впервые выявленные больные метастатическим туберкулезом глаз	Продолжение основного курса комплексного лечения с использованием химиопрепаратов на фоне десенсибилизирующей, сосудорасширяющей и витаминотерапии. Местная антибактериальная и симптоматическая терапия. Частичная медицинская реабилитация	4-6
2.	Больные с метастатическим туберкулезом глаз с рецидивом процесса	Проведение химиотерапии, десенсибилизирующей, сосудорасширяющей и витаминотерапии. Медицинская ре-	3-4

		билитация	
3.	Больные с хронически текущим метастатическим туберкулезом глаз в период обострения процесса	Проведение общей и местной химиотерапии на фоне патогенетических и симптоматических средств. Полная или частичная медицинская и трудовая реабилитация	2-2, 5
V "Б" Группа			
1.	Все больные туберкулезом глаз после окончания основного курса химиотерапии для профилактики обострений	Проведение профилактических курсов химиопрепаратами в сочетании с санаторными методами лечения. Медицинская реабилитация	2-3
2.	Больные с хроническими рецидивирующими формами туберкулеза глаз в период ремиссии	Проведение общей и местной химиотерапии на фоне патогенетических и симптоматических средств. Частичная медицинская, функциональная реабилитация	2-2, 5
3.	Больные с метастатическим туберкулезом глаз, нуждающиеся в оперативном вмешательстве по поводу осложнений основного заболевания (осложненная катаракта, вторичная глаукома и т.д.)	Пред и послеоперационная химиотерапия, общеукрепляющее и симптоматическое лечение на фоне санаторных факторов. Медицинская реабилитация	2-2, 5
V "В" Группа			
	Больные с неактивным туберкулезом глаз после перевода из V "Б" группы	Проведение общеукрепляющей, симптоматической и рассасывающей терапии в сочетании с санаторными факторами. Медицинская и трудовая реабилитация	2-3
V "Г" Группа			
	Больные с неактивным туберкулезом глаз и снижением зрительных функций	Проведение общеукрепляющей, симптоматической и рассасывающей терапии на фоне санаторных факторов. Медицинская реабилитация	2-3
Примечание. Кроме больных с метастатическим туберкулезом глаз лечению в туберкулезных санаториях подлежат:			
	Больные с острыми туберкулезно-аллергическими формами (кератиты, склериты, керато-склериты, иридоциклиты)	Проведение десенсибилизирующей и симптоматической терапии в сочетании с санаторными методами лечения	2-2, 5
	Лица, перенесшие туберкулезно-аллергические заболевания глаз, имеющие остаточные изменения	Проведение десенсибилизирующей и симптоматической терапии в сочетании с санаторными факторами	1, 5-2

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ КОСТНО-СУСТАВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА САНАТОРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

(САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО И МЕСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ)

Группа диспанс. учета	Клиническая характеристика контингентов, форма и фаза туберкулезного процесса	Задачи санаторного лечения	Сроки лечения (в мес.)
V "А" Группа			
1.	Все больные с впервые выявленным туберкулезом костей и суставов и рецидивом процесса	Проведение основного курса комплексного лечения с использованием химиопрепаратов, ортопедического и хирургического лечения. Лечебная физкультура. Частичная медицинская и трудовая реабилитация	6-10
2.	Больные с хроническими формами костно-суставного туберкулеза	Проведение комплексного лечения, использование химиопрепаратов, патогенетических средств, ортопедических и хирургических методов лечения. Лечебная физкультура, массаж. Частичная медицинская и трудовая реабилитация	3-6
V "Б" Группа	Больные затихающим костно-суставным туберкулезом	Проведение профилактического лечения на фоне санаторных методов лечения (ЛФК, физиотерапия, массаж, иглоукалывание, мануальная терапия. Трудовая и функциональная реабилитация (полная или частичная)	2-4
V "В" Группа	Лица с неактивным костно-суставным туберкулезом	Противорецидивные курсы химиотерапии (по показаниям), применение физических методов лечения: лечебной физкультуры, мануальной терапии, патогенетических средств. Полная медицинская реабилитация	2-3
V "В" и V "Г" Группы	Лица, нуждающиеся в корригирующих операциях после перенесенного костно-суставного туберкулеза	Предоперационная подготовка, химиотерапия по показаниям, общеукрепляющее лечение, использование средств патогенетического воздействия на фоне санаторных факторов. Лечебная физкультура, физиотерапия	1, 5-2
	При операциях, проведенных в санатории	Общеукрепляющее лечение, химиотерапия по показаниям, хирургическое и ортопедическое лечение. Лечебная физкультура, массаж. Частичная или полная медицинская и трудовая реби-	6-8

	При операциях, проведенных в стационаре	литорация Послеоперационное ведение больного, химиотерапия по указаниям. Общеукрепляющее лечение, ортопедическое лечение. Лечебная физкультура, массаж. Частичная или полная медицинская и трудовая реабилитация	4-6
--	---	---	-----

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ В САНАТОРИИ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ С ПРОЧИМИ ЛОКАЛИЗАЦИЯМИ ВНЕЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА (САНАТОРИИ МЕСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ)

Группа диспанс. учета	Клиническая характеристика контингентов, форма и фаза туберкулезного процесса	Задачи санаторного лечения	Сроки лечения (в мес.)
V "А" Группа	Больные с впервые выявленным туберкулезом кожи, периферических и брыжеечных лимфатических узлов, туберкулезом кишечника, туберкулезным полисерозитом, туберкулезом надпочечников и рецидивом заболевания	Продолжение основного курса химиотерапии после стационарного лечения, применение патогенетических и физических методов лечения. Медицинская и трудовая реабилитация	3-6
V "Б"	Больные с затихающим активным туберкулезом кожи, периферических и брыжеечных лимфатических узлов, туберкулезом кишечника, туберкулезным полисерозитом, туберкулезом надпочечников	Профилактический курс с использованием химиопрепаратов на фоне санаторных методов	3-4
V "В"	Лица с клинически излеченным туберкулезом кожи в периоды до и после пластической операции на лице	Пред- и послеоперационная подготовка, химиотерапия, физические методы лечения. Медицинская и трудовая реабилитация	3-4
V "Б" и V "В" Группы	Реконвалесценты после туберкулезного менингита	Повышение резистентности организма, проведение профилактического курса химиотерапии, применение физических и патогенетических методов лечения. Медицинская, трудовая, функциональная реабилитация (полная или неполная)	3-4
V "В" и V "Г" Группы	Лица после перенесенного туберкулеза лимфатических узлов, кишечника и полисерозита для профилактики рецидива туберкулезного процесса	Общеукрепляющее лечение, химиопрофилактика по показаниям, санаторные методы лечения. Полная и частичная медицинская и трудовая реабилитация	1, 5-2

Санатории для больных внелегочными формами туберкулеза являются, как правило, многопрофильными и владеют современными методами лечения не только туберкулеза, но и неспецифических болезней органов мочеполовой системы, костно-суставного аппарата, глаз, которые сопутствуют туберкулезу органов дыхания примерно в 32% случаев. Этот контингент представляет группу риска по формированию внелегочного туберкулеза.

Учитывая это, больные активными формами туберкулеза органов дыхания, имеющие сочетанные заболевания со стороны органов мочеполовой системы, костно-суставного аппарата и глаз должны получать комплексное лечение в туберкулезном стационаре.

Лица, состоящие в III и VII группах диспансерного учета, при наличии у них неспецифических поражений органов мочеполовой системы, костно-суставного аппарата и глаз, для противорецидивного лечения более целесообразно направлять в санатории для больных внелегочными формами туберкулеза.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ
ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ЛИЦ III И VII ГРУПП УЧЕТА, ИМЕЮЩИХ
НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ
СИСТЕМЫ, КОСТНО-СУСТАВНОГО АППАРАТА И ГЛАЗ,
В САНАТОРИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ВНЕЛЕГОЧНЫМИ
ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА
(САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО И МЕСТНОГО ПОДЧИНЕНИЯ)**

Клиническая характеристика болезней у лиц III и VII групп учета, показанных для санаторного лечения	Задачи санаторного лечения	Санатории федерального подчинения	Срок лечения (в мес.)
Пиелонефрит, простатит, мочекаменная болезнь, аденома предстательной железы (1-2 ст.)	Проведение общих оздоровительных мероприятий, химиопрофилактика туберкулеза по показаниям, предоперационная подготовка. Послеоперационный период лечения	Лесное Глуховская Советск	1-1,5
Нарушения функции яичников (при наличии результатов гистологического исследования соскоба эндометрия), кистозная дегенерация яичников, бессимптомные миомы матки, хронические неспецифические сальпингоофориты вне стадии обострения, доброкачественные заболевания шейки матки	Общеукрепляющее лечение. Противорецидивное лечение с использованием химиопрепаратов на фоне санаторных методов лечения	Глуховская	1-1,5
Увеиты, глаукома, кератиты	Проведение общих оздоровительных мероприятий. Химиопрофилактика туберкулеза - по показаниям. Симптоматическое местное лечение	Плес Выборг-3 Красный вал	1-1,5
Остеохондрозы, спондилиты, артрозы, болезнь Пертеса	Проведение общих оздоровительных мероприятий. Химиопрофилактика туберкулеза, лечебная физкультура, массаж	Советский	1-1,5

Отбор лиц с указанной патологией в санатории для больных внелегочными формами как местного, так и федерального подчинения должен проводиться путем предварительного

направления в санаторий санаторно-курортной карты, которая должна быть заверена подписью председателя СКОК и печатью направляющего противотуберкулезного учреждения.

После консультации полученных документов на клинико-экспертной комиссии (КЭК) санатория в адрес диспансера должна быть направлена путевка (именная), либо решение КЭК, если в выделении путевки отказано.

Противопоказания для направления больных
внелегочными формами туберкулеза в специализированные
туберкулезные санатории

1. Общие противопоказания
 - 1.1. Все острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
 - 1.2. Все венерические заболевания.
 - 1.3. Все заболевания в острой стадии и хронические в стадии обострения и осложненные гнойными процессами.
 - 1.4. Психические заболевания. Все формы наркомании, хронический алкоголизм. Эпилепсия.
 - 1.5. Все болезни крови.
 - 1.6. Злокачественные новообразования.
 - 1.7. Кахексия любой этиологии.
 - 1.8. Эхинокок любой локализации.
 - 1.9. Часто повторяющиеся кровотечения.
 - 1.10. Беременность с 6-ой недели.
 - 1.11. Больные с полной и необратимой потерей зрения.
 - 1.12. Все заболевания, при которых больные не способны к самостоятельному передвижению и самообслуживанию, нуждаются в постоянном специальном уходе.
2. Противопоказания по заболеванию туберкулезом и его осложнениям
 - 2.1. Внелегочный туберкулез, осложненный эмилоидозом паренхиматозных органов.
 - 2.2. Сочетание внелегочного туберкулеза с активным туберкулезом органов дыхания. Лечение этих больных производится в санаториях для больных туберкулезом органов дыхания.
 - 2.3. Стойкие остаточные изменения и декомпенсация функции нервной системы после перенесенного туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС (параличи, нарушения интеллекта).
 - 2.4. Туберкулез мочеполовой системы с явлениями некомпенсированной почечной недостаточности (ХПН III-IV).
 - 2.5. Туберкулез мочевой системы с мочевыми свищами.
 - 2.6. Острый и подострый туберкулезный сальпингоофорит с пельвиоперитонитом.
 - 2.7. Туберкулезный эндометрит, сопровождающийся маточным кровотечением.
 - 2.8. Малигнизация процесса при всех формах туберкулеза кожи.
 - 2.9. Индуративные формы туберкулезных мезаденитов и слипчивый перитонит, осложненный спаечным процессом с частичной непроходимостью кишечника.
 - 2.10. Туберкулез кишечника, туберкулезный парапрактит, осложненный свищами.
 - 2.11. Полисерозиты с наличием жидкости в полостях.
 - 2.12. Туберкулез надпочечников с некорректируемой гипотонией.

Начальник отдела санаторно
курортной и реабилитационной
помощи Минздравмедпрома
Российской Федерации
Г.А.ТЕЧИЕВ

Приложение N 3
к Приказу Министерства
здравоохранения и медицинской
промышленности РФ
от 19 июля 1996 г. N 291

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ
И УГРОЖАЕМЫХ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ,
НА САНАТОРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

(Методические указания)

Показания для направления детей и подростков, больных и угрожаемых по заболеванию туберкулезом, на лечение в санатории федерального и местного подчинения отражают современные требования к туберкулезным санаториям и разработаны с учетом новой группировки контингентов, наблюдаемых противотуберкулезными диспансерными учреждениями. Впервые они составлены для больных всеми локализациями туберкулеза, что имеет важное значение для практического здравоохранения.

Методические указания предназначены для врачей фтизиопедиатров противотуберкулезных диспансеров, туберкулезных больниц и санаториев.

Методические указания составили научные сотрудники:

Российского НИИ фтизиопульмонологии МЗМП РФ:

доктор мед. наук Аксенова В.А.,

доктор мед. наук, профессор Лебедева Л.В.,

доктор мед. наук, профессор Мочалова Т.П.,

канд. мед. наук Выренкова Т.Е.,

канд. мед. наук Бекасова В.С.

Центрального НИИ туберкулеза РАМН:

засл. деят., науки, доктор мед. наук,

профессор Митинская Л.А.,

канд. мед. наук Елуфимова В.Ф.

С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии МЗМП РФ

доктор мед. наук, профессор Коваленко К.Н.

Введение

Санаторный этап занимает важное место в комплексной терапии детей и подростков, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях. В современных условиях санатории должны обеспечить эффективное лечение больных с локальными формами туберкулеза до наступления клинического излечения с формированием минимальных остаточных изменений, а лицам из групп риска - провести общеукрепляющее лечение и химиопрофилактику на фоне санаторных факторов для предупреждения заболевания их туберкулезом. Пребывание в санаториях детей из очагов туберкулезной инфекции приобретает особое значение при защите их от суперинфекции, когда невозможно изолировать ребенка от больного туберкулезом в семье и для детей из "контактов" с низким материальным и неблагополучным социальным уровнем.

Детские санатории имеются в большинстве территорий России, в них направляются больные туберкулезом после стационарного лечения и в основном контингенты из групп риска.

Для лечения детей и подростков с осложненными формами туберкулеза, а также при наличии сопутствующих заболеваний функционируют три санатория федерального подчинения. Два из них профилированы для больных туберкулезом органов дыхания. Санаторий "Пионер" расположен на Черноморском побережье Кавказа (г. Сочи, ст. Лазаревская), принимает на лечение детей в возрасте 7-14 лет, учащихся 1-8 классов. Санаторий "Пушкинский" (Ленинградская область, г. Пушкино) организован для детей и подростков в возрасте 11-17 лет, учащихся 5-11 классов.

Лечение детей и подростков, больных внелегочными формами туберкулеза, проводится в федеральном санатории "Кирицы" (Рязанская область, пос. Кирицы), где получают лечение больные в возрасте 2-17 лет с организацией обучения в 1-11 классах.

Оснащенность санаториев необходимым медицинским оборудованием, высокая профессиональная подготовка врачей способны обеспечить обслуживание детей и подростков в санаториях на достаточно высоком уровне.

Наряду с общепринятыми методами обследования больных в ряде санаториев внедрены наиболее информативные иммунологические тесты для определения состояния общего иммунитета и степени специфического антителообразования, т.е. для оценки защитных сил организма ребенка и подростка. Комплексное обследование больных в санаторных условиях позволяет проводить дифференциальную диагностику туберкулеза, констатировать клиническое излечение, что является критерием при переводе в III группу учета, а также устанавливать дифференцированные сроки санаторного лечения, обоснованно проводить курсы химиотерапии туберкулеза, химиопрофилактики и дополнять их неспецифической и стимулирующей терапией.

В санаторной практике детей и подростков, больных туберкулезом, широко используются средства патогенетического лечения, витаминотерапия, фитотерапия, разные виды климатолечения, элементы активного двигательного режима, а в терапии внелегочных локализаций туберкулеза - методы хирургического лечения, что позволяет ускорить достижение медицинской реабилитации с минимальными остаточными изменениями.

Все санатории федерального подчинения имеют возможность консультировать больных со специалистами Российского НИИ фтизиопульмонологии Минздравмедпрома РФ, С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Минздравмедпрома РФ и при необходимости переводить больных в клиники этих учреждений, что имеет важное значение для практического здравоохранения.

**1. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ САНАТОРИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДЧИНЕНИЯ.
КОНТИНГЕНТЫ БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В САНАТОРИИ
"ПИОНЕР" И "ПУШКИНСКИЙ"**

Клинические формы и фаза туберкулеза, группы учета	Задачи санаторного лечения	Сроки и показатели эффективности лечения
Все формы туберкулеза органов дыхания, в том числе при наличии осложнений, включая остаточные полости без бактериовыделения и при замедленном рассасывании инфильтративных изменений (I группа учета)	Противотуберкулезное лечение в комплексе с патогенетическими средствами, климатотерапией и физическими методами закаливания. Подготовка к оперативному вмешательству – при показаниях	6-10 мес. Минимальные остаточные изменения, восстановление функции дыхания, ликвидация признаков активности туберкулеза
Туберкулез органов дыхания в фазе рассасывания и уплотнения, в т.ч. с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, врожденной патологией бронхов (I-II группы учета)	Лечение туберкулеза и сопутствующих заболеваний на фоне использования санаторно-курортных факторов в целях улучшения функции внешнего дыхания, общего и специфического иммунитета	4-6 мес. Ликвидация признаков активности туберкулеза, достижение излечения и фазы ремиссии при сопутствующих заболеваниях
Состояние после хирургических вмешательств по поводу туберкулеза органов дыхания не ранее 2-4 мес. после операции (I группа учета)	Продолжение лечения противотуберкулезными препаратами, иммунокорректорами в сочетании с лечебной физкультурой в санаторных условиях	Не менее 6 мес. Достижение клинического излечения
Туберкулезная интоксикация, впервые диагностированная (I группа учета)	Лечение противотуберкулезными препаратами с применением закаливающих процедур, терапия сопутствующих интеркуррентных заболеваний	3-6 мес. Полная функциональная реабилитация
Состояние после хирургических вмешательств на органах дыхания по поводу туберкулеза, в том числе с остаточными изменениями в плевре, при сочетании с хроническими неспецифическими	Общие оздоровительные мероприятия, по показаниям – противорецидивный курс противотуберкулезной терапии. Лечение неспецифических заболеваний органов дыхания с использованием	3-4 мес. Предупреждение реактивации туберкулеза. Функциональная реабилитация

поражениями легких (II-III группы учета)	санаторных факторов	
Клинически излеченный туберкулез органов дыхания при наличии неспецифических заболеваний легких (III группа учета)	Оздоровительные мероприятия с использованием санаторных факторов. Лечение неспецифических поражений легких	3-4 мес. Предупреждение реактивации туберкулеза. Функциональная реабилитация
Период первичного инфицирования туберкулезом (вираж реакции на введение туберкулина) и гиперчувствительность к туберкулину, сочетающиеся с частыми интеркуррентными заболеваниями и хроническими неспецифическими поражениями органов дыхания (VI А, Б, В - группы учета)	Химиопрофилактика туберкулеза. Лечение сопутствующих заболеваний на фоне санаторных факторов. Уточнение активности туберкулезной инфекции. Дифференциальная диагностика поражений органов дыхания	3-4 мес. Функциональная реабилитация

**ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ
В САНАТОРИЙ "КИРИЦЫ"**

Клинические формы и фаза туберкулеза, группы учета	Задачи санаторного лечения	Сроки и показатели эффективности лечения
Спондилит, все формы, в т.ч. распространенные и осложненные со свищами и спинно-мозговыми расстройствами. Все формы артрита, остита (V "А" группа учета)	Комплексное лечение противотуберкулезными и неспецифическими препаратами, сочетающееся с хирургическими методами и ортопедической помощью. Последующая восстановительная терапия с использованием санаторных факторов, физиотерапии, лечебной гимнастики. Профилактика осложнений и рецидивов. При необходимости - перевод в Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии МЗМП РФ	1-2 года Полное или частичное восстановление функции пораженного органа
Состояние после хирургического лечения в больницах по поводу костно-суставного туберкулеза (V "А" группа учета)	Продолжение специфической и реабилитационной терапии, частичное или полное восстановление функции пораженного органа	10-12 мес. Отсутствие обострений и рецидивов
Затихающий туберкулез костей и суставов после перенесенных заболеваний или сочетающийся с метатуберкулезными заболеваниями опорно-двигательного аппарата (V "Б" группа учета)	Определение активности туберкулезного процесса. Направленная неспецифическая терапия, противорецидивные курсы приема противотуберкулезных препаратов. Закаливающие процедуры (воздушные ванны, влажные обтирания в окружении	8-12 мес. Достижение клинического излечения. Отсутствие рецидивов

	соснового парка)	
Инфицированные туберкулезом дети и подростки с остеохондропатией, болезнью Пертеса, Шойерман-Мау, Шлятера, Шинца и др. (V "А" или "О" группы учета)	Проведение курса химиопрофилактики туберкулеза, дифференциальная диагностика поражений костей и суставов. Ортопедические и этиотропные методы лечения. Повышение общей сопротивляемости больных	10-12 мес. Восстановление функции пораженных органов
Все больные с подозрением на туберкулезно-аллергические или метастатические формы заболевания глаз (кератиты, склериты, керато-склериты, иридоциклиты, хориодиты, хориоретиниты и т.д.) (V "А" или "О" группы учета)	Клинико-рентгенологическое обследование больных; проведение туберкулинодиагностики и пробного специфического лечения	2-4 мес. - для диагностики, до 6 мес. - для лечения специфического процесса в глазу
Все впервые выявленные больные с метастатическим туберкулезом глаз (передние и задние увеиты) (V "А" группа учета)	Основной курс противотуберкулезной терапии; местное введение противотуберкулезных и симптоматических препаратов путем инстилляций, электрофореза, подконъюнктивальных, парабульбарных и ретробульбарных инъекций. Активная десенсибилизирующая, стимулирующая, сосудорасширяющая и витаминотерапия	8-12 мес. Достижение фазы затихания специфического процесса в глазу. Восстановление (частичное или полное) зрительных функций
Больные с хроническими рецидивирующими формами метастатического туберкулеза глаз (передние и задние увеиты) (V "А" или "Б" группы учета)	Проведение на фоне специфической терапии патогенетического, симптоматического и рассасывающего лечения общего и местного	6-8 мес. Ликвидация рецидивов заболевания, достижение стойкой фазы затихания процесса в глазу
Посттуберкулезные изменения после метастатических и туберкулезно-аллергических форм глазного туберкулеза (кератиты, склериты, керато-склериты, иридоциклиты, передние увеиты, хориодиты, хориоретиниты и т.д.) (V "Б" и "В" группы учета)	Проведение курсов противорецидивного специфического лечения на фоне общеукрепляющей и витаминотерапии с использованием климатотерапии	3-4 мес. Профилактика обострений, повышение зрительных функций, клиническое излечение
Туберкулезно-аллергические формы поражения глаз (керато-конъюнктивиты, эписклериты, керато-склериты, кератоири-ты и др.) (V "Б" и "В" группы учета).	Комплексное общеукрепляющее лечение, активная десенсибилизирующая терапия, местная рассасывающая терапия. Климатотерапия	2-4 мес. Устранение последствий перенесенного токсико-аллергического

<p>Все впервые выявленные формы туберкулеза мочеполовой системы (V "А" группа учета)</p>	<p>Клинико-рентгенологическое, инструментальное, микробиологическое обследование больных в целях верификации диагноза и определения активности туберкулеза. Комплексная терапия с использованием химиопрепаратов, средств патогенетического воздействия на фоне санаторных факторов</p>	<p>специфического поражения глаз 3-4 мес. - для диагностики, до 8-10 мес. - для лечения до затихания процесса</p>
<p>Посттуберкулезные (остаточные) изменения со стороны органов мочевой системы и гениталий (V "В" группа учета)</p>	<p>Химиотерапия туберкулеза и сопутствующих заболеваний, включая средства и методы патогенетического воздействия, в т.ч. климатолечение, физиотерапию и лечебную гимнастику. Уточнение активности туберкулеза</p>	<p>3-4 мес. - для диагностики процесса, до 6 мес. - для лечения до восстановления функции почек</p>
<p>Состояние после хирургических вмешательств на органах мочевой системы по поводу туберкулеза (V "А" и "В" группы учета)</p>	<p>Оценка функционального состояния оставшегося органа. Химиотерапия туберкулеза в зависимости от исходов операции и проведенного ранее лечения</p>	<p>3-4 мес. Профилактика обострений, восстановление функций почек (почки), Клиническое излечение</p>
<p>Заболевания органов мочевой системы с подозрением на туберкулез, пиелонефриты неясной этиологии у инфицированных туберкулезом детей и подростков (группа риска по заболеванию мочеполовым туберкулезом - "О" группа учета)</p>	<p>Дифференциальная диагностика поражений, химиопрофилактика туберкулеза, лечение неспецифических поражений мочеполовой системы. Пробная противотуберкулезная терапия (тест-терапия)</p>	<p>3-4 мес. для диагностики, до 6-8 мес. - для комплексного лечения</p>
<p>Впервые выявленный туберкулез периферических лимфатических узлов, включая свищевые формы (V "А" группа учета)</p>	<p>Продолжение и завершение основного курса химиотерапии, начатой в стационарных условиях. Бактериологическая и гистологическая диагностика. По показаниям - биопсия узлов</p>	<p>8-12 мес. Достижение клинического излечения</p>
<p>Рецидивирующие и хронические формы туберкулеза лимфатических узлов (периферических, мезентериальных) в т.ч. после оперативных вмешательств (V "А" и "В" группы учета)</p>	<p>Комплексная терапия включает использование препаратов специфического действия, витамины, десенсибилизирующие средства, лазеротерапию и медикаменты широкого спектра действия</p>	<p>6-8 мес. Достижение стойкого заживления</p>

Все формы туберкулеза кожи (колликвативный, волчанка, уплотненная эритема, папулонекротический) и слизистых оболочек (V "А" и "Б" группы учета)	Лечение противотуберкулезными препаратами и местное использование дезинфицирующих растворов, физиопроцедуры, лазеротерапия	6-8 мес. Достижение фазы затихания, профилактика обострений
Осложнения после введения вакцины БЦЖ (лимфадениты, холодные абсцессы, язвы, келоидные рубцы) не ранее чем через 4 мес. после проведения прививки (VI "Г" группа учета)	Местное лечение осложнений вплоть до удаления увеличенных лимфатических узлов и подкожных казеом. Общая противотуберкулезная терапия. Хирургическое лечение келоидных рубцов противопоказано!	3-4 мес. Приостановление роста келоидных рубцов. Достижение излечения

2. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, И ИЗ ГРУПП РИСКА В САНАТОРИИ МЕСТНОЙ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКОЙ ЗОНЫ

Клинические формы и фаза туберкулеза, группы учета	Задачи санаторного лечения	Сроки и показатели эффективности лечения
Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, первичный туберкулезный комплекс, диссеминированный, очаговый, инфильтративный туберкулез, туберкулема легких в фазе рассасывания, уплотнения и начинающейся кальцинации. Туберкулезный плеврит в фазе рассасывания (I-II группы учета)	Продолжение основного курса противотуберкулезной терапии, десенсибилизирующее и общеукрепляющее лечение на фоне санаторных факторов Подготовка к переводу в III-ю "Б" группу учета пациентов с малыми формами туберкулеза	10-12 мес. Достижение значительного улучшения и клинического излечения
Состояние после эффективного хирургического вмешательства по поводу туберкулеза органов дыхания и плевры не ранее 3-х мес. после операции (I группа учета)	Продолжение терапии туберкулеза наряду с физическими методами стимуляции дыхания, с использованием лечебной физкультуры и оздоровительных природных факторов	Не менее 6 мес. Клиническое излечение с восстановлением функции дыхания
Все формы внутригрудного туберкулеза после эффективного курса специфической терапии (II группа учета)	Трехмесячные курсы противорецидивной этиотропной терапии в сочетании с закаливающими процедурами, лечением сопутствующих заболеваний, определение активности туберкулезного процесса	3-4 мес. Обоснование для перевода в III-ю "Б" группу учета
Туберкулезная интоксикация	Лечение противотуберкулезными препаратами, уточнение этиологии интоксикации. Общеукрепляющее лечение	6-8 мес.
Клинически излеченный ту-	Оздоровительные мероприятия.	3-4 мес.

<p>беркулез органов дыхания при наличии неспецифических рецидивирующих заболеваний легких (III группа учета)</p>	<p>Лечение неспецифических поражений легких. Химиопрофилактика рецидива туберкулеза - по показаниям</p>	<p>Функциональная реабилитация</p>
<p>Туберкулез периферических лимфатических узлов (при отсутствии свищей) в фазе рассасывания. Туберкулезно-аллергические поражения глаз (кератоконъюнктивиты, эписклериты, кератосклериты) в фазе рассасывания (V "А" и "Б" группы учета)</p>	<p>Продолжение лечения, начатого в стационаре. Этиопатогенетическая и симптоматическая местная терапия. Использование диеты, витаминов и климатических оздоровительных факторов</p>	<p>6-8 мес. Достижение клинического излечения</p>
<p>Реконвалесценты после туберкулезного менингита при отсутствии противопоказаний со стороны центральной нервной системы (V "Б" группа учета)</p>	<p>Продолжение непрерывного основного курса противотуберкулезной терапии; восстановительная терапия (дегидратация, лечебная физкультура и др.). Специфическая терапия не менее 6 мес. после полной нормализации спинномозговой жидкости</p>	<p>12-18 мес. Сроки обуславливаются остаточными явлениями менингита и исходом туберкулеза органов дыхания</p>
<p>Вираз реакции на введение туберкулина - период первичной туберкулезной инфекции - VI "А" группа учета. Гиперчувствительность к туберкулину - VI "Б" группа учета</p>	<p>Определение активности туберкулеза и общей сопротивляемости организма пациентов. Химиопрофилактика туберкулеза противотуберкулезными препаратами или в сочетании с иммуностимуляторами</p>	<p>3-4 мес. Предупреждение заболевания</p>
<p>Здоровые дети из контакта с бактериовыделителями и больными активной формой туберкулеза, не выделяющими МБТ, а также из инфицированных туберкулезом хозяйств - IV группа учета</p>	<p>Первичная и вторичная химиопрофилактика туберкулеза Лечение интеркуррентных заболеваний. Общеукрепляющие мероприятия с использованием местных природных факторов</p>	<p>3-6 мес. Достижение нормативного статуса, снижение чувствительности к туберкулину</p>
<p>Осложнения после введения вакцины БЦЖ (лимфоадениты, холодные абсцессы, язвы, келоидные рубцы и др.) после лечения в стационаре или в условиях диспансера, а также после хирургических вмешательств (VI "Г" группа учета)</p>	<p>Общее и местное лечение противотуберкулезными препаратами и рассасывающими средствами. Определение иммунного статуса, иммунокоррекция - по показаниям. Хирургическое удаление келоидов противопоказано!</p>	<p>3-6 мес. Ликвидация осложнений</p>

3. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В САНАТОРИИ МЕСТНОЙ КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКОЙ ЗОНЫ И ФЕДЕРАЛЬНОГО ПОДЧИНЕНИЯ

1. Все болезни в остром периоде, в т.ч. туберкулез легких в фазе распада, острый милиарный туберкулез, туберкулез центральной нервной системы, бактериовыделение при туберкулезе органов дыхания.

2. Хронические заболевания, требующие специального лечения, в том числе - с явлениями некомпенсированной почечной или сердечно-сосудистой недостаточности.
3. Индуративные формы туберкулезного мезоаденита, осложненные спаечным процессом.
4. Все острые и хронические инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
5. Носительство возбудителей детских инфекционных и кишечных заболеваний.
6. Заразные болезни кожи.
7. Злокачественные новообразования.
8. Эпилепсия, невроты и другие заболевания центральной нервной системы, требующие индивидуального ухода и являющиеся противопоказаниями для учебы по программам общеобразовательной школы.
9. Саркоидоз органов дыхания с отрицательными тубпробами.

Примечание. Ночное недержание мочи не является противопоказанием для направления в санатории.

После дифтерии и других инфекционных заболеваний дети и подростки направляются в санатории не ранее, чем через месяц после выписки из стационара.

4. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ОФОРМЛЕНЫ НА БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В САНАТОРИЙ

1. Путевка, заверенная противотуберкулезным учреждением.
2. Направление в санаторий для больных туберкулезом по форме 078/у.
3. Копия свидетельства о рождении ребенка.
4. Выписка из истории болезни или карты диспансерного наблюдения.
5. Справка о проведенных прививках.
6. Справка об отсутствии контакта с инфекционными больными.
7. Справка о перенесенных инфекционных заболеваниях.
8. Справка об обследовании на дифтерию и кишечную группу.

Выписка из истории болезни должна содержать следующие данные: историю развития ребенка, его нервно-психический статус, сведения о наличии "контакта"; диагноз основного и сопутствующих заболеваний, подробные данные о развитии настоящего заболевания с указанием результатов рентгенологического и лабораторного обследования, когда и кем был проконсультирован больной, проведенное лечение, переносимость химиопрепаратов, эффективность лечения, цель направления в санаторий. Выписка должна быть заверена подписью и печатью лечебного учреждения, выдавшего ее. Рентгенограммы, сделанные по месту предыдущего лечения или наблюдения больного, подлежат возврату при выписке из санатория.

Адрес ребенка должен быть записан в истории болезни санатория с паспортных данных родителей.

Начальник отдела санаторно
курортной и реабилитационной
помощи Минздравмедпрома
Российской Федерации
Г.А.ТЕЧИЕВ

Приложение N 4
к Приказу Министерства
здравоохранения и медицинской
промышленности РФ
от 19 июля 1996 г. N 291

МЕТОДИКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ И ДРУГИХ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Методические указания

Методические указания составлены на основании результатов проведенных научных исследований, посвященных изучению механизмов особенностей проявления и течения

туберкулеза легких, в том числе самой тяжелой его формы - фиброзно-кавернозной. Проведение экспериментально - лабораторно-клинических сопоставлений позволили авторам разработать современные методы патогенетической терапии, направленные на регуляцию нарушенных механизмов, лежащих в основе изоляции заболевания. Использование рекомендуемых методов антиоксидантов и иммуногормональной терапии в комплексном лечении больных фтизиатрической клиники позволит врачам-фтизиатрам успешно решать вопрос повышения эффективности лечебных мероприятий больных туберкулезом легких.

Методические указания составили научные сотрудники:

Российского НИИ фтизиопульмонологии МЗМП РФ:

доктор мед. наук, профессор Старостенко Е.В.,

канд. мед. наук Салпагаров А.М.,

канд. мед. наук Круглова Е.Г.

С.-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии МЗМП РФ:

доктор мед. наук, профессор Васильев А.В.,

доктор мед. наук Иванова Л.А.,

канд. мед. наук Павлова М.В.

Введение

Существенной задачей современной фтизиатрии является повышение эффективности лечения больных туберкулезом в сокращенные сроки при формировании незначительных остаточных изменений в пораженном органе с минимальными функциональными потерями. Это возможно при сочетании комплексной антибактериальной терапии со средствами неспецифического патогенетического воздействия, задачи которого состоят в том, чтобы максимально ускорить обратное развитие воспаления (инфильтрации), предотвратить формирование выраженных фиброзных изменений, возникновение побочных реакций на антибактериальные препараты, стимулировать репаративные процессы в организме.

Клиника туберкулеза располагает в настоящее время значительным числом препаратов патогенетического характера. Их использование позволяет сократить сроки исчезновения проявления туберкулезной интоксикации и инфильтрации в легочной ткани (глюкокортикоиды, этимизол, антикининовые препараты, гепарин, туберкулин и др.) или, наоборот, повысить сосудистую и тканевую проницаемость (препараты гиалуронидазного действия, пирогенал, анцекалин, туберкулин и др.). Ряд соединений успешно используется для профилактики и устранения аллергических (антигистаминные препараты, глюкокортикоиды) и токсических побочных реакций (пиридоксин, глутаминовая кислота, ГОМК и др.).

Данные проведенных исследований свидетельствуют о необходимости использования во фтизиатрической практике принципиально новых средств патогенетического ряда, обладающих многосторонностью действия на организм больного с обязательным эффектом в отношении предотвращения образования выраженных остаточных изменений. Таким требованиям отвечают средства, носящие название антиоксиданты (АО), регулирующие фундаментальный механизм развития патологического состояния - процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Для использования в широкой фтизиатрической практике доступны, в первую очередь, основной эндогенный антиоксидант альфа-токоферол (витамин Е), относимый к числу антиоксидантов тиосульфат натрия, а также кверцетин. Согласно решения Фармакологического комитета СССР проходит клинические испытания синтетический аналог L-токоферола - дибунол (ионол), предложенный Институтом химической физики АН СССР и изученный при туберкулезе в эксперименте.

Основанием показаний применения АО в клинике туберкулеза являются результаты изучения механизмов, лежащих в основе противовоспалительного, антифибротического, антигипоксического и антиоксидантного действия этих препаратов.

Эффективность и показания для применения антиоксидантов в комплексном лечении больных туберкулезом легких

Установленный при легочном туберкулезе противовоспалительный, антифибротический, антиоксидантный и антигипоксический эффект антиоксидантов тиосульфата натрия и альфа-токоферола явился основанием для уточнения показаний для их включения в комплексное лечение больных различными формами туберкулеза легких, в том числе с осложненным течением (дыхательная недостаточность).

Сравнительная характеристика эффективности применения L-токоферола и тиосульфата натрия в комплексном лечении больных инфильтративным туберкулезом легких с преимущественно экссудативными тканевыми реакциями в легочной ткани (I тип) свидетельствует о том, что их применение способствует прекращению бактериовыделения у всех пациентов в

одинаковые сроки. Заживление полостей распада отмечается с равной частотой (81,7 и 85,7%) и выше по сравнению с таковой у больных, леченных только АБП. При этом сроки заживления полостей в легких при лечении обоими АО были одинаковыми. Формирование выраженных фиброзных изменений в легочной ткани отмечается в аналогичном числе случаев (14,1 и 14,8%) и в 3 раза реже, чем у пациентов, лечившихся традиционными методами АБП.

У больных с преимущественно продуктивными тканевыми реакциями в легочной ткани (II тип) при лечении L-токоферолом сроки негитивации мокроты более длительные, чем при лечении тиосульфатом натрия (соответственно 2,6 и 1,7 мес.). Это объясняется тем, что под влиянием L-токоферола туберкулезные фокусы не уплотняются, как это отмечается при лечении тиосульфатом натрия, а постепенно рассасываются. Частота заживления полостей распада одинаковая (соответственно 90,4 и 95,6%) и выше по сравнению с таковой у больных, лечившихся только АБП. Сроки их заживления короче на 1 мес. при использовании L-токоферола.

Выраженные фиброзные изменения в легочной ткани у больных со II типом течения инфильтративного туберкулеза легких значительно чаще формируются при лечении тиосульфатом натрия (50%) по сравнению с таковыми у леченных L-токоферолом.

Полученные сведения об эффективности применения изученных антиоксидантов с учетом их противовоспалительного, антифибротического, антигипоксического и антиоксидантного действия позволяют сформулировать дифференцированные показания для их назначения.

1. Применение тиосульфата натрия показано для предупреждения и устранения побочных реакций на антибактериальные препараты аллергического характера, а также как метод выбора при лечении инфильтративного туберкулеза легких с преимущественно экссудативными тканевыми реакциями и фиброзно-кавернозной формы заболевания.

2. Альфа-токоферол следует применять для предупреждения развития и устранения побочных реакций токсического характера на антибактериальные препараты, при лечении больных инфильтративным туберкулезом как с преимущественно экссудативными, так и продуктивными тканевыми реакциями, а также для предотвращения формирования выраженности дыхательной недостаточности (у больных с ее исходной I и II степенью) или коррекции III степени дыхательной недостаточности у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Методика применения тиосульфата натрия

Препарат назначается больным в виде 30% ампулированного раствора по 10,0 мл внутривенно ежедневно 6 дней в неделю. Курс лечения составляет 40 инъекций. Кратность курсов от одного до четырех. Интервалы между курсами не более 10 дней.

- Для больных туберкулезом легких, в том числе инфильтративной формой, протекающем с преимущественно экссудативными тканевыми реакциями, следует проводить 2 курса по 40 инъекций на курс.

- Для больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, в том числе с наличием дыхательной недостаточности, следует проводить 3-4 курса по 40 инъекций на курс.

- Для устранения побочных реакций аллергического характера на антибактериальные препараты следует применять 1 курс 40 инъекций тиосульфата натрия. Противопоказаний для применения тиосульфата натрия нет.

Методика применения альфа-токоферола

Нами на основании клинических наблюдений и клинико-лабораторных сопоставлений было проведено уточнение применяемой при туберкулезе дозы альфа-токоферола - 600 мг/сут. Разными авторами использовался диапазон альфа-токоферола от 200-300 мг/сут. в течение 2-3 мес. (В.Д.Пушкарева, 1960) до 1200 мг/сут. 12 дней (А.Г.Сушкин, 1983). Однако, поскольку имеются сведения о возможной токсичности больших доз альфа-токоферола, мы сопоставили дозы в 100-300 и 600 мг/сут. Полученные результаты динамического изучения биохимических показателей, характеризующих интенсивность процессов ПОЛ (МДА), состояния антиоксидантной защиты (эндогенный альфа-токоферол) и фиброзообразования (серотонин) свидетельствуют о преимуществе использования альфа-токоферола в дозе 100 мг/сут. Эти результаты находятся в прямой связи с полученными клиническими данными о большой эффективности комплексной терапии с включением альфа-токоферола в дозе 100 мг по сравнению с 300 и 600 мг/сут. Альфа-токоферол применяется в капсулах, содержащих 0,2-50% препарата per os в течение 4 мес.

Возможности повышения эффективности лечения туберкулеза
легких сочетаниями одного антиоксиданта с лидазой
и двух антиоксидантов различного
механизма действия

Представление о различном механизме действия применяемых антиоксидантов, а также сведения о более высокой эффективности сочетания двух антиоксидантов и установленный нами факт избирательного действия тиосульфата натрия и альфа-токоферола на побочные реакции на антибактериальные препараты аллергического и токсического характера обосновали целесообразность их сочетанного использования.

Сведения о зависимости интенсивности резорбирующего действия антиоксидантов по отношению к зрелому коллагену легкого от одновременного воздействия на гликозаминогликаны основного вещества соединительной ткани с помощью препарата гиалуронидазного действия - явились обоснованием для использования в комплексном лечении больных туберкулезом легких сочетания одного из антиоксидантов и лидазы.

Наиболее эффективным режимом антиоксидантной терапии является сочетание одного из антиоксидантов и лидазы при лечении больных инфильтративным туберкулезом легких как с преимущественно экссудативным, так и продуктивным характером тканевых реакций, а также фиброзно-кавернозной формой заболевания.

Сочетание двух антиоксидантов показано для применения в случаях развития побочных реакций токсико-аллергического характера, а также для профилактики возможного их развития в процессе лечения (по данным анализа и лабораторных исследований).

Методика сочетанного применения двух антиоксидантов заключается в ежедневных внутривенных вливаниях 30% - 10,0 раствора тиосульфата натрия N 40 и пероральном приеме 1 капсулы альфа-токоферола (0,2-50%).

Методика сочетанного использования одного из антиоксидантов и препарата гиалуронидазного действия предполагает ежедневные внутривенные вливания 30% - 10,0 тиосульфата натрия (N 40) или L-токоферола 0,2 - 50% (1 капсула) и внутримышечных введениях через день 64 ед. лидазы N 30; при назначении пирогенала в качестве препарата гиалуронидазного действия последний применяется по методике возрастающих доз до максимальной 1800-2000 МПД.

Дифференциация выбора режимов антиоксидантной терапии обусловлена особенностями проявления и течения заболевания на этапах наблюдения за больными.

При I типе течения заболевания (с преимущественно экссудативными тканевыми реакциями) с самого начала и на протяжении первых 2 мес. в комплексной терапии целесообразно использовать сочетание двух АО.

При II типе (с преимущественно продуктивными тканевыми реакциями) период первых 2 мес. комплексного лечения следует назначать сочетание альфа-токоферола и лидазы.

Через 2 мес. от начала терапии выбор антиоксидантной терапии обусловлен характером инволюций специфических изменений в легочной ткани.

При I типе течения процесса в случае сохраняющейся полости и бактериовыделения должен проводиться курс сочетанного лечения тиосульфата натрия и лидазой, при наличии в этот период полости распада и прекращения бактериовыделения назначается сочетание тиосульфата натрия и пирогенала.

При II типе течения процесса повторить курс сочетанного применения альфа-токоферола и лидазы, в случаях сохраняющихся полостей распада лидаза заменялась пирогеналом.

Через 4 мес. от начала терапии решается вопрос о дальнейшей терапевтической тактике, при необходимости коррекции формирующихся изменений в легочной ткани и сохраняющихся остаточных полостях - в первом случае назначается повторный курс альфа-токоферола и лидазы, во втором - альфа-токоферола с одновременным проведением сеансов фонофореза гидрокортизона N 12 через день.

Полученные результаты лечения больных свидетельствуют о более высокой эффективности метода поэтапного применения антиоксидантной терапии в комплексе с антибактериальными препаратами по сравнению с использованием лишь специфических противотуберкулезных средств.

Обоснование для применения иммуномодуляторов

Доказана ведущая роль Т-системы иммунитета в развитии различных патологических состояний, в том числе и в легочной ткани. Развитие туберкулезного процесса также характеризуется участием Т-клеток. При этом установлено, что степень тяжести заболевания коррелирует с дефицитом Т-лимфоцитов и дисфункцией В-клеток. Длительно сохраняющийся дефицит Т-системы иммунитета является одной из причин неэффективности лечения и формирования хронических деструктивных форм внелегочного туберкулеза.

В связи с этим большое внимание стало уделяться возможности использования во фтизиатрической практике иммунокорректоров с целью повышения эффективности лечения больных туберкулезом легких. Такими препаратами являются тималин и Т-активин.

Характеристика тималина и Т-активина

Тималин представляет собой комплекс полипептидов, выделенных из тимуса телят. Действующим началом препарата является полипептид основной природы с молекулярной массой около 5000.

В клинических условиях при поражениях, приводящих к снижению количества и функциональной активности Т-лимфоцитов, после курса лечения тималином регистрируется восстановление их количества в периферической крови больных.

Т-активин - препарат, полученный из вилочковой железы крупного рогатого скота, подобно тималину, имеет достаточно широкий спектр природных пептидов тимуса. Молекулярная масса Т-активина от 1500 до 6000. Механизм действия Т-активина аналогичен действию тималина.

Т-активин восстанавливает количество Т-лимфоцитов, их функциональную активность, способствует нормализации субпопуляций Т-клеток. Предполагается, что Т-активин позволяет снимать резистентность к химиопрепаратам при туберкулезе, амилоидозе и другой патологии.

Опыт применения препаратов тимуса в составе комплексной терапии у больных впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких свидетельствует о положительном влиянии на количество и функциональную активность Т-лимфоцитов. Это послужило основанием для дальнейшей разработки вопросов иммунотерапии туберкулеза легких при хронических деструктивных процессах.

Методика проведения иммунохимиогормонотерапии

Больным назначается преднизолон в дозе 10 мг в сутки (по 5 мг в утренний и обеденный приемы препаратов) сроком 6-8 нед. со снижением дозы препарата на 5 мг в течение 5 дней и 2,5 мг еще на 5 дней в последней декаде проведения терапии преднизолоном.

Одновременно с началом приема преднизолона назначается один из иммунокорректоров.

1-режим: тималин в дозе 10 мг вводят внутримышечно ежедневно в течение 5 дней; или Т-активин в дозе 1-2 мг на кг массы тела (или 40 мкг/кв. м поверхности тела) подкожно в течение 5 дней.

2-режим: тималин в дозе 5 мг вводят внутримышечно через день N 15.

Показания для проведения иммуногормонотерапии: фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе обострения с выраженным экссудативным компонентом воспаления и массивным бактериовыделением, при наличии побочных реакций на антибактериальные препараты токсико-аллергического характера, протекающего на фоне снижения количества и функциональной активности Т-лимфоцитов.

Следует ориентироваться на выделение 3-х степеней нарушения клеточного иммунитета, которые определяются в сравнении с нормой числа Т-лимфоцитов, составляющей более 900 клеток в 1 мкл крови.

1-я ст. снижения - 700-900.

2-я ст. снижения - 501-900.

3-я ст. снижения - менее 500.

В клинической практике абсолютное число лимфоцитов (АЧЛ) можно определить по клиническому анализу крови: АЧЛ =

Число лейкоцитов x % содержание лимфоцитов

Число Т-клеток в норме составляет 50% от АЧЛ:

$$\text{Т-лимфоциты} = \frac{\text{АЧЛ}}{2}$$

Этот показатель может быть использован в качестве контроля и должен осуществляться 1 раз в нед. в период проведения иммуногормонотерапии.

Противопоказания для применения иммуногормонотерапии:

беременность, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, atopическая форма бронхиальной астмы, диабет.

Сравнительное изучение двух режимов применения иммуноактивных препаратов с преднизолоном позволило выявить более стойкие и выраженные положительные сдвиги у больных, получивших 2-й режим иммуногормонотерапии. Следует отметить, что существенной разницы в клинико-рентгенологической картине инволюции заболевания у больных, получивших различные режимы патогенетической терапии, отмечено не было. Это дает основание для рекомендации их в качестве выбора.

Полученные результаты лечения пациентов свидетельствовали о преимуществе (по сравнению с лечением только АБП) метода с привлечением в комплексе лечебных мероприятий сочетания иммуноактивных препаратов и преднизолона: прекращение бактериовыделения перед выпиской наблюдается соответственно в 53,3 и 23,0% случаях.

Таким образом, предлагаемые методики комплексного лечения больных туберкулезом легких, предполагающие использование современных методов патогенетического воздействия - последовательной антиоксидантной терапии и иммуногормонотерапии - позволяют повысить эффективность лечебных мероприятий этой сложной группы пациентов фтизиатрической клиники. При этом обе методики направлены на регуляцию нарушенных механизмов, обуславливающих особенности проявления, исхода неблагоприятной эволюции любой формы заболевания.

Начальник отдела санаторно
курортной и реабилитационной
помощи Минздравмедпрома
Российской Федерации
Г.А.ТЕЧИЕВ

Приложение N 5
к Приказу Министерства
здравоохранения и медицинской
промышленности РФ
от 19 июля 1996 г. N 291

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ САРКОИДОЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

(Методические указания)

Настоящие Методические указания основаны на опыте работы Центра по диагностике и лечению саркоидоза при Российском НИИ фтизиопульмонологии, под наблюдением которого в течение 1989-1994 гг. проходили лечение более 1500 больных саркоидозом.

Основное внимание уделено вопросам медикаментозного лечения саркоидоза. Подробно рассмотрены аспекты применения глюкокортикостероидов, показания к их применению, возможные побочные эффекты и пути их предотвращения или купирования, дана сравнительная оценка различных режимов приема глюкокортикостероидов (как в качестве монотерапии, так и в комплексе с иными препаратами). Изложены вопросы медикаментозного лечения саркоидоза без применения глюкокортикостероидов, с использованием витамина Е, делагила, индометацина. Приведены дифференцированные показания к тому или иному методу лечения саркоидоза в зависимости от клинической формы, особенностей течения, активности заболевания. Методические рекомендации предназначены для фтизиатров, пульмонологов, терапевтов.

Методические указания подготовлены д.м.н. С.Е.Борисовым (Российский НИИ фтизиопульмонологии МЗ МП РФ).

Введение

Вопрос о лечении больных саркоидозом органов дыхания (СОД) дискутируется с момента определения саркоидоза как самостоятельной нозологической формы. Поводами для возражений против лечения больных СОД являются возможность его спонтанной регрессии, а также распространенное мнение об отсутствии при СОД существенных расстройств состояния больных. По наблюдениям Российского НИИ фтизиопульмонологии Минздравмедпрома РФ, в настоящее время спонтанная регрессия отмечена только у 12,0% больных при саркоидозе внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ), 10,7% при саркоидозе легких и 6,9% при саркоидозе легких и ВГЛУ. В то же время клиническое благополучие сохраняется менее чем у 20% больных СОД. Это заставляет говорить о необходимости проведения медикаментозного лечения у большинства больных.

В то же время, даже при проведении лечения глюкокортикостероидами, стационарное лечение необходимо не более чем у 15-20% пациентов (с выраженными побочными эффектами, тяжелыми фоновыми заболеваниями), а стационарное лечение без применения гормональных препаратов должно рассматриваться как исключение. Однако лечение в амбулаторных условиях далеко не всегда целесообразно из-за невозможности исключить воздействие на пациента неблагоприятных бытовых и профессиональных факторов, разнообразных стрессорных факторов. В связи с этим хорошие перспективы имеет лечение больных саркоидозом в санаторных условиях, с использованием не только медикаментозного лечения, но также и разнообразных санаторных факторов.

В санаторных условиях возможно как лечение больных активным саркоидозом, так и лиц с неактивным процессом. В первом случае речь идет о медикаментозном воздействии с целью достижения регрессии саркоидоза при максимально возможной функциональной и трудовой реабилитации больных, а во втором - о проведении общих оздоровительных мероприятий и лечении сопутствующих заболеваний для поддержания трудоспособности больных. Наибольшие затруднения вызывают вопросы медикаментозного лечения больных активным саркоидозом, в связи с чем основное внимание уделено в настоящих Указаниях именно этому вопросу.

Применяемые для лечения саркоидоза медикаменты

Глюкокортикостероиды (ГКС) являются основным "гормоном адаптации" и оказывают существенное влияние на обмен веществ и функцию самых различных органов, иммунитет, аллергию и воспаление путем индукции или ингибирования различных ферментов. Применение ГКС при саркоидозе основано на их иммуносупрессивном и антипролиферативном эффекте и на способности тормозить воспаление; следует подчеркнуть, что лечение ГКС всегда неспецифично и никогда не бывает этиологическим.

Основными препаратами являются: преднизолон, метилпреднизолон (урбазон, метипред, медрол, медрате), в сравнении с преднизолоном меньше стимулирующий психику и аппетит и лучше переносимый желудком, триамцинолон (полькортолон, кенакорт, берликорт), который способствует выведению натрия и диурезу, мало стимулирует психику и аппетит, хорошо переносится желудком, но опасен в отношении развития миопатий, гирсутизма, кожных изменений. 5 мг преднизолона эквивалентны 4 мг метилпреднизолона или триамцинолона. В лечении СОД не следует использовать дексаметазон - он малопригоден для длительной терапии и непригоден для интермиттирующего лечения из-за невозможности поддержания естественного ритма колебаний концентрации ГКС.

Как показывает накопленный опыт, во многих случаях достигнуть достаточного клинко-рентгенологического эффекта и избежать нежелательных побочных проявлений монотерапии ГКС можно за счет лечения сочетанием малых доз ГКС с иными препаратами, либо лечению без применения ГКС. Наиболее широко при лечении СОД, помимо ГКС, используются следующие лекарственные препараты.

Делагил (хингамин, резохин, хлорохин) обладает иммуносупрессивным действием за счет влияния на метаболизм иммунокомпетентных клеток и соединительной ткани. Аналогичен делагилу по химическому составу и оказываемому действию плаквенил, но имеются данные о его лучшей переносимости. Противопоказан делагил при тяжелых поражениях сердца, почек, нарушениях функции печени. При применении делагила возможно появление дерматита, головокружения, головных болей, шума в ушах, нарушений аккомодации и снижение остроты зрения, признаков раздражения слизистой оболочки желудка (боли в животе, тошнота, рвота), лейкопении. В ходе лечения необходимо регулярное, 1 раз в 6-8 недель, исследование количества лейкоцитов в периферической крови. Перед началом лечения и в его ходе - периодические осмотры окулиста.

Индометацин (метиндол) и во многом аналогичный ему вольтарен (ортофен, диклофенак-натрий) относятся к классу нестероидных противовоспалительных средств, являясь ингибиторами синтеза простагландинов и обладая иммуномодулирующими свойствами. Из побочных эффектов наиболее часты явления раздражения желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, потеря аппетита, боли в эпигастрии), вплоть до язвенного действия; возможны аллергические реакции; иногда отмечаются головная боль, головокружения, сонливость. Противопоказания: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма.

Витамин Е (альфа-токоферола ацетат) является природным антиоксидантным средством и участвует в биосинтезе гема и белков, пролиферации клеток, в тканевом дыхании и других важнейших процессах клеточного метаболизма. Применение витамина Е основано на его способности предупредить или устранить многие патофизиологические изменения, обусловленные общими для многих заболеваний механизмами - накоплением высокорекреционных недоокисленных продуктов (свободных радикалов, перекисных радикалов, гидроперекисей). Особенно ценным при лечении СОД является его свойство нормализовать процессы перекисного окисления липидов в клеточных мембранах, нарушения которых при активном саркоидозе приводят к повреждению мембран клеток и развитию пневмофиброза. Противопоказания к лечению витамином Е не описаны. Побочные эффекты редки: аллергические реакции, расстройства стула, явления раздражения желудочно-кишечного тракта.

В готовых лекарственных формах содержится следующее количество альфа-токоферола: капсулы по 0,2 50% - 100 мг в 1 капсуле; капсулы по 0,1 50% - 50 мг в 1 капсуле, раствор 5% - 50 мг в 1 мл; 10% - 100 мг в 1 мл; 30% - 300 мг в 1 мл. Твердой лекарственной формой является Эвитол - пастилки по 100 мг токоферола ацетата. Парентеральное введение витамина Е крайне нежелательно вследствие плохого рассасывания масляного раствора и развития инфильтратов и олеом, а также из-за отсутствия каких-либо преимуществ данного пути введения препарата.

Основные схемы медикаментозного лечения саркоидоза

Режимы монотерапии глюкокортикостероидами

Наиболее эффективным является прием препаратов ГКС per os; парентеральное введение их водорастворимых производных при необходимости длительной терапии нецелесообразно и рекомендовано быть не может.

Для широкого использования можно рекомендовать две схемы монотерапии ГКС.

I. Ежедневный прием ГКС в начальной дозе 0,5 мг/кг веса больного в пересчете на преднизолон (суточная доза 40-25 мг), с разделением дозы на две части (в 9.00 - 2/3 и в 13.00 - 1/3 суточной дозы, что позволяет приблизиться к естественным колебаниям секреции ГКС) и приемом ГКС непосредственно после или во время приема пищи. Снижение дозы осуществляется по 5 мг в 4 нед. в течение первых 12 нед. лечения, затем доза снижается по 5 мг в 6-8 нед.; при инфильтративных изменениях в легочной ткани, наличии участков гиповентиляции, поражении бронхиального дерева, кожи, глаз, центральной нервной системы темпы снижения дозы могут быть замедлены. Общая длительность курса, как правило, 8-9 мес.

II. Интермиттирующий приемом (через день) ГКСов в тех же дозах и при таком же делении суточной дозы, как при ежедневном приеме. Снижение осуществляется по 5 мг в 6-8 нед. при стандартной продолжительности курса 9-10 мес. Увеличение длительности курса, замедление темпов снижения дозы ГКС осуществляется в тех же случаях, что и при лечении по схеме I.

Метилпреднизолон и триамцинолон имеют производные, обладающие депо-эффектом (Метипред-40, Депо-медрол, Кеналог-40). При СОД внутримышечно вводится 2,0 мл 40% суспензии 1 раз в неделю в течение 4 нед., а затем 1 раз в 2 нед. при длительности курса 6 мес. По эффективности эти препараты близки перорально применяемым ГКС, но естественный ритм колебаний концентрации ГКС существенно расстраивается, а уменьшаются только побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта. Поэтому применение этих препаратов следует ограничить случаями сочетания СОД с язвенной болезнью и иными хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта в фазе обострения или нестойкой ремиссии.

ГКС являются наиболее эффективным средством лечения, обеспечивая клинико-рентгенологическое улучшение не менее, чем у 85-90% больных. Заметный рентгенологический эффект наступает уже через 3-4 нед. лечения, но краткие курсы лечения (до 6 мес.) нецелесообразны вследствие частого обострения СОД после их прекращения. По эффективности схемы с ежедневным и интермиттирующим приемом ГКС с начальной дозы 0,5 мг/кг близки, но темпы регрессии при интермиттирующем лечении замедлены и курс должен быть более продолжительным (иногда до 12 мес.). Переход на амбулаторное лечение без выдачи листка временной нетрудоспособности возможен при суточной дозе ГКС в 20-15 мг (в пересчете на преднизолон), за исключением лиц, профессии которых связаны с повышенными требованиями к сосредоточенности внимания и координации движений (например, водители транспортных средств и т.п.), вопрос о допуске которых к труду должен решаться индивидуально.

Побочные эффекты при лечении ГКС и пути их купирования

Широкий спектр действия ГКС на организм обуславливает высокий риск развития разнообразных побочных эффектов (ПЭ). Выраженные ПЭ возникают у 15-20%, а тяжелые - у 7-10% больных. Наиболее часто при лечении ГКС развиваются ПЭ со стороны центральной нервной (15-20%) и сердечно-сосудистой системы (20-25%), желудочно-кишечного тракта (15%). Поэтому следует назначать лекарственные средства, способные купировать эти ПЭ, с самого начала приема ГКС, не ожидая явных клинических проявлений ПЭ. Нарушения водно-солевого и углеводного обмена, нарушения свертываемости крови, расстройства менструального цикла возникают менее чем у 10% больных, поэтому профилактическое назначение направленных на купирование этих ПЭ медикаментов целесообразно только при наличии сопутствующих заболеваний, повышающих риск их развития (например, сахарный диабет, варикозное расширение вен и проч.).

Наиболее распространенным осложнением длительной терапии ГКС является развитие синдрома Кушинга (экзогенного гиперкортицизма) с характерными изменениями внешнего вида больных - увеличением массы тела с избирательным отложением жира на лице ("лунообразное лицо"), груди, животе, шее, гиперемией кожи лица и шеи, развитием стрий, акне, гирсутизма, легким возникновением внутрикожных кровоизлияний, трофическими изменениями кожи. Предупредить развитие этих изменений без отмены или снижения дозы ГКС не представляется возможным, однако они не несут серьезной угрозы состоянию больных и их трудоспособности.

Центральная нервная система. Возможно развитие эмоциональной лабильности, неадекватных психоэмоциональных реакций, психозов. Характерно сокращение времени сна и раннее пробуждение. С профилактической целью рекомендуются препараты валерианы, настойки

пустырника, пиона, глутаминовая кислота (0,5 2-3 р.) При неблагоприятном исходном психоэмоциональном фоне следует с самого начала лечения применять транквилизаторы: триоксазин (0,3 2-3 р.), мепробамат (0,2 2-3 р.), мезапам (рудотель, 0,005 2-3 р.), тазепам (нозепам, 0,01 2-3 р.), феназепам (0,00025 2-3 р.). При назначении хлордиазепоксида (элениум, 0,005 1-2 р.) или сибазона (диазепам, седуксен, реланиум, 0,0025 1-2 р.) следует учитывать возможность эмоционального угнетения больных. При тяжелых ПЭ эффективен тизерцин (левомепромазин), начиная с 1/2 табл. (0,0125) в 17-19 часов, в дальнейшем доза может быть увеличена до 0,025 2-3 р.; не следует одновременно применять тизерцин и элениум. При выраженных расстройствах сна наилучшие результаты дает нитразепам (эуноктин, радедорм), назначаемый вечером в дозе 0,005-0,01.

При приеме ГКС существует опасность повышения внутриглазного давления, поэтому с особой осторожностью следует подходить к назначению ГКС больным с глаукомой и высокой степенью миопии.

Сердечно-сосудистая система. Тенденция к тахикардии, задержка натрия и нарушения центральной регуляции сосудистого тонуса приводят к развитию артериальной гипертензии с высоким систолическим и диастолическим давлением и соответствующими клиническими проявлениями. Развитие отеков вследствие задержки натрия и воды начинается обычно со второй недели лечения ГКС. Дефицит калия (вследствие его усиленного выведения) может приводить к развитию миокардиопатии (на ЭКГ появляется "шатрообразная" верхушка зубца Т, удлинение интервала Q - Т, расширение комплекса QRS, возникает зубец U, в тяжелых случаях отмечается исчезновение зубца Р, мерцание желудочков). Проявления отрицательного баланса кальция при лечении ГКС, как правило, не доходят до гипокальциемии и соответствующей симптоматики и изменений ЭКГ.

Для профилактики гипокалиемии, помимо соответствующей диеты (рис, изюм, курага, печеный картофель, инжир), рекомендуется аспаркам (панангин, 1-2 таблетки 2-3 р.). Хлорид калия, оротат калия малоэффективны. Препараты калия следует назначать вплоть до приема преднизолона в суточной дозе 15 мг. Из мочегонных средств рекомендуется триампур (1 таблетка утром, натошак, 2-3 р. в неделю) или гипотиазид (50 мг, с аналогичной периодичностью). При выраженных отеках, гипертензии возможно назначение фуросемида в общепринятых дозировках. При тенденции к тахикардии показаны бета-блокаторы (анаприлин, обзидан в дозе 10-20 мг 3-4 р. в сутки, с обязательным контролем пульса и артериального давления).

Костно-мышечная система. Выраженная стероидная миопатия развивается редко, но возможны миопатии с небольшими клиническими проявлениями; гипокалиемия может вызвать появление болей в мышцах, судорог. Применение для профилактики или лечения стероидной миопатии анаболических стероидов (метандростенолон, ретаболил и др.) малоэффективно, лучшие результаты дает назначение тестостерона (парентерально) или метилтестостерона. Требуемые лечения миопатии или атрофии мышц наблюдаются при лечении СОД чрезвычайно редко. Катаболическое действие ГКС и увеличение выведения кальция может приводить к остеопорозу и, в крайних случаях, к патологическим переломам костей.

Влияние ГКС на углеводный обмен проявляется снижением толерантности к глюкозе, появлением гипергликемии натощак, глюкозурии, развитием картины латентного или явного сахарного диабета. Клиника стероидного диабета имеет ряд отличий: менее выражена жажда, даже при значительной гипергликемии отсутствует кетонурия. Эти нарушения у большинства больных обратимы после отмены или снижения дозы ГКС. Для купирования нарушений (при невозможности отказа от применения ГКС) показано применение препаратов группы сульфонилмочевины (бутамид, букарбан, хлорпропамид, манинил), т.к. при стероидном диабете сохраняется способный к мобилизации и выбросу гормона инсулярный аппарат. Инсулинотерапия проводится только при резистентности к пероральным антидиабетическим препаратам и выраженной гипергликемии.

Повреждающее воздействие ГКС на желудочно-кишечный тракт может привести к образованию эрозий и язв (чаще в желудке), осложняющихся кровотечением и перфорацией. Клинические проявления такого действия ГКС аналогичны проявлениям хронического гастрита и язвенной болезни. Аналогичны и меры по профилактике и купированию этих ПЭ: назначение диеты близкой к столу 1, прием ГКС во время еды, прием альмагеля (фосфолюгеля), викалина (викаира), метацина, метилурацила; при выраженных клинических проявлениях - атропин, платифиллин, но-шпа. Желательно проведение в ходе лечения ГКС 4-6-недельных курсов ферментных препаратов (фестал, панкреатин, панзинорм, энзистал, мезим-форте).

У женщин возможны нарушения менструального цикла, вплоть до аменореи; иногда возникают дисфункциональные маточные кровотечения.

При длительном приеме ГКС возможно снижение резистентности организма к инфекционным процессам и обострение процесса в латентных очагах инфекции либо развитие новых. Поэтому перед началом лечения необходима санация полости рта, носоглотки, бронхиального дерева, мочевыводящих путей и иных возможных очагов хронической инфекции, а в ходе лечения (при необходимости) - назначение антибиотиков широкого спектра действия или противогрибковых

средств. Снижение резистентности к инфекционным процессам сохраняется в течение длительного времени и после прекращения лечения ГКС.

Риск развития стероидного туберкулеза, возрастающий в настоящее время, диктует необходимость профилактического приема противотуберкулезных препаратов при любом режиме монотерапии ГКС. Предпочтительны препараты группы ГИНК либо этамбутол; возможен их прием через день или 3 раза в неделю. Увеличение дозы или прием двух противотуберкулезных препаратов возможны при наличии у больного выраженных посттуберкулезных изменений или неактивного туберкулеза.

После прекращения приема ГКС возможно развитие "синдрома отмены", проявлениями которого являются слабость, нестабильность гемодинамики, появление артралгий, миалгий, повышение температуры тела. При этом у больных не наблюдается пигментации кожи, а суточное количество выделяемых с мочой 17 - ОКС сохраняется нормальным, поскольку в большинстве случаев развивается не атрофия коры надпочечников, а их функциональная недостаточность, связанная с нарушениями естественного ритма выработки ГКС и потерей способности быстрой адаптации секреции ГКС к возникающим стрессам. Наилучшим способом предотвратить развитие синдрома отмены является интермиттирующий прием ГКС и/или постепенное снижение дозы ГКС, тем более постепенное, чем длительнее был курс лечения. Для купирования синдрома отмены следует возобновлять прием ГКС в дозе 10-15 мг/сутки и осуществлять снижение дозы еще более медленными темпами. В экстренных ситуациях следует прибегать к парентеральному введению ГКС. Иногда рекомендуемое с целью стимуляции коры надпочечников введение АКТГ, синактена или комплекса "неспецифических стимуляторов" (аскорбиновая кислота, пантотенат кальция, пиридоксин, глицерам, этимизол) необосновано, поскольку лучшим стимулятором выработки естественных ГКС и так является их низкая концентрация в крови.

Затрудняет лечение ГКС наличие у больных фоновых заболеваний, обострения которых могут быть спровоцированы приемом ГКС (заболевания желудочно-кишечного тракта, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, тромбофлебит). Однако абсолютных противопоказаний к лечению ГКС нет, если ожидаемый эффект лечения превосходит риск осложнений. В отношении обострения фоновых заболеваний более опасна монотерапия ГКС с ежедневным приемом препаратов (до 30% при лечении в начальной дозе 25-40 мг/сутки в пересчете на преднизолон). При интермиттирующем приеме ГКС риск обострений фоновых заболеваний снижается до 4-5%.

Режимы терапии ГКС в сочетании с иными препаратами

Целесообразен прием малых (менее 15 мг/сут.) доз ГКС в сочетании с далагиллом и витамином Е. Добавление же этих препаратов к лечению ГКС в дозах более 20 мг/сут. малооправдано: эффективность лечения при этом существенно не повышается, а ПЭ не становятся реже. Применение ГКС в сочетании с индометацином или его аналогами не находит широкого распространения из-за часто развивающихся явлений раздражения желудочно-кишечного тракта.

Следует учитывать, что схемы лечения без применения ГКС более эффективны в отношении саркоидоза ВГЛУ, чем в отношении саркоидоза с поражением легочной ткани.

III. Ежедневный прием ГКС в дозе около 0,10 мг/кг (5,0-7,5 мг/сут. - 1/2 табл. 2-3 р. в сутки после еды) в сочетании с далагиллом (0,25 2-3 р. после еды) или плаквенилом (0,2 2-3 р.) обеспечивает улучшение клинко-рентгенологической картины не менее, чем у 70% и стабилизацию процесса у 20-25% больных. ПЭ с расстройствами самочувствия и потерей трудоспособности отмечаются менее чем у 5%, а обострения фоновых заболеваний - у 7% больных. При длительности курса не менее 6 мес. эта схема вполне сравнима с монотерапией ГКС. Аналогичен по эффективности и побочным эффектам препарат пресоцил (в 1 табл. 0,75 мг преднизолона, 40 мг далагида и 0,2 ацетилсалициловой кислоты), применяемый при лечении СОД в суточной дозе от 3-4 до 6-8 таблеток.

IV. Прием ГКС в дозе 0,10 мг/кг (5,0-7,5 мг/сут.) в сочетании с витамином Е (0,3-0,6/сут., однократно, утром) приводит к клинко-рентгенологическому улучшению у 55-60% и стабилизации у 26-30% больных при одинаковом с предыдущей схемой количестве ПЭ и обострении фоновых заболеваний. Менее эффективно лечение малыми дозами ГКС в сочетании с витамином Е у больных с наличием изменений в легочной ткани.

Режимы лечения СОД без применения ГКС

V. Ежедневный прием далагила (0,25 2-3 р. после еды) в сочетании с витамином Е (0,3-0,6/сут., однократно, утром) при длительности лечения свыше 6 мес. обеспечивает рентгенологическое улучшение у 60%, а стабилизацию - у 30% больных. Частота возникновения выраженных ПЭ при этом составляет 6-7% (с потерей трудоспособности - менее 2%). Наиболее часты расстройства зрения (2,5%) и явления раздражения желудочно-кишечного тракта (1,0%), которые типичны для далагила.

VI. Ежедневный прием индометацина (0,025 2-4 р. в сутки, после еды) в сочетании с витамином Е (0,3-0,6/сут., однократно, утром) эффективен в отношении клинических симптомов СОД (прежде всего при узловой эритеме, артралгиях), но положительная рентгенологическая динамика отмечается только у 40,0% больных, тогда как у 15% имеет место прогрессирование процесса. Выраженные ПЭ наблюдаются в 10-12% случаев (с потерей трудоспособности - 2,5%), причем они практически полностью представлены явлениями раздражения слизистой оболочки желудка.

VII. Монотерапия витамином Е (0,3-0,6/сут., однократно, утром) приводит к рентгенологическому улучшению у 55% больных и стабилизации у 25%. Эффективность лечения возрастает по мере увеличения его продолжительности: около 20% случаев с рентгенологическим улучшением при длительности курса 3-6 мес., 60% при длительности 6-9 мес. и 75% - 9 мес. и более. ПЭ при приеме витамина Е встречаются менее чем у 5% больных (с потерей трудоспособности - менее чем у 1%).

Применение малых доз ГКС в сочетании с иными препаратами, а также лечение без использования ГКС может по завершении санаторного этапа (4-6 недель) продолжаться в амбулаторных условиях без выдачи листка временной нетрудоспособности.

Определение тактики ведения больных саркоидозом органов дыхания

При определении тактики ведения больного СОД следует обеспечить адекватность лечебных мероприятий степени поражения органов дыхания и функциональных расстройств. Главным критерием эффективности лечения и наблюдения должно служить состояние трудоспособности больных.

В первую очередь необходимо определить распространенность внутригрудного процесса (определить клиническую форму СОД) и оценить степень функциональных расстройств, а также выявить (или исключить) иные локализации саркоидоза (поражение кожи, глаз, периферических лимфоузлов, нервной системы, печени, селезенки, сердца и др.). Для определения активности саркоидоза в повседневной практике приходится учитывать выраженность клинических проявлений заболевания, динамику рентгенологической картины и универсальные показатели активности - данные гемограммы (ускорение СОЭ, повышение количества незрелых форм нейтрофилов, снижение количества лейкоцитов и лимфоцитов), фореграммы (понижение содержания альбуминов за счет повышения всех фракций глобулинов, в первую очередь альфа-2- и гамма-фракции), содержание фибриногена. Целесообразно считать активным каждый впервые выявленный случай СОД, если это не опровергнуто ретроспективным анализом флюорограмм.

Ориентировочные показания для выбора схемы лечения приведены в таблице. Лечение следует начинать с первой из указанных схем и переходить к следующей только в случае прогрессирования процесса.

Лечение по схеме I также показано, вне зависимости от характера поражения легочной ткани, в случае наличия: 1) саркоидоза бронхиального дерева, стенозов и деформаций бронхов с развитием гиповентиляции, ателектазов; 2) клинически проявляющихся поражений сердца, ЦНС, глаз, печени, селезенки, почек, иных органов, косметически неблагоприятных поражений кожи. При наличии у больных фоновых заболеваний (сахарный диабет, заболевания органов желудочно-кишечного тракта и мочевого выделения, гипертоническая болезнь, ИБС, гинекологические заболевания), при возрасте более 60 лет, в климактерический период у женщин следует вместо лечения по схеме I назначать лечение по схеме II.

Схема IV показана в тех же случаях, что и схема III и может быть рекомендована при наличии противопоказаний к приему далагила или его плохой переносимости. Схема VI показана при наличии артралгий, узловой эритемы в тех же случаях, что и схемы V и VII.

Лечение в санаторных условиях следует проводить в течение 1,5-2 мес., а затем больные могут быть выписаны для продолжения лечения в амбулаторных условиях под наблюдением противотуберкулезного диспансера по месту жительства.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СОД

Характер рентгено-логических изменений	Клинические проявления и/или нарушения ФВД			
	выраженные	умеренные	незначительные (без утраты трудоспособности)	клиническое благополучие

Изолированный саркоидоз ВГЛУ				
Значительное увеличение ВГЛУ	I	III; при прогрессировании - II	V; при прогрессировании - II	VII или наблюдение; при прогрессировании - V или III
Умеренное увеличение ВГЛУ	I	V; при прогрессировании - II	V; при прогрессировании - III	VII или наблюдение при прогрессировании - V
Небольшое увеличение ВГЛУ	I	V; при прогрессировании - III	VII или наблюдение; при прогрессировании - V	Наблюдение
Саркоидоз с изменениями в легочной ткани				
Фокусы или конгломераты очагов в легочной ткани	I	I	II; при прогрессировании - I	II; при прогрессировании - I
Массивная диссеминация с наличием крупных очагов	I	II; при прогрессировании - I	II; при прогрессировании - I	III; при прогрессировании - I или II
Массивная диссеминация с наличием только мелких и средних очагов	I	II, при прогрессировании - I	III, при прогрессировании - I или II	III; при прогрессировании - I или II
Умеренная диссеминация при любом размере очагов	I	III; при прогрессировании - I или II	V, при прогрессировании - II или III	V; при прогрессировании - II или III
Немногочисленные очаги в легочной ткани	I	III, при прогрессировании - I или II	VII, при прогрессировании - V или III	VII; при прогрессировании - V или III

Схемы лечения

- I - ГКС ежедневно, начальная доза 0,5 мг/кг
- II - ГКС через день, начальная доза 0,5 мг/кг
- III - ГКС ежедневно (5,0-7,5 мг/сут.) + делагил
- IV - ГКС ежедневно (5,0-7,5 мг/сут.) + витамин Е
- V - Делагил + витамин Е
- VI - Индометацин + витамин Е
- VII - Витамин Е

Начальник отдела санаторно курортной и реабилитационной помощи Минздравмедпрома Российской Федерации

Приложение N 6
к Приказу Министерства
здравоохранения и медицинской
промышленности РФ
от 19 июля 1996 г. N 291

РЕАБИЛИТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ МОЗГОВЫХ
ОБОЛОЧЕК И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ,
В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

(Методические указания)

Методические указания составлены на основе результатов многолетних клинических наблюдений за больными туберкулезом мозговых оболочек и центральной нервной системы (ЦНС) в 3-ем терапевтическом отделении РНИИФ МЗ МП РФ.

Проблема лечения туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС сохраняет свою актуальность и в современных условиях, так как из-за несвоевременной и поздно начатой терапии утяжеляется течение процесса и возникает осложнение.

На основании особенностей клинического течения болезни с учетом данных новейших методов обследования (компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии головного мозга) разработан комплексный подход к лечению и реабилитации больных туберкулезом мозговых оболочек и ЦНС.

Методические рекомендации составили сотрудники Российского НИИ фтизиопульмонологии МЗ МП РФ:

докт. мед. наук, профессор Е.В.Старостенко

канд. мед. наук Р.Е.Береснева

О.А.Косарева

Введение

Проблема диагностики и лечения туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС сохраняет свою актуальность в современных условиях, так как при поздно начатой и неадекватной терапии наступает неблагоприятный исход. Сохраняется высокая летальность до 25-30%.

В условиях увеличения резервуара специфической инфекции, тяжести и частоты генерализации туберкулезных процессов, вновь появились факторы, обуславливающие повышение заболеваемости туберкулезным менингитом. Впервые разработана методика реабилитации больных туберкулезом мозговых оболочек и ЦНС в санаторных условиях, что позволяет предотвратить выход их на инвалидность.

Клинические особенности течения туберкулеза
мозговых оболочек и ЦНС в современных условиях

В настоящее время с большей частотой диагностируются тяжелые, поздно выявляемые случаи заболевания. Это связано, с одной стороны, со снижением настороженности врачей в отношении современной диагностики менингита, с другой, с патоморфозом этого заболевания. Участились случаи заболевания у лиц старше 50 лет, сохраняется высокая частота выявления "изолированных" менингитов, в клинической картине реже встречаются типичные проявления болезни. Преобладающей формой поражения мозговых оболочек и ЦНС туберкулезной этиологии стала одна из тяжелых форм - менингоэнцефалическая. Базиллярная форма за последние годы встречалась значительно реже. До 90-х годов в качестве сопутствующих преобладали неактивные изменения в легких и внутригрудных лимфоузлах в виде очагов Гона, кальцинатов. С 1991 г. у пациентов с туберкулезом мозговых оболочек и ЦНС чаще стали выявляться генерализованные процессы (легочная и внелегочная локализации).

В прежние годы постепенное (в течение 7-21 дня) развитие симптомов заболевания, в подавляющем большинстве случаев являлось одним из наиболее стабильных признаков туберкулеза мозговых оболочек. В настоящее время из-за применения на ранних этапах заболевания антибактериальных препаратов неспецифического действия, которые проникают

через гематоэнцефалический барьер в условиях воспаления мозговых оболочек, снимаются частично параспецифические воспалительные реакции. Это клинически проявляется в слабо выраженной менингеальной симптоматике, без нарастания признаков болезни более длительный период. Острое и подострое начало заболевания чаще всего было у пациентов с сочетанием поражения мозговых оболочек и вещества головного мозга в виде очагового туберкулеза мозга, туберкулем. Так как в большинстве случаев выявляется менингоэнцефалитическая форма, то в клинической картине преобладал энцефалитический компонент. В процесс в большей степени вовлекались сосуды головного мозга с развитием эндоваскулитов, панваскулитов, с последующим нарушением питания определенных отделов головного мозга.

Данные исследования ликвора являются важнейшим опорным признаком диагностики специфического поражения мозговых оболочек и ЦНС. Для туберкулеза наиболее характерен преимущественно лимфоцитарный плеоцитоз в пределах 100-500 клеток в 1 мл. При тяжелом течении туберкулезного менингоэнцефалита может преобладать нейтрофильный плеоцитоз, который в процессе специфической терапии переходит в лимфоцитарный. Содержание белка, как правило, повышено от 0,6 до 3-6%, а при цереброспинальной форме более высокие показатели. У некоторых пациентов бывают и нормальные показатели белка. Такие характерные ранее признаки, как выпадение фибриновой пленки, снижение сахара и хлоридов, в настоящее время не всегда постоянные признаки. Микобактерии туберкулеза в спинномозговой жидкости обнаруживаются редко, в 2-5% случаев. За последний год этот патогноматичный признак стал выявляться чаще.

Применение современных методов обследования, как компьютерная томография (КТ) и ядерно-магнитная томография (ЯМТ) являются единственным, кроме клинического обследования, неинвазивным методом прижизненной топической диагностики с визуализацией очага поражения в мозге. Многократные КТ исследования становятся единственным источником информации об изменениях в процессе дегенерации как самого очага, так и окружающего вещества мозга и ликворной системы. Возможность получения своевременной оценки этих изменений для врача является ценной информацией в плане определения клинической ситуации и принятия на этой основе соответствующей тактики лечения.

Результаты КТ и ЯМТ головного мозга у каждого пятого пациента показали наличие поражения головного мозга в виде туберкулем и очаговых изменений. Очаговые поражения головного мозга в двух случаях были подтверждены морфологически после оперативного вмешательства. Наши наблюдения показали, что туберкулемы головного мозга бывают единичные и множественные. Определяются три типа туберкулем головного мозга:

- небольшие диски и колечки (менее 1 см в диаметре);
- крупные кольца, напоминающие абсцессы головного мозга;
- крупные фокусы с неправильными контурами.

Вероятнее всего первый тип туберкулем представляет собой очаговый туберкулез мозга, что подтверждается как морфологической картиной после операции, так и относительно быстрой положительной динамикой на фоне противотуберкулезной терапии.

При компьютерной томографии выявляются осложнения туберкулезных менингоэнцефалитов в виде гидроцефалии и кист головного мозга. Гидроцефалия требует необходимых мер для ее ликвидации, так как она приводит к вторичной атрофии зрительных нервов и частичной или полной слепоте. При выраженных эндоваскулитах, панваскулитах при менингоэнцефалитах возникают нарушения питания мозга, что приводит к образованию постинфарктной полости (кисты) головного мозга.

Учитывая характер течения туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС, необходимость предупреждения возможных осложнений, требуется комплексный подход в тактике лечения.

Комплексный подход к тактике лечения больных туберкулезом мозговых оболочек и ЦНС

Противотуберкулезная терапия

Основными противотуберкулезными препаратами, которые хорошо проникают в спинномозговую жидкость, являются препараты группы ГИНК. Ведущим препаратом из этой группы остается изониазид, в индивидуально подобранной суточной дозе, 12-15 мг на 1 кг массы тела.

Назначать этот препарат можно как внутривенно (при тяжелом состоянии больного), так внутримышечно и перорально (на санаторном этапе лечения).

Внутримышечные введения 10% раствора изониазида из расчета суточной дозы препарата до 15 мг/кг. Инъекции проводят два раза в сутки - утром и вечером.

Пероральный прием изониазида в той же суточной дозе, в зависимости от переносимости делятся на 2 или 3 приема. Для предупреждения токсических реакций от применения препаратов группы ГИНК назначают или внутривенно, или внутримышечно по 2,0 мл 5% раствора 2 раза в день, или перорально по 2,0 мг x 2 или 3 раза в день. При неудовлетворительной переносимости

изониазида сочетают его прием с глютаминовой кислотой по 0,5 г х 3 р. в день. На начальном этапе заболевания проводим противотуберкулезное лечение с применением трех противотуберкулезных препаратов. Учитывая, что, в основном, менингиты туберкулезные, это вторичное заболевание и необходимо воздействовать на основной источник, назначаем стрептомицин или канамицин. Эти препараты при отсутствии воспаления мозговых оболочек в ликворе не проникают. При менингите содержание стрептомицина, канамицина в ликворе может составлять до 20% от сывороточной концентрации. Эти препараты назначают в течение 2-3 месяцев.

Третьим препаратом рекомендуется назначать пиразинамид или этионамид, которые хорошо проникают в спинномозговую жидкость и концентрация их близка к сывороточной. Пиразинамид назначается в дозе 25 мг/кг, суточная доза дается однократно после обеда. Для предотвращения возможного гепатотоксического действия этот препарат назначают через день.

Этионамид или протионамид дается ежедневно в дозе 0,25 х 3 р./д., при плохой переносимости дозу можно уменьшить до 0,25 х 2 р./д., с предварительным приемом висмута, для защиты слизистой желудка.

Рифампицин плохо проникает в спинномозговую жидкость через неизменные мозговые оболочки. У больных туберкулезным менингитом содержание рифампицина в ликворе составляет от 10 до 20% от концентрации в сыворотке крови.

При тех ситуациях, когда имеется устойчивость или непереносимость пиразинамида и этионамида в дозе 0,45-0,6, назначают рифампицин утром однократно за 1 час до завтрака. Этамбутол плохо проникает через гематоэнцефалический барьер при отсутствии воспаления оболочек. К тому же его не рекомендуется назначать при отеке головного мозга, что находит свое отражение в отеке дисков зрительных нервов (по картине глазного дна). Через 6-7 месяцев стационарного лечения больные с туберкулезом мозговых оболочек и ЦНС могут продолжать лечение в условиях специализированного санатория 2-3 месяца, где необходимо продолжить противотуберкулезное лечение двумя препаратами. Достаточно эффективны режимы лечения на санаторном этапе:

- изониазид, пиразинамид;
- изониазид, протионамид.

Применение кортикостероидов

Кортикостероидные препараты назначают при выраженной экссудативной фазе воспаления, отеке головного мозга и при нарастающей гидроцефалии. Доза преднизолона составляет 30 мг для взрослых. Можно назначать через день, но на второй день дается 5 мг. Дозу снижают постепенно по 2,5 мг по мере снижения острых симптомов. Лечение продолжается 1-2 месяца. При назначении преднизолона даются препараты калия (панангин, аспаркам). Преднизолон можно заменить дексаметазоном.

Дегидратационная терапия

В тяжелых острых случаях отека мозга и нарастающей гидроцефалии с дегидратационной целью применяют осмотические диуретики, в частности маннит 10-15-20%. Вводят маннит внутривенно капельно. Повторное введение маннита должно проводиться под контролем водно-солевого баланса. С дегидратационной целью используют фуросемид (лазикс) по 40 мг ежедневно, или два-три раза в неделю, диакарб в дозе 0,25 г 1 раз в день по схеме: 5 дня прием, 4 перерыв. Длительность применения этих препаратов определяется степенью внутричерепной гипертензии, наличием отека зрительного нерва (по картине глазного дна).

Сосудистая терапия и терапия, направленная на метаболические процессы головного мозга

Так как туберкулезный менингит протекает чаще как менингоэнцефалит, с поражением сосудов мозга, развитием тромбозов, ограничением питания определенных участков мозга, очень важно назначать сосудисто-расширяющие препараты, улучшающие микроциркуляцию головного мозга, снабжение мозга кислородом, спазмолитических средств.

В остром периоде, при тяжелом состоянии больного сосудистые препараты назначают внутривенно капельно, через 1-1,5 мес. переходят на пероральный прием. Курс лечения не менее 3-4 мес., а по показаниям может быть и более длительным. Широко используем кавинтон, сермион, трентал.

Кавинтон назначают по 10-20 мг (1-2 ампулы) на 500 мл изотонического раствора натрия хлорида. В таблетках назначают по 1 таблетке (0,005 г) х 3 р. в день.

Трентал внутривенно вводят 0,1 г (1 ампула) в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида. Перорально назначают по 0,1 г х 3 раза в день.

Сермион, также 1 ампулу на 250-500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Сермион в таблетках по схеме 1 табл. х 3 раза в день.

Ноотропил (пирацетам) используют как препарат, улучшающий регионарный кровоток в ишемизированных участках мозга, стимулирующий окислительно-восстановительные процессы. Препарат улучшает интегративную деятельность мозга, способствует консолидации памяти. Препарат проникает через гематоэнцефалический барьер. Внутривенно вводят 2,0 г препарата (2 ампулы), до улучшения клинической картины, после курса переходят на пероральный прием по 0,2 г х 3 р. в день, курс лечения 2-6 месяцев.

Рассасывающая терапия

При поздно начатом лечении, медленной регрессии воспалительных изменений на мозговой оболочке нередко образуются спаечные изменения, которые могут приводить к окклюзионной гидроцефалии. В таких случаях показана рассасывающая терапия.

Применяют подкожные инъекции стекловидного тела по 2 мл или ФИБС по 1 мл в день, курс лечения 30 инъекций. Можно проводить 2-3 курса.

При регрессии клинических симптомов менингита и воспалительных изменений в ликворе и нарастании признаков развития спаечного процесса применяют бийохинол внутримышечно по 1 мл в день, через день. Курс 30 инъекций.

Церебролизин назначался также в период регрессии воспалительных явлений как средство, влияющее на тканевой обмен головного мозга, содержит 18 аминокислот. Вводят его в дозах 2,0 мл через день внутримышечно, или по 5,0 мл внутривенно 2 раза в неделю на курс 20-40 ампул.

Восстановительное лечение на санаторном этапе

Лечебная гимнастика направлена как на восстановление координации движений, так и на восстановление движений в тех частях тела, которые были поражены (при гемипарезах, парапарезах). Массаж направленно воздействует на восстановительные процессы после геми и парапарезов.

Тактика лечения больных с туберкулемами головного мозга такая же, как и при поражении только мозговых оболочек. В случаях сочетания этих процессов восстановительный период протекает дольше.

Нахождение больных на санаторном лечении после шунтирующих операций по поводу гидроцефалии не является противопоказанием.

Начальник отдела санаторно
курортной и реабилитационной
помощи Минздравмедпрома
Российской Федерации
Г.А.ТЕЧИЕВ

Приложение N 7
к Приказу Министерства
здравоохранения и медицинской
промышленности РФ
от 19 июля 1996 г. N 291

КОРРЕКЦИЯ СКРЫТЫХ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ, ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, В САНАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

(Методические указания)

Изложена система мероприятий, направленных на коррекцию скрытых нарушений углеводного обмена у инфицированных туберкулезом детей и у больных с локальными формами туберкулеза органов дыхания. Приведены рекомендуемые диеты для детей со скрытыми формами диабета, методы лечебной физической культуры, рекомендуемые климатопроцедуры, режимы гелиотерапии и морских купаний. Методические указания предназначены для фтизиопедиатров туберкулезных больниц, диспансеров и санаториев.

Методические указания составили научные сотрудники Российского НИИ фтизиопульмонологии МЗ МП РФ:
доктор мед. наук Аксенова В.А.
доктор мед. наук Макинский А.И.
канд. мед. наук Фатеев И.И. (Федеральный санаторий "Пионер")
Таджидинова М.Г.

Введение

Во многих странах мира отмечается рост заболеваемости сахарным диабетом. За последние 15 лет число больных увеличилось более чем на 100% и составляет от 2 до 8% населения. Заболеваемость сахарным диабетом растет не только среди взрослых, но и среди детей и подростков: 5-8% всех больных сахарным диабетом составляют дети. Число же лиц со скрытыми формами сахарного диабета (потенциальный, латентный, субклинический диабет) в 2 и более раза превышает число больных.

Проблема нарушений углеводного обмена во фтизиопедиатрии становится все более актуальной в последнее время, что обусловлено как ростом заболеваемости сахарным диабетом среди детского населения, так и более высокой частотой сочетания его с туберкулезом органов дыхания, а также низкой эффективностью лечения таких больных. Это выдвигает необходимость ранней диагностики скрытых нарушений углеводного обмена у детей, инфицированных и больных туберкулезом, а также разработки системы мероприятий, направленных на коррекцию данных нарушений.

Скрытые (доклинические) формы сахарного диабета

К доклиническим формам сахарного диабета относят следующие: потенциальный сахарный диабет (преддиабет), латентный субклинический диабет.

Потенциальный сахарный диабет - это предрасположенность к диабету, состояние, предшествующее манифестации заболевания, самая ранняя его стадия. Предрасположены к диабету дети с факторами риска: дети, рожденные от родителей, больных сахарным диабетом; дети, рожденные с массой тела более 4,5 кг от здоровых родителей; дети, рожденные от матерей, ранее рожавших детей с крупной массой тела; дети, ближайшие родственники которых больны сахарным диабетом; дети, страдающие ожирением. При потенциальном сахарном диабете отсутствуют клинические проявления болезни и нарушения углеводного обмена, свойственные сахарному диабету. Наследственная отягощенность по сахарному диабету - основной показатель для констатации потенциального сахарного диабета.

Современные методы диагностики позволяют выявить у большинства детей на стадии потенциального диабета повышение уровня иммунореактивного инсулина (ИРИ) в сыворотке крови в ответ на нагрузку глюкозой. Уровень ИРИ натощак повышен и при нагрузке глюкозой происходит медленное, но продолжительное и значительное его нарастание, существенно отличающееся от динамики ИРИ у здоровых детей. При определении толерантности к глюкозе сахарная кривая имеет гиперинсулинемический характер. Гиперинсулинизм можно расценивать как раннее (доклиническое) проявление сахарного диабета.

Латентный диабет протекает скрытно, характеризуется нормогликемией натощак, отсутствием глюкозурии и, как правило, патологическим тестом толерантности к глюкозе. У детей быстро развивается клиническая манифестация диабета, и видимо, поэтому выявление латентного сахарного диабета затруднено. Он составляет всего лишь 5-10% всех форм болезни. Использование 2-часового варианта теста толерантности к глюкозе позволяет выявить диабет в латентной стадии.

Субклинический сахарный диабет называют химическим, или асимптоматическим, т.е. не имеющим яркой клиники. Нарушения углеводного обмена характеризуются появлением временной глюкозурии, преходящей гипергликемией, диабетическим типом сахарной кривой.

Потенциальный сахарный диабет, а тем более латентный и субклинический, сопровождаются определенными изменениями обмена веществ и деятельности различных систем организма. Быстрота развития клинических форм сахарного диабета зависит от фенотипических особенностей ребенка, условий жизни, питания. Физиологические особенности растущего организма (высокий уровень контринсулярных гормонов и интенсивность обменных процессов, требующих большого количества инсулина), а также наличие специфического инфекционного процесса способствуют быстрому переходу латентной формы в манифестный диабет.

Коррекция скрытых нарушений углеводного обмена
у инфицированных туберкулезом детей
и у больных с локальными формами

туберкулеза органов дыхания

Мероприятия, направленные на коррекцию нарушений углеводного обмена, мы рекомендуем проводить как инфицированным туберкулезом детям, так и больным с локальными формами на любом этапе проводимой им химиотерапии. Дети с потенциальным диабетом, а также дети с латентной и субклинической формами диабета нуждаются в постоянном строгом соблюдении соответствующей диеты с применением витаминов. Необходимо также соблюдение гигиенического режима, проведение лечебной физической культуры, климатолечения на фоне этиотропной и патогенетической терапии. Применять комбинации противотуберкулезных препаратов следует исходя из общих принципов антибактериальной терапии, принятых во фтизиопедиатрии. Применение химиопрепаратов в оптимальных дозах должно быть комбинированным, непрерывным и длительным.

Диетотерапия является основным методом лечения детей, инфицированных и больных туберкулезом, со скрытыми нарушениями углеводного обмена. Диета, назначаемая ребенку, по содержанию белков, жиров, углеводов должна обеспечивать его правильное физическое развитие, поддерживать свойственный растущему организму положительный баланс азота, поддерживать на определенном уровне иммунобиологическую реактивность, сохранять необходимый уровень витаминов. Рациональное лечебное питание должно обеспечивать растущий организм всеми необходимыми и незаменимыми питательными веществами в соответствии с измененной, фактической потребностью больного организма. Диета по химическому составу должна способствовать восстановлению поврежденных ферментных систем, синтезу биологически активных веществ, в том числе обеспечивающих защитные функции организма. Лечебное питание должно предупреждать, устранять или ослаблять побочные действия туберкулостатических препаратов.

Основными показателями для составления диеты являются возраст ребенка, его рост, вес и сопутствующие заболевания. Детям, инфицированным туберкулезом, и больным с локальными формами туберкулеза органов дыхания, у которых одновременно констатирован потенциальный сахарный диабет, но без избыточного веса, следует назначать диету, общепринятую во фтизиопедиатрии с ограничением легкоусвояемых углеводов. Легкоусвояемые углеводы (сахар, мед, варенье, консервированные компоты, виноград, бананы, белый хлеб, конфеты и др.) дают лишь в ограниченном количестве. Ограничение легкоусвояемых углеводов должно быть длительным и регулярным.

Соотношение белков, жиров и углеводов для общепринятой во фтизиопедиатрии диеты составляет 1:1:4. Количество белка в суточном рационе должно соответствовать возрастной норме. Допустимо увеличение белков в пределах 10% за счет белковых продуктов животного происхождения, которые должны составлять около 65% от общего его количества в питании детей старше 7 лет. Следует обязательно включать в меню молочные продукты, мясо, рыбу, яйца, т.е. продукты, содержащие заменимые и незаменимые аминокислоты, так необходимые больному туберкулезом ребенку.

Количество жира в рационе должно соответствовать 75% от физиологической нормы, причем 15-25% от общего количества должны составлять растительные жиры. Растительные масла (кукурузное, подсолнечное, хлопковое, оливковое) являются богатыми источниками полиненасыщенных жирных кислот, обладающих высокой окислительной способностью, улучшающих обмен холестерина, препятствующих отложению нейтрального жира в тканях и органах. Некоторое увеличение содержания жиров в рационе инфицированных и больных туберкулезом детей является одним из условий ограничения в диете сенсibiliзирующих пищевых факторов в виде углеводов.

Дети с потенциальным сахарным диабетом и избыточным весом нуждаются в соблюдении диеты N 8 со сниженным калоражем за счет ограничения жиров животного происхождения и легко усвояемых углеводов. Ребенок с ожирением должен получать нормальное и даже повышенное количество белка и половину общего количества его за счет белка животного происхождения (мясо, рыба). При составлении такой диеты нужно исходить из максимально нормального, а не физического веса ребенка. При 1 степени ожирения калорийность пищи должна быть на 10-20%, при 2 степени - на 20-30%, при 3-4 степени - на 40-50% ниже возрастной нормы. Прием пищи должен быть 5-разовым. Калорийность первого завтрака должна составлять 30% суточной калорийности, второго завтрака - 15%, обеда - 35%, полдника - 10% и ужина - 10% суточной калорийности. Последний прием пищи должен быть не позднее 18 часов. В рацион детей с ожирением ежедневно следует включать липотропные продукты (творог, кефир, растительное масло) и продукты, богатые естественными оксидантами, т.к. для этих больных характерны дислипидемии. Для максимального терапевтического эффекта детям с ожирением показано применение липотропных препаратов (метионин, липамид, липоевая кислота).

Латентный, а тем более субклинический, сахарный диабет требует наиболее строгого соблюдения диеты. При латентном сахарном диабете может периодически обнаруживаться

гипергликемия натощак, нарушена толерантность к глюкозе, отмечаются периодические неадекватные гипергликемии после обычной пищевой нагрузки. При латентном диабете ребенок должен соблюдать диету с полным исключением легкоусвояемых углеводов. Общее количество углеводов и жиров умеренно ограничивается, но для сохранения энергетической ценности рациона соответственно возрасту увеличивается количество белка.

У детей, инфицированных и больных туберкулезом, с ожирением и латентной формой сахарного диабета, основной задачей в лечении является нормализация веса. Им следует назначать диету с пониженной калорийностью с ограничением жиров и углеводов за счет полного исключения из меню сахара, сладостей, кондитерских и макаронных изделий, манной крупы, целесообразно использовать малосоленые, отварные, запеченные блюда, небогатые азотосодержащими экстрактивными веществами. Соотношение белков, жиров и углеводов в данной диете, которая позволяет добиться нормализации скрытых нарушений углеводного обмена, должно составлять 1:0,75:3-3,5. Данной категории детей, также как и больным с потенциальным сахарным диабетом, для достижения максимального терапевтического эффекта целесообразно применение липотропных препаратов.

У большинства детей, инфицированных и больных туберкулезом, со скрытыми нарушениями углеводного обмена, в частности с ожирением, отмечаются клинические проявления полигиповитаминоза, степень выраженности которых коррелирует с длительностью основного заболевания, выраженностью нарушений обмена. Из этого следует обоснованность соответствующего назначения поливитаминных препаратов, включающих жирорастворимые витамины А, Д, Е, К, а также витамины группы В в возрастных дозах. Кроме того, для профилактики или устранения множественной витаминной недостаточности в период химиотерапии, обеспечения нормального функционирования мультиферментных систем целесообразно применение взаимосвязанных водо- и жирорастворимых витаминов.

Лечебная физическая культура является одним из обязательных условий успешного лечения детей, инфицированных и больных туберкулезом со скрытыми формами сахарного диабета. Регулярное применение физических упражнений улучшает согласованную деятельность всех систем организма: укрепляет нервную и соматическую сферу ребенка, благоприятно влияет на состояние сердечно-сосудистой системы, иммунологической реактивности, липидного спектра, усиливает обменные процессы в миокарде. Общепринятая во фтизиопедиатрии лечебная физкультура способствует развитию правильного дыхания, увеличивает подвижность ребер и позвоночника, усиливает крово- и лимфообращение, противодействует формированию плевральных сращений, способствует усилению трофических и регенеративных процессов.

Являясь хорошим регулятором деятельности внутренних органов, дозированная мышечная работа улучшает углеводный обмен: повышает усвоение сахара тканями, способствуя тем самым снижению гипергликемии, нормализует нарушенную толерантность к углеводам.

Рациональная двигательная нагрузка является важным компонентом в терапии детей, больных туберкулезом с сопутствующим ожирением. При ожирении мышечная работа чрезвычайно важна и не может быть заменена другими видами терапии. У тучных детей длительная нагрузка вызывает отчетливое снижение аппетита, ликвидацию выраженной гиперфагии. Продолжительные физические упражнения способствуют снижению потребности организма в инсулине, восстановлению клеточных инсулиновых рецепторов. Уменьшается нагрузка на островковый аппарат поджелудочной железы, что защищает его от опасности истощения функциональных резервов, предотвращает развитие сахарного диабета, одновременно создаются предпосылки для существенной редукции массы тела.

Для занятий лечебной физкультурой в детских противотуберкулезных учреждениях (стационар, санаторий) целесообразно детей распределять на группы в зависимости от целевых установок.

1. Группа общеукрепляющей физической подготовки для детей, инфицированных туберкулезом, больных с локальными формами туберкулеза без выраженных нарушений внешнего дыхания и сердечно-сосудистой системы.

2. Группа дыхательной гимнастики для детей, которым необходима коррекция имеющихся нарушений легочной вентиляции и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы, тренировка механизмов компенсации при дыхательной недостаточности.

3. Группа корригирующей гимнастики для больных туберкулезом детей, которым необходимо достижение оптимального гомеостаза при хирургическом лечении. Упражнения данной группы показаны также детям с деформацией грудной клетки, вызванной плевральными наслоениями с сопутствующим искривлением позвоночника.

Двигательную активность в каждой группе рекомендуем дифференцировать по 2 режимам:

1. Режим N 1 (постельный, щадящий) - назначается чаще в стационарах для обеспечения покоя больному с выраженными симптомами интоксикации, специфическими или метатуберкулезными изменениями в легких, снижающими резервы вентиляции, нарушающими кровообращение и газообмен. При данном режиме ограничиваются самостоятельные движения.

2. Режим N 2 (тонизирующий, щадяще-тренирующий) - назначается в стационарах после снятия симптомов интоксикации, выявления клинико-рентгенологических признаков положительной динамики процесса, а также в санаториях с применением физических упражнений, соответствующих свободному режиму.

Учитывая, что скрытые формы сахарного диабета являются все же компенсированными нарушениями и дозированная физическая нагрузка способствует их нормализации, определяющим в выборе группы и режима для инфицированных и больных туберкулезом детей с сопутствующими скрытыми нарушениями углеводного обмена является особенность туберкулезного процесса, его форма и фаза, выраженность туберкулезной интоксикации, общее состояние больного. Необходимо также учитывать степень тренированности пациента, уровень артериального давления, характер сопутствующих заболеваний, в том числе и степень ожирения.

Всем детям в первые 3-7 дней пребывания в противотуберкулезном учреждении рекомендуем временно назначать щадящий режим, который предусматривает ограничение двигательной активности, спокойные игры (режим N 1). В зависимости от тяжести состояния больного туберкулезом, динамики клинической картины лечебные упражнения показаны уже в период постельного режима с применением упражнений для рук и ног в сочетании с глубоким дыханием в положении лежа. При благоприятно протекающем периоде адаптации, с исчезновением симптомов интоксикации физическую нагрузку следует постепенно увеличивать до участия в групповых занятиях со средней нагрузкой. В фазе затихания туберкулезного процесса отдельные больные могут быть переведены на тренировочный режим, предусматривающий увеличение физической нагрузки (режим N 2).

Лечебная физкультура с целью общефизической подготовки показана значительной части контингентов инфицированных туберкулезом детей и больных с локальными формами туберкулеза легких, первичным туберкулезным комплексом, туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов, очаговым и инфильтративным туберкулезом, туберкулемами, при ограниченном распространении диссеминированного процесса. В случаях, когда процесс в фазе инфильтрации и распада - после выявления (рентгенологически) положительной динамики. Детей с сопутствующим потенциальным, субклиническим или латентным сахарным диабетом необходимо включить в группу общеукрепляющей физической подготовки с целью профилактики и коррекции скрытых нарушений метаболизма.

При организации физических упражнений для тучных детей считаем нужным учитывать, что ожирение сопровождается сниженной работоспособностью, ограниченными возможностями сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Вместе с тем, такие дети нуждаются в значительных, но адекватных их возможностям и характеру течения туберкулезного процесса, физических нагрузках.

Формы и средства лечебной физкультуры при этом разнообразны: утренняя гигиеническая гимнастика, дозированная ходьба и прогулки по специальным маршрутам (терренкур), самостоятельные под контролем занятия общефизической подготовкой, спортивные игры, ближний туризм, а также катание на лыжах, коньках, велосипеде, плавание. Физические упражнения детям необходимо назначать дозированно, по 10-20 минут 2 раза в день: утром и вечером через 2 часа после еды.

Не разрешаются упражнения и игры с весьма большой и продолжительной нагрузкой, а также упражнения, вызывающие длительное повышение внутригрудного давления. Детям с сопутствующими скрытыми формами сахарного диабета противопоказано выполнять упражнения на высоких перекладинах, параллельных брусьях, кольцах. Не рекомендуем таким детям участие в соревнованиях, сопровождающихся большой затратой физической и нервной энергии.

Больным детям с нарушениями легочной вентиляции, возникающими при распространенном диссеминированном туберкулезе легких, при сопутствующем или метатуберкулезном пневмосклерозе, при сопутствующем астматическом бронхите, при больших изменениях плевры, в пред- и послеоперационном периодах необходимо проводить, в сочетании с общеукрепляющей лечебной гимнастикой, занятия с использованием дифференцированных дыхательных и корригирующих упражнений, принятых во фтизиопедиатрии.

Санаторно-курортное лечение, являясь основным звеном лечения больных туберкулезом детей, дает возможность использовать активные биологические факторы внешней среды (воздушные и солнечные ванны, морские купания). Климатолечение является одним из эффективных элементов комплексного санаторно-курортного лечения детей, инфицированных и больных туберкулезом органов дыхания в сочетании со скрытыми нарушениями углеводного обмена, как средство, нормализующее обмен веществ и физиологические реакции нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, течение иммунных, трофических и других процессов в организме больного ребенка.

Детям и подросткам, инфицированным и больным туберкулезом, имеющим сопутствующие скрытые нарушения углеводного обмена, климатолечение, как и физические нагрузки, назначаются строго индивидуально, с учетом формы и фазы процесса длительности болезни,

продолжительности предшествующего курса химиотерапии, возраста больного, характера скрытых нарушений углеводного обмена.

Климатотерапия в общем виде включает аэро- и гелиотерапию, а также водные процедуры, которые занимают особое место, ибо воздействие оказывается комплексом различных факторов, основными из которых являются холодовая и физическая нагрузки. Воздушные ванны (аэротерапия) заметно повышают иммунологические свойства организма, тренируют термоадаптационные механизмы, усиливают окислительные процессы, повышают снабжение кислородом организма за счет улучшения функциональных возможностей дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Одной из активных климатопроцедур является гелиотерапия, в процессе которой ультрафиолетовое облучение нейрогуморальным путем действует на сложный нейрорецепторный аппарат, а через него на эндокринную и центральную нервную системы, определяющие функциональное состояние органов и систем организма, влияющие на трофику и процессы иммуногенеза, способствуя, тем самым, повышению неспецифической реактивности больных туберкулезом детей. Однако детям с субклиническим и латентным сахарным диабетом солнечные ванны следует назначать очень осторожно и дозированно. При инсоляции возникает реакция организма на ультрафиолетовые лучи в связи с выделением биологически активных веществ, влияющих на симпатикоадреналиновую систему, что может усилить имеющиеся нарушения углеводного обмена.

В комплексе санаторно-климатического лечения детей, инфицированных и больных туберкулезом, широко применяются водозакаливающие процедуры, в частности купания в море. Морские купания нормализуют биоэлектрическую активность головного мозга, корковую нейродинамику, ферментативные процессы, гемодинамику. Как один из видов лечебной физической нагрузки купания в морской воде оказывают благоприятное влияние на состояние углеводного обмена, особенно при имеющихся его нарушениях в стадии компенсации. Плавание в морской воде в сочетании с другими формами лечебной физкультуры интенсивно повышает иммунитет, сниженный у детей, инфицированных и больных туберкулезом органов дыхания. Потеря тепла, а следовательно, энергозатраты особенно велики в морской воде, тем самым обеспечивается стойкий терапевтический эффект у детей с сопутствующим ожирением.

Климатолечение, в частности на Черноморском побережье Северного Кавказа, рекомендуем проводить по трем режимам:

санаторно-климатический режим N 1 (слабого воздействия) начинается с целью максимального щажения ослабленной реактивности больного организма и подготовку его к активной климатотерапии. Назначается всем детям и подросткам в период адаптации, а также больным активными формами туберкулеза легких с выраженными признаками туберкулезной интоксикации. Данный режим рекомендуем детям, больным сахарным диабетом, в стадии компенсации.

При санаторно-климатическом режиме N 1 рекомендуются воздушные ванны при эквивалентно эффективной температуре (ЭЭТ) не ниже +20 град. С продолжительностью от 10 минут до одного часа, с 8 до 11 часов дня. Солнечные ванны рассеяной радиации при радиационно-эквивалентно-эффективной температуре (РЭЭТ) +19,5 град. С +24,5 град. С от 0,25 до 0,5-0,75 биодозы, 10-15 облучений на курс. В зимнее время солнечные ванны 5-20 калорий при ЭЭТ не ниже +20 град. С, на курс 10-15 облучений. Морские купания по слабой холодовой нагрузке при температуре морской воды не ниже +22 град. С и ЭЭТ воздуха не ниже 22 град. С с 10 до 11 часов и с 17 до 18 часов дня.

Санаторно-климатический режим N 2 (умеренно-интенсивного воздействия) заключается в тренировке механизмов нервной регуляции при более длительной экспозиции организма ребенка к климатическим факторам. При этом повышается функциональная способность дыхательной и сердечно-сосудистой систем, нормализуется реактивность, корректируется углеводный обмен. Показан инфицированным туберкулезом детям, больным с активными формами туберкулеза органов дыхания при наличии умеренной интоксикации. Данный режим рекомендуем также детям и подросткам со всеми формами скрытого сахарного диабета и с ожирением. Воздушные ванны при режиме N 2 назначаются при ЭЭТ не ниже +18 град. С по 10-20 минут, на курс 15-30 процедур. Солнечные ванны при РЭЭТ +19 град. С +24,5 град. С от 0,25 до 1-1,15 биодозы, на курс 15-20 облучений. В зимнее время года от 5 калорий до 30-35 калорий при ЭЭТ не ниже +18 град. С, на курс 15-20 облучений. Морские купания по слабой холодовой нагрузке, при температуре воды не ниже +21 град. С и ЭЭТ воздуха не ниже +20 град. С, на курс 20-30 процедур. При отсутствии отрицательных реакций и положительной клинико-рентгенологической динамике купания продолжают весь купальный сезон.

Санаторно-климатический режим N 3 (интенсивного воздействия) назначается с целью закаливания и повышения устойчивости организма к изменениям внешней среды. Назначается строго индивидуально больным с торпидным течением активного туберкулеза инфицированным детям. Данный режим показан также детям и подросткам с сопутствующим потенциальным сахарным диабетом, с нормальной толерантностью к глюкозе, с ожирением без нарушений функций

дыхательной и сердечно-сосудистой систем. Рекомендуются воздушные ванны при ЭЭТ не ниже +16 град. С +18 град. С продолжительностью от 10 до 40 минут, на курс 20-30 процедур. Солнечные ванны при РЭЭТ +19,5 град. С +24,5 град. С от 0,25 до 1,5-3,0 биодоз, на курс 20-30 ванн. В прохладный период года солнечные ванны от 5 калорий до 40 калорий. Морские купания по слабой холодовой нагрузке при температуре морской воды не ниже +18 град. С +20 град. С, ЭЭТ воздуха +18 град. С +20 град. С, на курс 30 процедур. При положительной клинико-рентгенологической динамике дети купаются весь купальный сезон.

Подобное дифференцированное использование санаторно-климатических факторов способствует дальнейшему совершенствованию комплексного, последовательного и непрерывного лечения инфицированных и больных туберкулезом детей.

Учитывая актуальность проблемы сочетания туберкулеза и сахарного диабета на современном этапе, в целях профилактики и раннего выявления доклинических нарушений углеводного обмена у детей, инфицированных туберкулезом, и у больных с локальными формами туберкулеза органов дыхания, считаем необходимым наблюдение таких больных как фтизиопедиатром, так и эндокринологом.

Современная диагностика скрытых метаболических нарушений и рекомендуемые выше корректирующие мероприятия, проведение которых доступно в детских противотуберкулезных учреждениях, в сочетании с адекватной химиотерапией обеспечат положительную динамику основного заболевания и позволят предупредить манифестацию скрытых форм сахарного диабета.

Начальник отдела санаторно
курортной и реабилитационной
помощи Минздравмедпрома
Российской Федерации
Г.А.ТЕЧИЕВ
