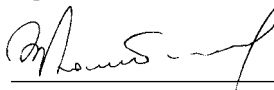


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

31 декабря 2003 г.

Регистрационный № 95-0603

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ В ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ
САНАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Инструкция по применению

Учреждение-разработчик: Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Авторы: канд. мед. наук, доц. А.С. Позднякова, д-р мед. наук,
проф. В.П. Скиба

ВЕДЕНИЕ

Качественные и количественные показатели распространенности туберкулеза зависят от воздействия ряда факторов социального, экологического и медико-биологического характера. Влияние этих факторов на эпидемиологический процесс туберкулеза существенно меняется. Период с 1990 г. характеризуется неблагоприятным воздействием ряда факторов, что определяет ситуацию по туберкулезу в Беларуси и во всем мире как неблагоприятную. Дети и подростки являются индикаторной группой населения, остро реагирующей на любые изменения окружающей среды. Анатомо-физиологические особенности организма детей и подростков определяют их меньшую адаптационную способность к возникшим изменениям. Нарушение равновесия между окружающей средой и организмом ребенка ведет к недостаточности механизмов приспособления, резистентности организма. Снижение адаптационно-компенсаторных резервов, истощение регуляторных систем под воздействием неблагоприятных факторов при росте числа больных взрослых, имеющих бактериовыделение и лекарственно-устойчивые формы туберкулеза, привело к росту инфицированности и заболеваемости туберкулезом детей и подростков, определило у них более тяжелое течение заболевания.

Решение сложившейся проблемы туберкулеза на современном этапе возможно при правильной организации работы противотуберкулезных учреждений, в том числе противотуберкулезных санаториев, при условии их тесного сотрудничества с общелечебной сетью. Санаторное лечение способствует восстановлению пораженных туберкулезом тканей и органов, предупреждая тем самым развитие обострений и рецидивов. Состояние макроорганизма, микроорганизма и условия их взаимодействия определяют возможность возникновения заболевания. Повышение защитных сил организма ребенка или подростка и ослабление воздействия микобактерии туберкулеза (МБТ) — это задачи специфической и неспецифической профилактики, часть из которых должны решить противотуберкулезные санатории. Первостепенное значение при этом отводится химиопрофилактике.

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА

Химиопрофилактика (ХП) — это один из наиболее важных разделов профилактической работы противотуберкулезных санаториев, заключающийся в использовании противотуберкулезных препаратов (ПТП) у детей и подростков с целью предупреждения у них инфицирования или заболевания туберкулезом. ПТП назначаются также с целью предупреждения обострения туберкулеза или его рецидива детям и подросткам с локальным или клинически излеченным туберкулезом.

Использование ХП в клинической практике с 1955 г. доказало снижение заболеваемости детей туберкулезом в 7–8 раз, а инфицированности МБТ — в 6 раз. Для проведения ХП, как правило, используются ПТП группы ГИНК (гидразида изоникотиновой кислоты), учитывая их высокую бактериостатическую активность, большую проникаемость в ткани и органы человека, слабую токсичность. Однако, если инфицирование ребенка происходит МБТ с лекарственной устойчивостью, требуется назначение других ПТП с учетом чувствительности МБТ. Заболеваемость туберкулезом детей из очагов туберкулезной инфекции значительно выше, чем детей из здорового окружения. Эта группа риска детей и подростков чаще всего сочетает социальный фактор риска с медицинским, что требует контролируемой ХП с использованием двух ПТП. Наличие у тубинфицированных детей и подростков неспецифических заболеваний требует индивидуального подхода при выборе методики ХП и контроля ее проведения, что возможно в условиях санатория.

Вышеизложенное вызвало необходимость использования на современном этапе ХП традиционным (назначение изониазида или фтивазида) и нетрадиционным методом (сочетание изониазида с другими ПТП (превентивная химиотерапия)). Режим ХП должен определяться индивидуально с учетом характера туберкулезного контакта, состояния организма ребенка, степени туберкулиновой чувствительности, наличия или отсутствия социальных и других факторов риска. При таком подходе для ХП могут быть использованы различные режимы (см. табл. 1).

При использовании ПТП могут возникать побочные реакции (1,1–6,2% случаев) аллергического, токсического или токсико-ал-

лергического характера в виде эозинофилии, аллергических дерматитов, диспепсических расстройств, парестезий, головокружений, болей в сердце, гепатита и др. При возникновении побочных реакций следует уменьшить дозу или отменить препарат на несколько дней (5–7), назначить гипосенсибилизирующую терапию, затем возобновить прием этого же или другого ПТП, начиная с 1/2 профилактической дозы. Лучшей переносимости ПТП и большей эффективности ХП способствует одновременное назначение комплекса витаминов, включающих В₁, В₆, А, С, назначение глутаминовой кислоты, гипосенсибилизирующих средств, гепатопротекторов, иммуностимулирующих препаратов, санация хронических очагов инфекции и другие общеоздоровительные мероприятия.

При гепатите ХП назначается не ранее чем через 6 мес. после выздоровления.

Таблица 1

Методика проведения дифференцированной химиопрофилактики

Контингент детей и подростков	Режимы химиопрофилактики
1. Впервые инфицированные (выраж туберкулиновой реакции) и ранее инфицированные с нарастающей нормергической реакцией на туберкулин	Изониазид 8–10 мг/кг в течение 3 мес.
2. Выраж туберкулиновой реакции с нормергической туберкулиновой чувствительностью у детей и подростков с заболеваниями печени в анамнезе	Изониазид 8–10 мг/кг через день (интермиттирующим методом) в течение 3 мес.
3. Выраж туберкулиновой реакции с гиперергической чувствительностью и нарастание туберкулиновой чувствительности до гиперергической у ранее инфицированных детей	Изониазид 8–10 мг/кг + пиразинамид 20 мг/кг; изониазид 8–10 мг/кг + рифампицин 8–10 мг/кг в течение 3–6 мес.
4. Дети и подростки из семейных, родственных и других контактов с бациллярными больными (БК+) при наличии у них устойчивости МБТ к ПТП	Изониазид 8–10 мг/кг + пиразинамид 20 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + рифампицин 8–10 мг/кг; изониазид 8–10 мг/кг + этамбутол 10 мг/кг в течение 2–3 мес.
5. Дети и подростки из контакта с больным туберкулезом, БК– или с БК+ без лекарственной устойчивости МБТ	Изониазид 8–10 мг/кг в течение 2–3 мес.

6. Локальные малые формы туберкулеза без деструкции и осложнений	Изониазид 10 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + пиразинамид 30 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + этамбутол 25 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + этионамид (протионамид) 10–20 мг/кг в течение 3–6 мес.
7. Локальные формы туберкулеза распространенные, с деструкцией и осложнениями после стационарного лечения	Изониазид 10 мг/кг + пиразинамид 30 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + этамбутол 25 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + этионамид (протионамид) 10–20 мг/кг в течение 3–6 мес.
8. Клинически излеченный туберкулез с малыми остаточными изменениями	Изониазид 10 мг/кг в течение 3 мес.
9. Клинически излеченный туберкулез с большими остаточными изменениями или с малыми при наличии факторов риска	Изониазид 10 мг/кг + пиразинамид 20–30 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + этамбутол 25 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + этионамид (протионамид) 10–20 мг/кг в течение 3–6 мес.
10. Осложненное течение вакцинации БЦЖ	Изониазид 10 мг/кг + пиразинамид 30 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + рифампицин 10 мг/кг в течение 3–6 мес.
11. Осложненное течение вакцинации БЦЖ после стационарного (хирургического) лечения	Изониазид 10 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + рифампицин 10 мг/кг; изониазид 10 мг/кг + пиразинамид 30 мг/кг в течение 3–6 мес.

С целью своевременной диагностики побочных проявлений ПТП необходимо ежемесячно проводить общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, при необходимости — УЗИ печени. Перед назначением этамбутола и при его использовании необходима ежемесячная консультация окулиста. По показаниям при лечении могут быть использованы другие ПТП.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ

1. Эпилепсия.
2. Острое заболевание печени любой этиологии.

3. Органические заболевания центральной и периферической нервной системы.

4. Заболевания почек и печени с нарушением их функций.

5. Декомпенсированные врожденные и приобретенные пороки сердца.

КОНТИНГЕНТ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, НАПРАВЛЯЕМЫХ В ТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ САНАТОРИИ

1. Дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции, т.е. с выражением туберкулиновой реакции.

2. Дети и подростки из контакта с туберкулезным больным, инфицированные или неинфицированные туберкулезом.

3. Дети и подростки, ранее инфицированные туберкулезом:

– при гиперергической чувствительности к туберкулину;

– при нарастании туберкулиновой чувствительности (4–6 мм и более);

– при наличии у них социальных, медицинских или других факторов риска, способствующих развитию туберкулеза (асоциальные родители, многодетные и малообеспеченные семьи, частые ОРВИ, наличие неспецифических заболеваний, при лечении которых используются кортикостероиды, сахарный диабет, рецидивирующие бронхиты, хронические заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочевой системы и др.);

– при длительно сохраняющейся (2 года и более) монотонной туберкулиновой чувствительности более 12 мм.

4. Дети и подростки с локальным туберкулезом (фаза рассасывания и уплотнения) после стационарного лечения.

5. Дети и подростки с остаточными изменениями после клинически излеченного туберкулеза.

6. Дети и подростки с осложненным течением прививки БЦЖ для консервативного лечения или после стационарного (хирургического) лечения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ САНАТОРНОГО ЛЕЧЕНИЯ

После проведения профилактического лечения очень важно дать правильную оценку результатов лечения. Критерии оценки долж-

ны соответствовать цели проведения профилактического лечения. Каждая группа детей и подростков из вышеуказанных направляется в санаторий с определенной целью, соответственно для каждой из этих групп должны учитываться свои критерии оценки эффективности санаторного лечения.

Дети и подростки, инфицированные туберкулезом впервые, направляются в санаторий для проведения ХП с целью предупреждения развития заболевания, то есть с целью остановить туберкулезную инфекцию на этапе первичного инфицирования.

Критериями оценки эффективности санаторного лечения инфицированных детей и подростков (вираж туберкулиновой реакции, гиперергическая чувствительность, нарастание туберкулиновой реакции, инфицированные из туберкулезного контакта, инфицированные с наличием сопутствующей патологии) являются:

- степень туберкулиновой чувствительности до поступления и при выписке;

- оценка физического развития ребенка при поступлении в санаторий и при выписке;

- оценка состояния очагов хронической инфекции узкими специалистами, наличие или отсутствие обострений в период санаторного лечения;

- наличие или отсутствие интеркуррентных заболеваний во время нахождения в санатории;

- оценка данных лабораторного (при поступлении, один раз в месяц во время лечения и при выписке) и рентгенологического обследования.

Обобщение критериев эффективности лечения должно определяться при выписке следующими понятиями: улучшение, ухудшение, без перемен. «Улучшение» определяется:

- физическим развитием ребенка и подростка соответственно возрасту или улучшением физического развития на фоне лечения;

- отсутствием острых и обострений хронических заболеваний во время пребывания санатории;

- положительной динамикой сопутствующего патологического процесса на фоне санаторного лечения;

- эффективной дегельминтизацией;

– улучшением показателей гемограммы, иммунограммы, биохимического анализа и других лабораторных и рентгенологических (по показаниям) исследований при выписке;

– снижением туберкулиновой чувствительности при постановке контрольной туберкулиновой пробы Манту.

Состояние «Без перемен» определяется:

– отсутствием сдвигов в физическом развитии ребенка или подростка;

– появлением острых или обострением хронических заболеваний;

– отсутствием изменений в данных лабораторного и рентгенологического (по показаниям) исследований;

– стабильной туберкулиновой чувствительностью.

«Ухудшение» определяется:

– отставанием ребенка или подростка в физическом развитии;

– появлением острых или обострением хронических заболеваний во время лечения;

– отрицательной динамикой сопутствующего патологического процесса;

– нарастанием туберкулиновой чувствительности.

Критериями оценки эффективности санаторного лечения детей и подростков с затихающими формами туберкулеза и впервые выявленным туберкулезным процессом с сомнительной активностью, установленной по результатам клинко-рентгенологического обследования в стационаре, являются:

– наличие или отсутствие признаков интоксикации и бронхолегочного синдрома при туберкулезе органов дыхания и активных локальных проявлений при внелегочной форме туберкулеза;

– степень туберкулиновой чувствительности при постановке туберкулиновой пробы Манту;

– результаты общей, местной и очаговой реакции на туберкулиновую пробу Коха;

– отсутствие или наличие обострений туберкулезного процесса за время лечения в санатории.

«Улучшение» при выписке у этой категории больных следует отметить:

– при отсутствии обострения туберкулезного процесса;

- при снижении туберкулиновой чувствительности;
 - при отсутствии признаков интоксикации и других признаков активности бронхолегочного локального или внелегочного туберкулезного процесса;
 - при отрицательной местной, очаговой и общей реакции на пробу Коха;
 - при нормализации показателей лабораторного и других методов исследования;
 - при положительной рентгенологической динамике туберкулезного процесса (полное рассасывание специфических воспалительных изменений, формирование фиброза или участков обызвествления, т.е. излечение туберкулезного процесса с остаточными изменениями или без них);
 - при отсутствии интеркуррентных заболеваний за время лечения в санатории;
 - при нормализации функциональных показателей и физического развития.
- «Ухудшение» состояния больного при выписке определяется:
- возникновением обострения туберкулезного процесса;
 - нарастанием туберкулиновой чувствительности по реакции Манту;
 - положительной или сомнительной пробой Коха;
 - отрицательной рентгенологической динамикой туберкулезного процесса;
 - ухудшением показателей лабораторного и других методов исследования;
 - наличием или появлением признаков туберкулезной интоксикации или признаков активности локальных легочных или внелегочных изменений;
 - появлением интеркуррентных заболеваний;
- Определение «без перемен» указывается в выписке больным при отсутствии динамики туберкулезного процесса при оценке его по выше указанным критериям.
- Дети и подростки с впервые выявленным спонтанно излеченным туберкулезом без признаков активности (остаточные изменения) направляются в санаторий с целью проведения противорецидивного курса ХП.

Критериями оценки эффективности лечения этой категории лиц являются:

- отсутствие или наличие рецидивов;
- отсутствие или наличие интеркуррентных заболеваний;
- степень туберкулиновой чувствительности при постановке пробы Манту;
- результаты лабораторного и рентгенологического обследования;

«Улучшение» при выписке отмечается:

- при отсутствии активизации туберкулезного процесса;
- при снижении туберкулиновой чувствительности;
- при отрицательной местной, очаговой и общей реакции на пробу Коха;
- при отсутствии интеркуррентных заболеваний за время лечения в санатории;
- при нормализации функциональных показателей и физического развития.

«Ухудшение» при выписке определяется:

- возникновением активизации туберкулезного процесса;
- нарастанием туберкулиновой чувствительности;
- положительной или сомнительной туберкулиновой пробой Коха;
- отрицательной рентгенологической динамикой туберкулезного процесса;
- ухудшением показателей лабораторного и других методов исследования.

Определение «без перемен» указывается в выписке в случае отсутствия динамики туберкулезного процесса при оценке его по вышеуказанным критериям.

Критериями оценки эффективности санаторного лечения детей и подростков с осложненным течением прививки БЦЖ являются:

- отсутствие или наличие местных проявлений осложнения;
- степень туберкулиновой чувствительности;
- отсутствие или наличие признаков интоксикации;
- результаты лабораторного и других методов обследования.

«Улучшение» при выписке отмечается:

- при заживлении или рассасывании местных проявлений;

- при отсутствии признаков интоксикации;
 - при нормальных показателях лабораторного обследования;
 - при снижении туберкулиновой чувствительности.
- «Ухудшение» отмечают:
- при прогрессировании местных проявлений осложнения;
 - при нарастании признаков интоксикации;
 - при ухудшении показателей лабораторного или других методов обследования;
 - при нарастании туберкулиновой чувствительности.

Если эффективность санаторного лечения оценивается понятием «ухудшение», ребенка или подростка следует направить в стационар для клиничко-рентгенологического дообследования или на консультацию с целью определения тактики дальнейшего его ведения и лечения. В случае оценки эффективности лечения в санатории понятием «без перемен» внутрисанаторная комиссия (главный врач, заведующий отделением и лечащий врач) может определять повторный срок санаторного лечения. Санаторному лечению подлежат дети и подростки, состоящие на учете в противотуберкулезных учреждениях по I, III, IV, V, VIa, VIб, VIв группам диспансерного учета. Сроки пребывания детей и подростков в туберкулезных санаториях для проведения ХП указаны в табл. 2.

Таблица 2

**Сроки пребывания в туберкулезных санаториях
для проведения химиопрофилактики**

Контингент детей и подростков	Срок химиопрофилактики
1. Дети и подростки с затихающими формами туберкулеза	3–6 мес.
2. Вираз туберкулиновой реакции	3 мес.
3. Гиперергическая реакция или усиливающаяся туберкулиновая чувствительность	3–6 мес.
4. Инфицированные туберкулезом при лечении кортикостероидами по поводу неспецифических заболеваний, часто болеющие ОРВИ, перенесшие детские инфекции (корь, коклюш и др.), сахарный диабет, пневмонию, обострение хронической бронхолегочной патологии, рецидивирующего бронхита и др.	2–3 мес.

Окончание таблицы 2

5. Дети и подростки из очагов туберкулезной инфекции	2–3 мес.
6. Дети и подростки с постпрививочными БЦЖ осложнениями	3–6 мес.
7. Впервые выявленные со спонтанно излеченным туберкулезом и с остаточными изменениями после излеченного туберкулеза	3–6 мес.

По окончании срока лечения подробная выписка из истории болезни ребенка или подростка, рентгенодокументация отправляется в противотуберкулезный диспансер или туберкулезный кабинет по месту жительства.