

Тема 1

«Туберкулез – инфекционное заболевание. Причины развития туберкулеза. Факторы риска заболевания туберкулезом».

Туберкулез – это заразное заболевание. Возбудителем туберкулеза является туберкулезная палочка, микобактерия туберкулеза (МБТ). Возбудитель туберкулеза можно увидеть под микроскопом в мокроте больного или других выделениях, если пациент страдает внелегочной формой туберкулеза.

Микобактерия туберкулеза попадает в организм человека чаще всего через дыхательные пути, при общении с больным активным туберкулезом легких. Можно заразиться и при вдыхании пыли, содержащей возбудитель туберкулеза – это может произойти в жилище больного туберкулезом, если не производится текущая дезинфекция (мытьё пола, других поверхностей с использованием дезинфицирующих растворов, уничтожающих микобактерии туберкулеза).

Другие пути заражения встречаются достаточно редко – через рот, при употреблении, например, молочных продуктов, не подвергавшихся тепловой обработке, от больного туберкулезом животного. В Иркутской области таких случаев не регистрируется. Маленький ребенок может заразиться туберкулезом, если он ползает по полу или играет на полу, а потом берет пальцы в рот, в доме, где проживает больной туберкулезом.

Очень редким путем заражения является внутриутробный, от больной туберкулезом матери ребенку во время беременности, в таких случаях ребенок заболевает настолько тяжелым, распространенным туберкулезом, что его только в редких случаях удается спасти. Поэтому важно своевременно выявить туберкулез у беременной женщины, чтобы либо успеть прервать беременность на ранних сроках, либо назначить противотуберкулезное лечение.

Следует отметить, что заражение далеко не во всех случаях переходит в заболевание. Чем теснее контакт с больным, чем хуже соблюдаются санитарные правила, тем выше риск заболеть у тех, кто контактирует с больным. От момента заражения до развития заболевания могут пройти месяцы или годы. У детей и подростков момент заражения регистрируется по ставшей положительной туберкулиновой пробе Манту и, для того, чтобы ребенок не заболел, проводится профилактическое лечение. Во взрослом возрасте туберкулиновые пробы Манту проводятся только пациентам, которые представляют собой группу очень высокого риска заболевания туберкулезом: больным ВИЧ-инфекцией и лицам, получающим генно-инженерные биологические препараты.

Возбудитель туберкулеза может длительное время находиться в организме человека, никак себя не проявляя, однако при

Тема 2 «Клинические формы туберкулеза»

Туберкулез – это инфекционное заболевание, которое наиболее часто поражает легкие, но может вызывать воспалительный процесс в любых других органах. У фтизиатров существует выражение, что туберкулез не поражает только волосы и ногти.

Формы туберкулеза бывают разные, и это зависит от того, насколько своевременно был выявлен процесс, а также от состояния иммунитета самого пациента.

Туберкулез – коварное заболевание, первые признаки которого появляются тогда, когда процесс в легких (или других органах) уже носит распространенный характер. В нашей стране для раннего выявления туберкулеза на начальных стадиях проводится флюорография. Все население старше 15 лет должно проходить флюорографическое обследование на туберкулез не реже одного раза в год.

При выявлении туберкулезного процесса с помощью профилактического осмотра излечения туберкулеза удастся достичь быстрее, поскольку форма заболевания ограниченная – очаговый, инфильтративный туберкулез. Однако если заболевание выявлено несвоевременно, диагностируются формы туберкулеза с распадом легочной ткани. Если есть распад в легком, то такой больной становится очень заразным, потому что при кашле во внешнюю среду выделяется огромное количество микобактерий туберкулеза.

Длительное течение туберкулеза при отсутствии лечения способствует образованию в легких каверны – вокруг полости происходит образование более грубой рубцовой ткани и лечение такого процесса представляет большую сложность. Каверны, как правило, требуют специального хирургического вмешательства.

Самой далеко зашедшей формой туберкулеза является фиброзно-кавернозный. Но и при этой форме возможно излечение пациента при условии соблюдения всех врачебных рекомендаций.

Если пациент имеет сниженный иммунитет (ВИЧ-инфекция, другие сопутствующие заболевания, снижающие сопротивляемость организма, алкоголизм, наркомания), развиваются диссеминированные формы туберкулеза или казеозная пневмония.

Следует отметить, что внелегочные формы туберкулеза могут выявляться одновременно с поражением легких, а могут быть единственной локализацией туберкулеза. Из внелегочных форм туберкулеза чаще встречаются поражения костей и суставов, почек, половых органов, лимфатических узлов. Эти формы туберкулеза характеризуются отсутствием температуры, недомогания или незначительным недомоганием. При этом туберкулез во внутренних органах продолжает развиваться, разрушая их. Внелегочные формы

можно заподозрить именно при повторяющихся изменениях в анализах мочи (туберкулез почек), при болях в спине, носящих упорный характер, или болях в каком-либо суставе. При туберкулезе половых органов, как у женщин, так и у мужчин, нередко первым симптомом, потребовавшим обращения к врачу, является бесплодие.

Наряду с этим, самой грозной и опасной локализацией туберкулеза является поражение мозговых оболочек и головного мозга. Однако туберкулез мозговых оболочек развивается в особо неблагоприятных случаях: если пациент страдает ВИЧ-инфекцией и не принимает противовирусные препараты, хотя это было ему рекомендовано ранее. Туберкулезом мозговых оболочек и головного мозга может заболеть ребенок, который проживает в одной квартире с больным туберкулезом, и ему не проводили профилактическое лечение противотуберкулезными препаратами.

Однако следует помнить – туберкулез излечим, только требуется понимание пациента, что лечение длительное, нельзя допускать перерывов в лечении и прерывать лечение раньше времени, иначе повторный случай заболевания придется лечить еще более длительно и другими противотуберкулезными препаратами, переносимость которых бывает хуже.

У многих пациентов возникает вопрос: а действительно ли у меня туберкулез? Может быть, врачи ошиблись и неправильно поставили диагноз?

Диагноз туберкулеза подтверждается врачебной комиссией, после того, как пациент пройдет все необходимое обследование, которое определено приказами министерства здравоохранения и другими нормативными документами. Какие же исследования должен пройти пациент, у которого заподозрен туберкулез?

Обязательным методом является рентгенография грудной клетки и томография, при необходимости – мультиспиральная компьютерная томография. Больной сдает анализы мочи, крови, мокроты. Мокрота исследуется с целью обнаружения возбудителя туберкулеза – микобактерий туберкулеза (МБТ) – и определения чувствительности возбудителя к противотуберкулезным препаратам. Для этого проводят микроскопию специально окрашенного мазка мокроты, посева на питательные среды. Результат микроскопии (положительный, т.е. найдены МБТ, отрицательный – не обнаружены МБТ) получают быстро – в тот же или на следующий день. Результатов посевов приходится ждать долго – от двух недель (система БАКТЕК) до 2,5 месяцев (на обычных плотных питательных средах).

Сегодня возможно обнаружение ДНК возбудителя туберкулеза. При обнаружении ДНК особенно важно как можно раньше обнаружить отсутствие или наличие множественной лекарственной устойчивости

МБТ, чтобы сразу назначить соответствующие противотуберкулезные препараты.

Для обнаружения возбудителя могут быть исследованы также плевральная жидкость, моча, спинномозговая жидкость и т.д.

Не у всех больных туберкулезом удается обнаружить МБТ, некоторые формы не сопровождаются бактериовыделением.

Дополнительно могут быть проведены рентгенография других органов, УЗИ, если есть сопутствующие заболевания или подозрение на внелегочную локализацию туберкулеза.

Бывают ситуации, когда лечащий врач и комиссия сомневаются в диагнозе. Тогда врач некоторое время наблюдает пациента, потом проводит контрольные рентгенологические исследования, а в некоторых случаях назначает пробное лечение и наблюдает, имеется ли улучшение рентгенологической картины.

Тема 3

«Образ жизни и питание больного туберкулезом»

Более полувека назад, когда еще не было противотуберкулезных препаратов для лечения больных туберкулезом, одним из важнейших лечебных факторов было питание. Сегодня, когда медицина располагает большим арсеналом лекарственных средств для лечения этого грозного заболевания, все равно невозможно достичь благоприятного исхода при недостаточном и нерациональном питании больного.

Туберкулезная интоксикация ведет к истощению больного, особенно если заболевание выявлено несвоевременно или приобрело хронический характер. Больному необходимы силы для борьбы с болезнью, нужен «строительный материал» для функционирования иммунной системы. Никакие иммуностимуляторы не будут полезны, если пациент не накормлен адекватно.

Пациенты в туберкулезном стационаре получают особую диету, содержащую повышенное количество белка и углеводов.

Что такое белок? Это мясная, молочная пища, некоторые продукты растительного происхождения тоже содержат высокое количество белка. Предпочтительным для пациентов, страдающих туберкулезом, являются нежирные сорта мяса – говядина, курица, рыба. Легко усваиваем белок куриного яйца, творог, молочные продукты. Кисломолочные продукты не только являются поставщиками белка, они также благоприятно воздействуют на работу кишечника, кишечную флору. Такие продукты, как курунга, кумыс широко применяются в противотуберкулезных санаториях и некоторых туберкулезных больницах. Достаточное количество белка в рационе способствует повышению защитных сил организма больного.

Повышение содержания жира в рационе больного туберкулезом не рекомендуется. Известны такие средства народной медицины в лечении туберкулеза, как барсучий жир, например. Ценность этого легко усваиваемого продукта заключается в содержании витаминов А, Е, ненасыщенных жирных кислот, а также некоторых витаминов группы В (В2, В3, В5, В6, В12), органических кислот, макро- и микроэлементов, цитамин (биорегуляторов пептидной природы). Этот биологически активный продукт может быть при желании использован пациентами при условии продолжающейся противотуберкулезной терапии.

Углеводы вводятся в рацион пациента, страдающего туберкулезом не только в виде легкоусваиваемых углеводов – хлебобулочные изделия, мед, каши, но и в виде медленно усваиваемых – бобовые, некоторые злаки (греча). Бобовые являются также источником растительного белка.

Обязательным условием успешного лечения является введение витаминов. Источниками витаминов являются овощи и фрукты. Витамин Е содержится, кроме того, в нерафинированных растительных маслах и в сливочном масле, сыре, орехах. Источниками витамина А являются морковь, тыква, яйца, печень, рыба.

Пациент обязательно получает дополнительно витамины группы В (В6, В1) в виде инъекций для обеспечения хорошей переносимости некоторых противотуберкулезных препаратов, в частности, изониазида.

Помимо правильного питания пациенту необходимо переосмыслить отношение к табакокурению и подойти к решению об отказе от курения.

В результате постоянного воздействия табачного дыма на дыхательные пути происходит повреждение клеток, выстилающих дыхательные пути, развивается хроническое воспаление бронхов. При сопутствующем туберкулезном процессе риск развития бронхита значительно увеличивается, курение мешает восстановлению клеток дыхательных путей и замедляет процесс излечения. Курение табака является главным причинным фактором хронической обструктивной болезни легких, это неуклонно прогрессирующее заболевание, приводящее к появлению дыхательной недостаточности, а затем и к смерти. При наличии туберкулеза у курильщиков риск хронической обструктивной болезни легких значительно увеличивается.

Поэтому отказ от курения является залогом успешного излечения от туберкулеза.

Употребление алкоголя совершенно недопустимо при лечении туберкулеза. Необходимо отметить, что у лиц, злоупотребляющих алкоголем, наблюдается снижение иммунитета, что, соответственно, неблагоприятно отражается на течении туберкулеза. Кроме того, многие противотуберкулезные препараты обладают побочным действием на печень, при дополнительной алкогольной нагрузке развиваются токсические поражения печени, что делает невозможным прием противотуберкулезных препаратов и не позволяет излечиться от туберкулеза. Туберкулез приобретает хроническое течение.

Опасным побочным эффектом от употребления алкоголя на фоне лечения противотуберкулезными препаратами может быть токсическое действие на центральную нервную систему: судороги, психозы, галлюцинации.

В зависимости от тяжести состояния больного врач назначает постельный режим, ограничение физической активности или, при ограниченном туберкулезном процессе, больной получает лечение амбулаторно.

На период лечения пациенту выдается больничный лист. В связи с тем, что туберкулез – заразное заболевание, пациент не может

ходить на работу, даже если чувствует себя удовлетворительно. После приема лекарств пациенту следует полежать, очень полезен дневной сон или отдых. Существует такое понятие – лечебно-охранительный режим, т.е. щадящий режим. Нельзя заниматься спортом, посещать баню, сауну.

Пациент, находящийся в стационаре, по мере стабилизации состояния расширяет двигательную активность, при этом полезен свежий воздух, прогулки, но необходимо избегать охлаждения.

Пациент, страдающий туберкулезом, должен постоянно помнить о том, что у него заразное заболевание. Для этого больные с бактериовыделением госпитализируются в стационар. Пациент должен обязательно носить маску, мокроту сплевывать в плевательницу, которая затем подвергается специальной обработке. Нельзя покидать стационар, пока сохраняется бактериовыделение. Приходя из стационара домой, пациент может заразить членов своей семьи, особенно опасен туберкулез для маленьких детей.

Если же при первичном обследовании не обнаружено бактериовыделение, это не означает, что больной не заразен. Предстоит дождаться результатов посевов, кроме того, можно допустить, что в данной порции мокроты, сданной на анализ, возбудитель туберкулеза не обнаружен, а в другой – может присутствовать. Любой активный туберкулезный процесс требует достаточно длительного лечения и изоляции детей.

Таким образом, только комплекс оздоровительных мер, отказ от табакокурения и алкоголя и прием противотуберкулезных препаратов способствует благополучному исходу заболевания туберкулезом.

Тема 4 «Мероприятия в очаге туберкулезной инфекции»

С того времени, как у пациента выявлен туберкулез, он берется на диспансерный учет в противотуберкулезном диспансере, а родственники и другие лица, проживающие в окружении больного, также наблюдаются фтизиатром, как группа высокого риска заболевания туберкулезом. Риск заболевания окружающих зависит отряда причин:

- локализации туберкулезного процесса; источниками инфекции являются больные активным туберкулезом органов дыхания и лица с внелегочными формами туберкулеза, которые могут выделять возбудителя через свищевые ходы, с мочой, испражнениями, менструальной кровью, однако больные с внелегочной локализацией процесса представляют меньшую опасность для окружающих, чем больные туберкулезом органов дыхания.
- массивности выделения больным МБТ, их лекарственной устойчивости;
- качества соблюдения больным и контактными лицами санитарно-гигиенических мер;
- наличия в окружении больного детей, подростков, беременных женщин и лиц со сниженным иммунитетом;
- характера жилища (общежитие, коммунальная квартира, отдельная квартира), определяющего возможность изоляции больного и тесноты общения с контактными лицами;
- выполнения пациентом всех рекомендаций по его лечению (отсутствие перерывов в лечении, регулярное посещение противотуберкулезного диспансера, недопущение досрочной выписки из стационара).

Таким образом, существуют очаги (жилище больного туберкулезом) разной степени опасности, они имеют свою классификацию, чтобы определить потребность в профилактических мероприятиях.

Самыми опасными являются очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом органов дыхания, выделяющими МБТ. В этих очагах имеются и другие неблагоприятные факторы: проживают дети и подростки, имеют место грубые нарушения больным санитарно-гигиенических мер, неудовлетворительные бытовые условия (проживание в общежитиях, коммунальных квартирах, где отсутствует возможность изоляции больного).

Менее опасными для заражения окружающих являются очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания,

выделяющие МБТ, но в отдельных квартирах без детей и подростков, соблюдающие санитарно-гигиенический режим.

Потенциально опасные очаги - это очаги, в которых проживают больные активным туберкулезом органов дыхания, без выделения МБТ, с внелегочными локализациями туберкулеза, выделяющие или не выделяющие МБТ. При этом в очагах проживают дети и подростками.

Пациенту с активным туберкулезом органов дыхания, у которого прекратилось бактериовыделение в результате эффективного лечения, проживающему без детей и подростков и не имеющему отягощающих факторов, необходимо помнить, что окружающие продолжают проверяться в противотуберкулезном диспансере в течение года с того времени, как прекратилось бактериовыделение, потому что существует опасность развития у них туберкулеза.

В квартире, где проживает больной туберкулезом, обязательно проводится дезинфекция. Дезинфекционные средства для проведения текущей дезинфекции и плевательницу для сбора мокроты выдают в противотуберкулезном диспансере больному или лицам, с ним проживающим.

Если пациент находится дома, в его комнате ограничивается число предметов повседневного пользования, оставляют вещи, которые легко можно помыть, подвергнуть обеззараживанию. Мягкую мебель закрывают чехлами.

Для уборки помещения, где проживает больной, обеззараживания посуды, остатков пищи и т.д. родственникам больного рекомендуется переодеваться в специально выделенную одежду (халат), косынку, перчатки, при смене постельного белья необходимо надевать маску. В пользовании у больного должно быть две плевательницы - одна для сбора мокроты, вторая, уже использованная, в это время подлежит обработке.

После приема пищи посуду больного сначала обеззараживают, затем промывают в проточной воде. Грязное белье больного, спецодежду собирают в бак с плотно закрытой крышкой отдельно от белья членов семьи и обеззараживают.

Квартиру больного ежедневно убирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе, при открытых дверях и окнах. При наличии в помещении мух до дезинфекции проводят дезинсекционные мероприятия.

Предметы ухода за больным и уборочный инвентарь обеззараживают в отдельных емкостях после каждого их использования.

Летом вещи больного, постель, ковры, меха следует, по возможности, долго держать под открытыми лучами солнца.

Для того, чтобы лица, контактировавшие с пациентом, не заболели, обязательным является проведение химиопрофилактики.

Пациенту самому при общении с родственниками необходимо акцентировать внимание на важности соблюдения ими всех рекомендаций фтизиатра. Необходимо помнить, что родственники, особенно дети, проживающие отдельно, но контактировавшие последние месяцы с пациентом (туберкулез не развивается за один день), тоже должны наблюдаться в противотуберкулезном диспансере и получать профилактическое лечение. Ни в коем случае нельзя скрывать информацию об этих людях от участкового фтизиатра, поскольку это создает угрозу их здоровью.

Рациональным и эффективным методом предотвращения туберкулеза у детей из очагов туберкулеза является химиопрофилактика в условиях санаториев или санаторных групп детских дошкольных учреждений, где дети изолируются из контакта, проходят комплексное обследование и получают контролируемое профилактическое лечение. Проведение такой контролируемой химиопрофилактики позволяет предотвратить развитие туберкулеза у детей, в том числе из наиболее опасных очагов.

Лицам, находящимся в контакте с бактериовыделителями, проводят профилактическое лечение два раза в год в течение трех месяцев одним или двумя противотуберкулезными препаратами.

Больному туберкулезом необходимо обязательно помнить, что обеспечение всех профилактических мероприятий в отношении окружающих его лиц, особенно детей и беременных женщин, позволяет уберечь их от туберкулеза.

Тема 5

«Современные методы лечения туберкулеза»

Туберкулез невозможно вылечить без специфических противотуберкулезных препаратов.

Фтизиатрами используется термин «химиотерапия», которая заключается в применении лекарственных препаратов, подавляющих размножение или уничтожающих микобактерии туберкулеза в организме больного. Лечение должно быть начато в возможно ранние сроки после установления диагноза в противотуберкулезном учреждении.

Лечение проводится несколькими противотуберкулезными препаратами одновременно в течение длительного времени.

Курс химиотерапии состоит из двух фаз:

- Фаза интенсивной терапии включает 4-6 противотуберкулезных препаратов и направлена на рассасывание воспалительных изменений в легких, закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения. Фаза интенсивной терапии может длиться от двух до восьми месяцев, в зависимости от тяжести заболевания
- Фаза продолжения лечения направлена на подавление оставшихся жизнеспособных МБТ. Она обеспечивает дальнейшее уменьшение воспаления и рубцевание, а также восстановление функциональных возможностей больного.

Противотуберкулезные препараты, которые используют для лечения туберкулеза с сохраненной чувствительностью или при отсутствии бактериовыделения:

- изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин. Изониазид может быть назначен не только в таблетках, но и в инъекциях, в ингаляциях, при тяжелом туберкулезном процессе - внутривенно. Стрептомицин используют в виде внутримышечных инъекций.

В тех случаях, когда у пациента выявляется устойчивость к противотуберкулезным препаратам, назначают:

- протионамид (этионамид), канамицин, амикацин, капреомицин, циклосерин, рифабутин, ПАСК, фторхинолоны. В виде инъекций применяют канамицин, амикацин и капреомицин. Некоторые фторхинолоны (левофлоксацин, офлоксацин) в тяжелых случаях могут быть применены внутривенно.

Лекарственная устойчивость формируется при перерывах в лечении, при повторных случаях лечения, а также на сегодняшний день все чаще происходит заражение уже устойчивыми к препаратам формами МБТ.

В последние годы особо серьезной проблемой в лечении является увеличение числа случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя. Это устойчивость МБТ как минимум к изониазиду и рифампицину одновременно. При этом выбор препаратов для лечения становится ограниченным,

однако современный арсенал противотуберкулезных препаратов позволяет излечивать эти формы туберкулеза.

Длительность и объем лечения определяются врачебной комиссией. Если у пациента сохранена лекарственная чувствительность возбудителя или бактериовыделение отсутствует, длительность лечения (всего курса химиотерапии) составляет шесть или восемь месяцев. При исходно ограниченном процессе и быстром рассасывании воспалительных изменений в легких (или в других органах) срок лечения ограничивается шестью месяцами. В более сложных случаях - восемью месяцами.

Если же у пациента выявляется устойчивость к некоторым противотуберкулезным препаратам, но не множественная лекарственная устойчивость, то в фазе интенсивной терапии назначают уже пять противотуберкулезных препаратов, включая резервные. Длительность лечения в таких случаях не менее восьми месяцев, но может быть и больше при замедленной динамике туберкулезного процесса.

Вообще, следует отметить, что если пациент является бактериовыделителем и/или имеет полость распада в легком, он начинает лечение в стационаре и находится там до тех пор, пока не прекратится бактериовыделение (перестанет определяться возбудитель туберкулеза в мокроте или других жидкостях) и пока не закроется полость распада. Если же у пациента изначально не было бактериовыделения и распада в легких, лечение проводится амбулаторно. Сопутствующие заболевания, например, ВИЧ-инфекция или сахарный диабет и т.д., детский и подростковый возраст являются показанием для госпитализации пациентов и без бактериовыделения.

Не следует полагать, что противотуберкулезные препараты в таблетках менее эффективны, чем в инъекциях. Препарат хорошо всасывается и при приеме в таблетированной форме. Но некоторые препараты могут быть применены только в инъекциях, а вот в случаях тяжелого туберкулеза врач применяет внутривенное введение противотуберкулезных средств на начальном этапе лечения.

Наиболее сложным и длительным является лечение больных туберкулезом, вызванных МБТ с устойчивостью к изониазиду и рифампицину одновременно (множественная лекарственная устойчивость – МЛУ). Изониазид и рифампицин являются самыми сильными противотуберкулезными препаратами, вызывающими гибель микобактерий туберкулеза. Когда эти препараты вынужденно исключаются из режима химиотерапии, их приходится заменять на препараты резерва, которые не обладают столь высокой эффективностью и, соответственно, лечение становится более длительным.

В фазе интенсивной терапии МЛУ-туберкулеза назначают комбинацию из шести противотуберкулезных препаратов, чувствительность к которым сохранена. Фаза интенсивной терапии длится восемь месяцев.

При положительной рентгенологической динамике (рассасывание воспалительных изменений, закрытие полостей

распада) и отрицательных результатах посевов (три последовательно взятых посева) переходят к фазе продолжения лечения пятью препаратами.

Длительность фазы продолжения – 12 - 18 месяцев.

Если пациент нерегулярно принимает противотуберкулезные препараты или самовольно прерывает назначенный врачом-фтизиатром курс химиотерапии, формируется устойчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам. С каждым таким отрывом от лечения увеличивается количество препаратов, к которым сформировалась устойчивость, поэтому лечить пациента становится все сложнее. Такие больные заражают окружающих микобактериями туберкулеза, уже устойчивыми к нескольким противотуберкулезным препаратам.

Поэтому четко следует помнить о недопустимости прерывания лечения. Однако если же сформировалась множественная лекарственная устойчивость, излечение возможно, только пациент должен быть готов к длительной терапии (около двух лет, как было сказано ранее). Химиотерапия при МЛУ нередко сопровождается побочными эффектами со стороны противотуберкулезных препаратов резерва. Врачи используют витамины, препараты, защищающие печень, желудок, для того, чтобы улучшить переносимость противотуберкулезных препаратов резервной группы. Пациент должен настроиться на длительное лечение, своевременно сообщать врачу о нежелательных реакциях, возникших у него при приеме препаратов, чтобы принять соответствующие меры. Можно провести сравнение лечения туберкулеза с лечением онкологических больных. Противоопухолевые препараты (цитостатики) имеют множество побочных реакций, лечение также длительное, но перед пациентом стоит выбор: или выжить или погибнуть. Этот пример нужно всегда иметь на вооружении больным туберкулезом, потому что нелеченный туберкулез неизбежно приведет к фатальному исходу.

После окончания основного курса лечения требуются еще и противорецидивные курсы два раза в год. Длительность таких курсов три месяца. Необходимо пройти два-три таких курса, чтобы избежать рецидива туберкулеза, отсюда и название «противорецидивные».

Таким образом, на сегодняшний день есть все возможности для лечения и излечения туберкулеза. Если же в процессе лечения не удастся достичь эффекта с помощью противотуберкулезных препаратов, могут быть применены хирургические методы лечения. При этом удаляется часть легкого, пораженная туберкулезом, это может быть сегмент, несколько сегментов, доля или даже целое легкое. После операции оставшаяся здоровая легочная ткань расправляется, чтобы компенсировать удаленный участок.

В последние годы участились случаи туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. В таких ситуациях пациент обязательно кроме противотуберкулезной терапии должен получать антиретровирусные препараты. Только при соблюдении такой схемы лечения можно добиться стойкого излечения туберкулеза.

Тема 6

«Нетрудоспособность при туберкулезе. Социальная и трудовая реабилитация больных туберкулезом»

Больной туберкулезом нуждается в длительном специфическом лечении, а при некоторых обстоятельствах – в реабилитационных мероприятиях. Работающему больному на период интенсивного лечения выдается листок нетрудоспособности. Длительность временной нетрудоспособности зависит от формы заболевания, наличия осложнений заболевания. По достижении положительных результатов лечения пациент может приступить к труду.

Существуют ситуации, когда пациент не может приступить к работе, которую он выполнял до заболевания. Например, работа в детских учреждениях (лечебных, образовательных). В таких случаях фтизиатрическая комиссия выдает рекомендации по трудоустройству пациента, либо рекомендует радикальное оперативное лечение, после которого больной может вернуться к прежней трудовой деятельности.

Существуют ситуации, когда у пациента регистрируется стойкая утрата трудоспособности (инвалидность).

Порядок и условия признания лица инвалидом регламентированы нормативными документами. Проведение государственной услуги проведения медико-социальной экспертизы осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (Федеральным бюро, главными бюро, бюро).

Направление на медико-социальную экспертизу выдается лечебным учреждением, под наблюдением которого находится пациент, либо органом, осуществляющим пенсионное обеспечение. Для предоставления государственной услуги МСЭ необходим также паспорт или другой документ, удостоверяющий личность пациента, а также заявление.

Государственная услуга МСЭ осуществляется бесплатно.

Условия признания лица инвалидом:

Инвалидность может быть установлена у гражданина при нарушении здоровья со стойким расстройством функции организма в результате заболевания, если предшествующие лечебно-реабилитационные мероприятия оказались безуспешными или недостаточными. Иными словами, проводимое врачом-фтизиатром лечение (контролируемое) не дало ожидаемого положительного эффекта.

Инвалидность может быть установлена при полной или частичной утрате гражданином способности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться или заниматься трудовой деятельностью.

Также инвалидность устанавливается при потребности в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие одного из трех условий не является достаточным для признания гражданина инвалидом.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленной стойкой утратой функций организма, возникшей в результате заболевания, устанавливается I, II или III группа инвалидности, а гражданину до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

При отказе лечебного учреждения, где наблюдается пациент, в выдаче направления на медико-социальную экспертизу, он может обратиться самостоятельно. При этом бюро медико-социальной экспертизы определяет перечень необходимых исследований, которые пациент должен пройти для проведения экспертизы.

В результате предоставления государственной услуги установления стойкой нетрудоспособности учреждением (бюро) выдается справка, подтверждающая факт установления инвалидности и индивидуальная программа реабилитации инвалида, а также выписка из акта освидетельствования в орган, осуществляющий пенсионное обеспечение инвалида.

Переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в два года, инвалидов II и III групп – один раз в год, детей-инвалидов – в течение срока, на который установлена категория «ребенок-инвалид». Переосвидетельствование может осуществляться заблаговременно, но не более, чем за два месяца до истечения указанного срока инвалидности. Переосвидетельствование ранее установленного срока может быть проведено при наличии изменений в состоянии здоровья по его заявлению или по направлению лечебного учреждения, осуществляющего наблюдение пациента.

При отказе в установлении инвалидности также выдается справка о результатах МСЭ.

возникновении неблагоприятных факторов происходит активация, размножение микобактерий туберкулеза и развитие активной формы туберкулеза.

Какие же это неблагоприятные факторы?

1. Об одном из них мы уже упоминали – это тесный контакт с больным туберкулезом. Здесь происходит массивное заражение микобактериями туберкулеза от больного и, если не проведено профилактическое лечение, человек легко может заболеть.
2. Снижение защитных сил организма. Это может быть связано с недоеданием, плохим питанием, злоупотреблением алкоголем. У женщин уязвимыми в отношении туберкулеза периодами являются беременность и роды. Снижение иммунитета может быть вызвано приемом некоторых препаратов, используемых при лечении онкологических заболеваний и ревматических заболеваний. ВИЧ-инфекция также является очень опасным заболеванием в плане присоединения туберкулеза, особенно в том случае, если пациент не принимает противовирусную терапию.
3. Употребление наркотических веществ.
4. Детский и подростковый возраст, отсутствие противотуберкулезной прививки у детей.