

5.1. Введение

Контроль лечения является одним из важных компонентов эффективной программы борьбы с туберкулезом. Контроль лечения позволяет оценить:

- эффективность лечебных мероприятий;
- изменения в массивности бактериовыделения у больного;
- время, необходимое для достижения положительного результата и завершения химиотерапии.

Контроль результатов лечения базируется на результатах комплексного клинического, клинико-лабораторного, микробиологического и рентгенологического обследования больного туберкулезом. Основными методами контроля лечения являются клинические, рентгенологические и микробиологические исследования.

Без лечения каждый больной туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии мокроты может в течение года инфицировать 10–15 человек. В процессе химиотерапии массивность бактериовыделения постепенно уменьшается. Прекращение бактериовыделения является весьма ценным показателем, который указывает на явную положительную динамику туберкулезного процесса, подтверждает эффективность химиотерапии и свидетельствует о том, что больной перестал быть источником инфекции и не представляет такой серьезной эпидемической опасности, как до начала лечения. Положительная клинико-рентгенологическая динамика в сочетании с получением нескольких отрицательных результатов микроскопии и посева мокроты в конце лечения позволяет заключить, что больной эффективно завершил курс химиотерапии.

Врач-фтизиатр должен правильно организовать контроль лечения, при необходимости привлекая к этому процессу медицинских работников общей лечебной сети (ОЛС), участвующих в оказании помощи больным туберкулезом в соответствии с российским законодательством.

Успешный контроль лечения, естественно, невозможен без формирования у больного туберкулезом устойчивой мотивации к излечению и способности к самоконтролю в процессе химиотерапии. Этой важной задаче посвящен другой раздел пособия – «Медико-санитарное просвещение больных туберкулезом и их родственников».

В настоящем разделе пособия поясняется, как контролировать результаты лечения, используя клинические, рентгенологические и микробиологические исследования, как фиксировать результаты исследований в «Журнале регистрации больных туберкулезом» (далее журнал № 03-ТБ/у), как оценивать исходы лечения больных туберкулезом.

Цели обучения

Цель раздела – повышение уровня знаний и умений, необходимых для формирования практических навыков по контролю лечения больных туберкулезом.

По окончании изучения данного раздела пособия слушатель **должен уметь**:

- 1) контролировать регулярность клинических, клинико-лабораторных, микробиологических (микроскопия, посев диагностического материала с определением чувствительности микобактерий к лекарствам), рентгенологических (и при необходимости других)¹ исследований у больных туберкулезом в процессе лечения в соответствии с приказами Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г. и №50 от 13 февраля 2004 г.;
- 2) заносить результаты исследований в журнал № 03-ТБ/у;
- 3) определять исход проведенного курса химиотерапии и записывать его в журнал № 03-ТБ/у.

¹ – например, при обследовании детей после каждого этапа химиотерапии проводят комплексную туберкулинодиагностику

5.2. Клинико-лабораторные исследования для контроля эффективности лечения

Для контроля эффективности лечения больных туберкулезом легких в процессе химиотерапии регулярно проводят комплексное клиническое, клинико-лабораторное, микробиологическое (микроскопия диагностического материала, культуральное исследование (посев) с определением лекарственной чувствительности микобактерий) и рентгенологическое обследование. Сроки и кратность контрольных обследований определены приказом Минздрава России № 109 от 21.03.2003.

Клиническое и клинико-лабораторное обследование

Клиническое и клинико-лабораторное обследование больного туберкулезом позволяет врачу-клиницисту оценить динамику процесса, выяснить переносимость проводимого режима химиотерапии и при необходимости предпринять меры по устранению побочных реакций.

Клиническое обследование больного туберкулезом легких в интенсивной фазе лечения в стационаре подразумевает ежедневный осмотр больного врачом с выяснением жалоб и проведением физикального обследования. В фазе продолжения лечения осмотр и физикальное обследование больного проводят с учетом тяжести заболевания, динамики процесса и организационной формы лечения, но не реже 1-го раза в неделю. Во время фазы интенсивного лечения клинико-лабораторное обследование в плановом порядке проводят 1 раз в мес, в фазе завершения лечения - 1 раз в 3 мес.

Клинико-лабораторное обследование больного включает общий анализ крови, общий анализ мочи. Одновременно исследуют кровь на билирубин, аланиновую трансаминазу (АЛТ), аспарагиновую трансаминазу (АСТ).

Клинические данные и результаты лабораторных исследований заносят в историю болезни больного и учитывают при оценке эффективности химиотерапии.

Микроскопическое исследование мокроты

Для обнаружения микобактерий туберкулеза используют прямую микроскопию мокроты после окраски по Цилю-Нельсену. Это относительно быстрый, простой и организационно доступный метод, который может быть использован во всех

регионах России. Исследование может быть выполнено в лабораториях лечебных учреждений общей лечебной сети (ОЛС). Прямая микроскопия мокроты после окраски по Цилю-Нельсену не позволяет точно идентифицировать биологический вид выявляемых микобактерий. Поэтому при положительном результате в ответе более правильно указывать на обнаружение кислотоустойчивых микобактерий (КУМ/КУБ). Точно установить биологическую принадлежность этих микобактерий можно при дальнейшем культуральном исследовании (посеве) диагностического материала.

Люминесцентная микроскопия – более чувствительный метод. Однако для её выполнения необходимы люминесцентный микроскоп, специальные красители – флюорохромы, специально обученный персонал. Люминесцентную микроскопию выполняют в учреждениях противотуберкулезной службы.

Прекращение бактериовыделения по результатам микроскопии мокроты на ранних этапах химиотерапии подтверждает её эффективность и позволяет определить момент, когда больной становится менее опасным для окружающих с эпидемиологической точки зрения. Для более точного контроля обязательно проводят культуральное исследование (посев) мокроты на микобактерии туберкулеза. Исследуют чувствительность микобактерий к противотуберкулезным препаратам.

Для проведения исследования необходимо собрать и отослать в лабораторию 3 образца мокроты. При направлении мокроты на исследование нужно заполнить «Направление на проведение микроскопических исследований на туберкулез» № 05-ТБ/у (далее направление № 05-ТБ/у), форма которого приведена на следующей странице, а детальное описание дано в пособии 2 «Выявление и диагностика туберкулеза».

Верхнюю часть направления № 05-ТБ/у заполняет медицинский работник, направляющий мокроту на исследование, среднюю – работник, собравший мокроту, а раздел **Результаты** заполняют в лаборатории после проведения исследований.

Заполненное направление отсылают обратно медицинскому работнику, направившему мокроту на исследование. Медицинский работник переносит результаты исследований мокроты из направления № 05-ТБ/у в «Медицинскую карту лечения больного туберкулезом» (учетная форма № 01-ТБ/у) и журнал № 03-ТБ/у.

Наименование ЛПУ:
Адрес:
Подразделение:

Приложение № 1
к Приказу МЗ СР РФ
от «___» _____ 20__ №

Медицинская документация
учетная форма № 05-ТБ/у

Направление на проведение микроскопических исследований на туберкулез

1) Фамилия И.О. пациента: _____

2) Год рождения: 3) Пол: М

4) Адрес фактического места жительства (полностью): _____

5) Дата направления: 20__ г.

6) Материал: 1 мокрота, 2 другой _____
(вписать из перечня на обороте)

7) Цель исследования: диагностика контроль химиотерапии

8) Региональный регистрационный номер пациента:

9) Ф. И.О специалиста / подпись: _____

10) Номера образцов материала: 1 _____ 2 _____ 3 _____
(переносится из журнала регистрации материала, форма №04-1-Тб/у)

11) Дата сбора образцов: 1 20__ г. 2 20__ г.
(методика сбора материала на обороте)

3 20__ г.

12) Ф. И. О./подпись медработника, собравшего образцы: _____

13) Лабораторный номер

14) Результаты микроскопического исследования

Дата проведения исследования	Образец	Отрицательный результат	Положительный результат (степень)				Примечание
			Единичные*	1+	2+	3+	
1	2	3	4	5	6	7	8
	1		___ КУМ*				
	2		___ КУМ*				
	3		___ КУМ*				

* Указывается точное количество микобактерий в 100 п/з

15) Дата выдачи результата: 20__ г.

16) Ф. И. О./подпись ответственного лица: _____

СПИСОК видов диагностических материалов

1	Мокрота	1 4	Спинномозговая жидкость
2	Отделяемое верхних дыхательных путей, полученное после аэрозольной ингаляции	1 5	Плевральная жидкость
3	Промывные воды бронхов	1 6	Перикардальная жидкость
4	Бронхоальвеолярные смывы (БАС)	1 7	Синовиальная жидкость
5	Бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ)	1 8	Асцитическая жидкость
6	Материал, полученный при бронхоскопии	1 9	Кровь
7	Транстрахеальной биоптат	2 0	Гной, гнойно-некротические массы
8	Внутрилегочный биоптат	2 1	Пунктат костного мозга
9	Аспират из бронхов	2 2	Резецированная ткань _____ (указать какая)
10	Мазки из гортани	2 3	Грануляции
11	Экссудаты	2 4	Соскоб синовиальных оболочек
12	Промывные воды желудка	2 5	Лимфатический узел или его пунктат
13	Моча	2 6	Другое _____ (указать)

КАК ПРАВИЛЬНО СОБИРАТЬ МОКРОТУ

ЗАПОМНИТЕ!!!

- У БОЛЬНОГО С ЖАЛОБАМИ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЫЯВИТЬ ВОЗБУДИТЕЛЬ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ МИКРОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ, ЯВЛЯЕТСЯ МОКРОТА.
- ДЛЯ ПРАВИЛЬНОГО СБОРА И НАПРАВЛЕНИЯ МОКРОТЫ НА ИССЛЕДОВАНИЕ В ЛАБОРАТОРИЮ НУЖНО ЗНАТЬ СЛЕДУЮЩЕЕ:
- МОКРОТУ СОБИРАЮТ В СПЕЦИАЛЬНО ОБОРУДОВАННОМ, ХОРОШО ПРОВЕТРИВАЕМОМ ПОМЕЩЕНИИ ИЛИ ВНЕ ПОМЕЩЕНИЯ НА ОТКРЫТОМ ВОЗДУХЕ, В СПЕЦИАЛЬНО ОТВЕДЕННОМ ИЗОЛИРОВАННОМ МЕСТЕ.
- МЕДРАБОТНИК, КОНТРОЛИРУЮЩИЙ СБОР МОКРОТЫ, ДОЛЖЕН БЫТЬ В РЕСПИРАТОРЕ И СТОЯТЬ ПОЗАДИ БОЛЬНОГО ИЛИ НАБЛЮДАТЬ ЗА ПРОЦЕССОМ ЧЕРЕЗ СТЕКЛЯННУЮ ДВЕРЬ КОМНАТЫ ДЛЯ СБОРА МОКРОТЫ. НИКОГДА НЕ СТОЙТЕ ПЕРЕД КАШЛЯЮЩИМ БОЛЬНЫМ!
- ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ МОКРОТЫ БОЛЬНОЙ ДОЛЖЕН СДЕЛАТЬ НЕСКОЛЬКО ГЛУБОКИХ ВДОХОВ И ВЫДОХОВ, ЗАДЕРЖАТЬ ДЫХАНИЕ И РЕЗКО ВЫДОХНУТЬ.
- ЕСЛИ У БОЛЬНОГО В ДАННЫЙ МОМЕНТ НЕТ МОКРОТЫ, ПОВТОРИТЕ ПОПЫТКУ СБОРА МОКРОТЫ ЧЕРЕЗ НЕКОТОРОЕ ВРЕМЯ
- ФЛАКОН (КОНТЕЙНЕР) ДЛЯ СБОРА МОКРОТЫ СТЕРИЛЕН И ОТКРЫВАТЬ ЕГО МОЖНО ТОЛЬКО ПРИ СПЛЕВЫВАНИИ МОКРОТЫ.
- ПОСЛЕ ТОГО, КАК МОКРОТА ПОПАЛА В КОНТЕЙНЕР, ЕГО НАДО ПЛОТНО ЗАКРЫТЬ КРЫШКОЙ.
- ХРАНИТЬ КОНТЕЙНЕРЫ С СОБРАНОЙ МОКРОТОЙ НАДО В СПЕЦИАЛЬНО ОТВЕДЕННОМ, ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРОХЛАДНОМ МЕСТЕ, А ПЕРЕВОЗИТЬ В СПЕЦИАЛЬНЫХ ХОРОШО ЗАКРЫТЫХ БИКСАХ.
- ЕСЛИ ВМЕСТО МОКРОТЫ СОБРАНА СЛЮНА, СБОР МОКРОТЫ СЛЕДУЕТ ПОВТОРИТЬ.
- НАКАНУНЕ ВЕЧЕРОМ, ПЕРЕД СБОРОМ УТРЕННЕГО ОБРАЗЦА МОКРОТЫ, НЕОБХОДИМО ПОЧИСТИТЬ ЗУБЫ. СОБРАТЬ ОБРАЗЕЦ МОКРОТЫ УТРОМ, ДО УТРЕННЕГО ТУАЛЕТА И ПРИЕМА ПИЩИ.

У всех пациентов с подозрением на туберкулез (в том числе у больных, не имеющих рентгенологических изменений в легких) и наличием мокроты необходимо провести исследование 3-х образцов мокроты на микобактерии туберкулеза. По возможности, медработники должны собрать 3 образца мокроты в течение 2 дней, согласно следующему графику.

График сбора мокроты

В амбулаторных условиях:

Сбор первого образца мокроты

Первый образец мокроты собирают под наблюдением медработника во время первого приема пациента с подозрением на туберкулез. Нужно предупредить пациента о необходимости прийти на прием на следующий день.

Сбор второго образца мокроты

В конце первого приема врача перед уходом пациент получает контейнер для сбора второго образца мокроты. На внешней стороне контейнера должен быть написан идентификационный номер. Мокроту пациент собирает на следующий день утром дома, перед тем как отправиться на второй прием к врачу. Пациенту важно объяснить, что, встав утром, он должен откашлять мокроту в контейнер и как можно скорее доставить ее в медицинское учреждение медработнику, ответственному за сбор диагностического материала.

Сбор третьего образца мокроты

Когда пациент приходит на прием со вторым образцом мокроты (второй прием врача), то в присутствии медработника он должен сдать третий образец.

В стационаре

В условиях стационара собирают 3 образца мокроты в течение 3-х дней, утром до приема пищи.

Культуральное исследование мокроты

Культуральное исследование (посев) мокроты – важный компонент микробиологического исследования при туберкулезе. Культуральное исследование позволяет получить чистую культуру возбудителя заболевания, идентифицировать биологический вид микобактерий и определить их чувствительность к противотуберкулезным препаратам.

Следует иметь в виду, что получение результатов культурального исследования занимает от нескольких недель до нескольких месяцев. Для выполнения культурального исследования требуется специальное оборудование и высококвалифицированный персонал.

Культуральное исследование проводят в микробиологических лабораториях противотуберкулезных учреждений. Прекращение бактериовыделения подтверждают микроскопией диагностического материала и его культуральным исследованием (приказы Минздрава России №109 и №50).

Исследование лекарственной чувствительности возбудителя

Исследование лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза необходимо для правильного выбора режима химиотерапии, эффективного в отношении штамма микобактерий, выделенного из мокроты больного. Отсутствие роста микобактерий туберкулеза в присутствии определенного препарата свидетельствует о чувствительности бактериального штамма к этому препарату. Микобактерии, растущие в присутствии препарата, являются к нему устойчивыми. Результаты исследования лекарственной чувствительности помогают определить правильную лечебную тактику и при необходимости провести коррекцию режима химиотерапии.

При направлении мокроты для определения лекарственной чувствительности возбудителя заполняют «Направление на культуральное исследование и определение лекарственной чувствительности» № 06-ТБ/у (далее направление № 06-ТБ/у), форма которого представлена на следующей странице. Верхнюю часть направления заполняет врач, направляющий мокроту на исследование, среднюю – медработник, собравший мокроту, а раздел **Результаты** заполняют в лаборатории после проведения исследований. Заполненный бланк направления отправляют обратно, направившему врачу, и он выписывает результаты культурального исследования и определения лекарственной чувствительности из направления № 06-ТБ/у в «Медицинскую карту лечения больного туберкулезом» (№ 01-ТБ/у) и журнал № 03-ТБ/у.

5.2.4. Рентгенологическое исследование

Важным и необходимым методом контроля эффективности лечения является рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Рентгенологические изменения при туберкулезе легких весьма разнообразны. Однако рассасывание очагов и инфильтратов, закрытие полостей распада являются убедительными признаками, подтверждающими положительный эффект лечения. При прогрессировании туберкулеза и отсутствии положительного результата от проводимого лечения протяженность инфильтративных и очаговых изменений, а также размеры полостей распада увеличиваются, появляются новые участки

деструкции в зоне поражения.

Диагностические возможности рентгенологического метода, как и других методов исследования, имеют свои пределы, поэтому для оценки эффективности лечения необходимо регулярное комплексное клиническое, клинико-лабораторное, микробиологическое и рентгенологическое обследование больного.

Направление на культуральное исследование и определение лекарственной чувствительности (№ 06-ТБ/у)

- 1) Дата _____
- 2) Название и адрес лечебного учреждения _____
- 3) ФИО больного _____
- 4) Адрес _____
- 5) Район _____ 6) Дата рождения _____ 7) Пол: М ☐ Ж ☐
- 8) Цель проведения анализа: ☐ Диагностика ☐ Контроль лечения, мес. ____ ☐ Другие
- 9) Идентификационный номер порции: _____
- 10) Регистр. номер больного* _____ 11) Дата сбора мокроты _____
- 12) Подпись медработника, собравшего мокроту _____

*Для пациентов, зарегистрированных для лечения.

Результаты исследования культуры

(заполняется в лаборатории)

Дата проведения исследования	Дата получения результатов	Лаб. порядковый номер	Результат (ПОЛ или ОТР)	Градация 1+ = 1-20 колоний 2+ = 21-100 колоний 3+ =>100 колоний		
				+	++	+++

Результаты определения лекарственной чувствительности

Препарат	Чувствительность (Чув)	Устойчивость (Уст)
Изониазид		
Стрептомицин		
Рифампицин		
Этамбутол		
Другие		

Дата: _____

Анализ выполнил (подпись) _____

5.3. Организационные формы химиотерапии

Лечение больного туберкулезом проводят под наблюдением врача-фтизиатра, который несет ответственность за правильность и эффективность лечения. При выборе организационной формы лечения фтизиатр учитывает характеристику туберкулезного процесса, степень эпидемической опасности больного, материально-бытовые условия его жизни, социальную адаптацию, психологические особенности, общий уровень культуры, а также местные условия и имеющиеся возможности оказания противотуберкулезной помощи. С учетом всех этих факторов весь курс лечения или его отдельные этапы можно проводить в противотуберкулезном стационаре (круглосуточного или дневного пребывания), амбулаторно, в санатории.

Существующая в России сеть противотуберкулезных лечебных учреждений позволяет у большинства больных туберкулезом проводить *интенсивную фазу* химиотерапии в условиях стационара. При этом контроль за выполнением назначений врача (в том числе проглатыванием таблеток больным) осуществляют врач-фтизиатр или медсестра противотуберкулезного стационара (контролируемая химиотерапия). Во время *фазы продолжения* химиотерапию ее контроль можно проводить в стационарах или поликлинических отделениях противотуберкулезных учреждений. Вместе с тем с учетом местных условий при организационной невозможности непосредственного контроля химиотерапии врачом-фтизиатром назначенное им лечение проводят в учреждениях общей лечебной сети (ОЛС) - поликлинике, дневном стационаре, фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе) и др.. В этом случае контроль за выполнением всех назначений фтизиатра (в том числе проглатыванием таблеток больным) непосредственно осуществляют врачи и медицинские работники ОЛС.

Принимая во внимание возможность перевода больных из одного медучреждения в другое, необходимо приложить все усилия для контроля и соблюдения преемственности лечения. Если больного переводят из одного лечебного учреждения в другое, то сведения о нем направляют в учреждение, где будет продолжено лечение (выписка, учетная форма № 01-ТБ/у).

5.4. Контроль лечения больных при химиотерапии по режимам 1, 2А, 2Б, 3, 4

Одной из обязанностей фтизиатра является обеспечение комплексного обследования больных, получающих химиотерапию по режимам 1, 2А, 2Б, 3, 4 и внесение результатов обследования в медицинские карты № 01-ТБ/у и журнал № 03-ТБ/у.

Н.В! По окончании интенсивной фазы химиотерапии в учетной форме 03-ТБ/у каждого больного должны быть отражены:

- результаты микроскопии, посева мокроты и данные о лекарственной чувствительности МБТ, до начала и в конце интенсивной фазы химиотерапии;
- данные рентгенологического исследования до начала и в конце интенсивной фазы химиотерапии.

По окончании фазы продолжения химиотерапии в учетной форме 03-ТБ/у каждого больного (1,2А,2Б,3 режим) также должны быть отражены:

- результаты микроскопии, посева мокроты и данные о лекарственной чувствительности МБТ через 5 мес от начала лечения и в конце фазы продолжения химиотерапии после приема всех доз препаратов;

- данные рентгенологического исследования процессе и в конце фазы продолжения химиотерапии после приема всех доз препаратов.

В таблице 5.1. представлена характеристика групп больных, которым рекомендуют определенные стандартные режимы химиотерапии.

Табл. 5.1. Режимы химиотерапии

Группы больных	Режим
<ul style="list-style-type: none"> - Впервые выявленные больные с любой локализацией туберкулеза при положительном результате микроскопии диагностического материала на МБТ; - Впервые выявленные больные с любой локализацией туберкулеза при отрицательном результате микроскопии диагностического материала на МБТ, но с распространенным процессом, имеющим тяжелое клиническое течение. 	Режим 1
Больные, которым показан повторный курс химиотерапии (группы больных «рецидив», «лечение после досрочного прекращения курса химиотерапии», «прочие»), если чувствительность МБТ к препаратам основного ряда сохранена или риск наличия лекарственной устойчивости МБТ невелик, до получения результатов микробиологического исследования.	Режим 2А
Больные с высоким риском лекарственной устойчивости МБТ (группа больных «лечение после неэффективного курса химиотерапии»; больные из контакта с бактериовыделителями с МБТ, устойчивыми к изониазиду и рифампицину; больные с остро прогрессирующим туберкулезом) до получения результатов микробиологического исследования.	Режим 2Б
Впервые выявленные больные с неосложненным туберкулезом любой локализации при ограниченной протяженности поражения и отрицательном результате микроскопии диагностического материала на МБТ.	Режим 3
Больные, у которых обнаружены МБТ, устойчивые к изониазиду и рифампицину одновременно (множественная лекарственная устойчивость - МЛУ).	Режим 4

5.4.1. Контроль лечения больных при химиотерапии по режиму 1

Режим 1 назначают впервые выявленным больным туберкулезом легких (или внелегочной локализацией) при положительном результате микроскопии мокроты (или другого диагностического материала) на МБТ. Режим 1 также используют при отрицательном результате микроскопии на МБТ у впервые выявленных больных с распространенным, имеющим тяжелое клиническое течение туберкулезом любой локализации.

В таблице 5.2 представлены группы больных, схемы лечения и сроки обследования при химиотерапии по режиму 1.

Табл. 5.2. Контроль лечения при использовании режима химиотерапии 1

Группы больных	Режим	Клинические анализы крови и мочи, исследование крови на билирубин, АЛТ, АСТ	Сроки исследования мокроты	Рентгенологическое исследование
Впервые выявленные больные: - туберкулезом легких с положительным результатом исследования мокроты на МБТ; с отрицательным результатом исследования мокроты на МБТ, но с распространенным процессом, имеющим тяжелое клиническое течение - внелегочным туберкулезом, относимым фтизиатром к «тяжелым случаям заболевания»	Интенсивная фаза - * не менее 2 мес (60 доз) 2HRZE(S)	Ежемесячно	Ежемесячно	1 раз в 2 мес
	Фаза продолжения - не менее 4 мес (120 доз) ** 4 HR/4H3R3 или - не менее 6 мес (180 доз) 6 HE	1 раз в 3 мес	В начале 5 мес химиотерапии и в конце курса химиотерапии	В начале и в конце фазы продолжения

* При сохраняющемся после 2-х мес бактериовыделении химиотерапию продолжают еще 1 мес (30 доз) до получения данных о лекарственной чувствительности возбудителя; при тяжелом или осложненном течении туберкулеза интенсивная фаза может быть продлена по решению ЦВКК или КЭК.

** Интермиттирующий прием назначают больным при амбулаторном проведении фазы продолжения, при хронической почечной и печеночной недостаточности, при токсических реакциях и неудовлетворительной переносимости препаратов, в преклонном возрасте.

В интенсивной фазе химиотерапии назначают 4 из 5-ти основных противотуберкулезных препаратов: изониазид (H), рифампицин (R), пипразинамид (Z), этамбутол (E) или стрептомицин (S). В интенсивной фазе рекомендован режим 2HRZE. Этамбутол лучше назначать в регионах с высокой распространенностью устойчивости микобактерий туберкулеза к стрептомицину (этамбутол не применяют у больных туберкулезом глаз и детей дошкольного возраста).

Интенсивная фаза продолжается не менее 2 месяцев. За это время больной должен принять 60 полных суточных доз, состоящих из 4-х основных препаратов. В случае пропуска приема полных доз длительность интенсивной фазы продлевают до приема 60 доз.

При сохраняющемся после 2 мес химиотерапии бактериовыделении интенсивную фазу продлевают еще на 1 месяц (30 суточных доз) до получения данных о лекарственной чувствительности возбудителя. В зависимости от результата проводят коррекцию химиотерапии. При невозможности исследования лекарственной чувствительности и/или при отрицательной клинико-рентгенологической динамике процесса, больного направляют в вышестоящее учреждение для исследования лекарственной чувствительности возбудителя и определения дальнейшей тактики ведения.

К концу интенсивной фазы у большинства больных отмечают прекращение бактериовыделения. На основе отрицательного результата микробиологических исследований (бактериоскопия) и положительной клинико-рентгенологической динамики Центральная врачебная контрольная комиссия (ЦВКК) или клинико-экспертная комиссия (КЭК) принимает решение о переходе к фазе продолжения химиотерапии.

В фазе продолжения обычно назначают 2 основных препарата – изониазид и рифампицин – в течение 4-х месяцев ежедневно (4HR) или в интермиттирующем режиме, то есть 3 раза в неделю (4H₃R₃). Другим режимом в фазе продолжения может быть ежедневный прием изониазида и этамбутола (6HE) в течение 6 месяцев. Выбор комбинации и методики приема противотуберкулезных препаратов осуществляется врачом-фтизиатром с учетом индивидуальных особенностей больного. Интермиттирующий прием препаратов обычно используют при амбулаторном проведении фазы продолжения химиотерапии, а также у больных с неудовлетворительной переносимостью препаратов при ежедневном приеме лекарств. В соответствии с приказом Минздрава России № 109 прием всех доз препаратов должен происходить под контролем медицинского работника.

При положительном результате химиотерапии и благоприятной динамике туберкулезного процесса общая продолжительность лечения обычно составляет 6 (7) месяцев или 8 (9) месяцев в зависимости от схемы химиотерапии в фазе завершения лечения. Отсутствие положительной динамики (неэффективный курс химиотерапии) является основанием для повторной регистрации (перерегистрации) больного с соответствующим изменением режима химиотерапии.

5.4.2. Контроль лечения больных при химиотерапии по режиму 2А и 2Б

Режим 2А назначают больным, которым показан повторный курс химиотерапии («рецидив», «лечение после прерывания курса химиотерапии», «прочие»), если чувствительность МБТ к препаратам основного ряда сохранена или риск наличия лекарственной устойчивости МБТ невелик. Режим 2 Б назначают больным с высоким риском лекарственной устойчивости МБТ (в частности, больные, отнесенные к группе «лечение после неэффективного курса химиотерапии») до получения результатов микробиологического исследования.

В таблице 5.3 и 5.4 представлены группы больных, схемы лечения и сроки обследования, при химиотерапии по режимам лечения 2А и 2Б.

Табл. 5.3. Контроль лечения больных при использовании режима 2А

Группа больных	Режим	Клинические анализы крови и мочи, исследование крови на билирубин, АЛТ, АСТ	Сроки исследования мокроты	Рентгенологическое исследование
Режим 2А Больные, нуждающиеся в повторном курсе химиотерапии («рецидив», «лечение после прерывания курса химиотерапии», «прочие»), если МБТ чувствительны к препаратам основного ряда или риск лекарственной устойчивости МБТ невелик (до получения результата чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам)	Интенсивная фаза - * не менее 3 мес (90 доз) 2HRZES + 1 HRZE	Ежемесячно	Ежемесячно	1 раз в 2 мес
	Фаза продолжения – не менее 5 мес. (150 доз) Взрослые -5HRE ** или 5H ₃ R ₃ E ₃ Дети - 6HRE или *** 6H ₃ R ₃ E ₃	1 раз в 3 мес	В конце 5-го мес от начала химиотерапии и в конце курса химиотерапии	В начале и в конце фазы продолжения

* При сохраняющемся после 3-х мес бактериовыделении химиотерапию продолжают еще 1 мес до получения данных о лекарственной чувствительности возбудителя; при тяжелом или осложненном течении туберкулеза интенсивная фаза может быть продлена по решению ЦВКК или КЭК.

** При внелегочном туберкулезе – 6 мес; при туберкулезном менингите – 8-12 мес.

*** у детей с генерализованным туберкулезом, а также при сохранении деструкции без бактериовыделения более 6 мес и у детей в возрасте до 3-х лет включительно используют HRZ/E в течении 9 мес.

При назначении режима 2А в интенсивной фазе назначают 5 основных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол и стрептомицин. Через 2 месяца (60 суточных доз) терапию продолжают, используя 4 препарата (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) еще в течение 1 месяца (30 доз). Общая длительность интенсивной фазы – не менее 3 месяцев (90 суточных доз комбинации лекарств). В случае пропуска приема полных доз длительность интенсивной фазы увеличивают до приема 90 доз.

Через 3 месяца от начала интенсивной фазы ЦВКК/ КЭК решает вопрос о переходе ко второму этапу лечения (фазе продолжения) на основании клинико-рентгенологических и микробиологических данных. Положительная клинико-рентгенологическая динамика и отрицательные результаты микроскопии мокроты через 3 месяца химиотерапии являются основанием для перехода к фазе продолжения химиотерапии. К этому сроку, как правило, получают данные о лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза. Эти результаты учитывают и при необходимости производят соответствующую коррекцию

химиотерапии.

При сохранении чувствительности микобактерий туберкулеза к основным химиопрепаратам в фазе продолжения изониазид, рифампицин и этамбутол назначают ежедневно или в интермиттирующем режиме (3 раза в неделю) еще на 5 месяцев. Общая продолжительность терапии – 8 месяцев. Для детей и подростков фаза продолжения составляет 6 месяцев, общая продолжительность терапии – 9 месяцев.

При сохранении бактериовыделения и невозможности исследования лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза и/или при отрицательной клинико-рентгенологической динамике процесса через 3 месяца больного направляют в вышестоящее учреждение для исследования чувствительности микобактерий и определения дальнейшей тактики ведения. До получения результатов лечение проводят также, как в интенсивной фазе.

Табл. 5.4 Контроль лечения больных при использовании режима 2Б¹

Группа больных	Режим	Клинические анализы крови и мочи, исследование крови на билирубин, АЛТ, АСТ	Сроки исследования мокроты	Рентгенологическое исследование
Больные с высоким риском наличия лекарственной устойчивости МБТ (больные после неэффективного курса химиотерапии, ранее не лечившиеся больные из контакта с бактериовыделителями, выделяющими МБТ с МЛУ, больные с остропрогрессирующим течением туберкулеза)) до получения результата чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам	Интенсивная фаза - не менее 3 мес (90 доз) 3HRZE+ Pt+Cap/K+[Fq] *	Ежемесячно	Ежемесячно	1 раз в 2 мес
	Фаза продолжения – не менее 5 мес (150 доз) Схема препаратов зависит от результата определения лекарственной чувствительности возбудителя	1 раз в 3 мес	В конце 5-го мес от начала химиотерапии и в конце курса химиотерапии	В начале и в конце фазы завершения

1 - режим может быть использован в противотуберкулезных учреждениях, имеющих лабораторную службу с контролем качества и возможностью определения чувствительности к резервным препаратам.

***** - выбор резервных препаратов учитывает данные о лекарственной чувствительности МБТ по региону.

При назначении режима 2Б в интенсивной фазе химиотерапии в течение 3-х месяцев назначают комбинацию из 4-х основных препаратов (изониазид,

рифампицин/рифабутин, пиразинамид, этамбутол) и 2-3 резервных (в зависимости от данных о лекарственной устойчивости в данном регионе). Дальнейшее лечение корректируют на основании данных о лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, полученных от данного больного, и проводят в соответствии с режимами 1, 2А или 4.

Режим 2Б лечения может быть использован в противотуберкулезных учреждениях, имеющих лабораторную службу с действующим механизмом контроля качества и возможностью определения лекарственной устойчивости возбудителя к препаратам резерва.

Коррекцию стандартных режимов проводят в соответствии с «Инструкцией по химиотерапии больных туберкулезом» (приложение 6 приказа Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г.).

5.4.3. Контроль лечения больных при химиотерапии по режиму 3

Режим 3 назначают впервые выявленным больным туберкулезом ограниченной протяженности, без бактериовыделения с неосложненным течением.

В таблице 5.4 представлены группы больных, схемы лечения и сроки проведения контрольных исследований мокроты при химиотерапии по режиму 3.

Табл. 5.5 Контроль лечения больных при использовании режима 3

Группа больных	Режим	Клинические анализы крови и мочи, исследование крови на билирубин, АЛТ, АСТ	Сроки исследования мокроты	Рентгенологическое исследование
Больные с впервые выявленным: -ограниченным, не осложненным туберкулезом легких с отрицательным результатом микроскопии мокроты на МБТ ; - не осложненным внелегочным туберкулезом	Интенсивная фаза - Не менее 2 мес (60 доз) 2HRZE* Фаза продолжения - не менее 4 мес (120 доз) 4HR, или 4H3R3, или не менее 6 мес (180 доз) 6 HE	Ежемесячно	Ежемесячно	1 раз в 2 мес
		1 раз в 3 мес	В начале 5 мес химиотерапии и в конце курса химиотерапии	В начале и в конце фазы завершения

* у детей применяют комбинацию из 3-х препаратов 2HRZ/E/S

В интенсивной фазе назначают 4 основных препарата: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол. Детям назначают 3 основных препарата: изониазид, рифампицин и пиразинамид или этамбутол (последний не назначают детям

дошкольного возраста). Интенсивную фазу продолжают 2 месяца. За этот срок больной должен принять 60 доз комбинации из 4-х (у детей – из трех) основных препаратов. В случае пропуска приема полных доз длительность интенсивной фазы увеличивают до приема 60-ти доз.

Через 2 месяца интенсивной фазы ЦВКК/ КЭК решает вопрос о переходе к фазе продолжения на основании клинико-рентгенологических и микробиологических данных.

При положительной клинико-рентгенологической динамике и отсутствии бактериовыделения по данным микроскопии мокроты переходят к фазе продолжения. В фазе продолжения назначают 2 основных препарата – изониазид и рифампицин – в течение 4-х месяцев ежедневно или в интермиттирующем режиме (3 раза в неделю). Другой схемой (при невозможности обеспечить контролируемый прием препаратов или при непереносимости рифампицина) в фазе продолжения может быть прием изониазида и этамбутола в течение 6 месяцев.

При появлении бактериовыделения (по микроскопии мокроты) и/или в случае отрицательной клинико-рентгенологической динамики процесса после 2-х месяцев интенсивной химиотерапии производят коррекцию химиотерапии с учетом данных о лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза. В ожидании результатов схему лечения не меняют в течение 1 месяца. При невозможности исследования лекарственной чувствительности больного направляют в вышестоящее учреждение, где проводят определение чувствительности МБТ к лекарствам. Режим дальнейшего лечения определяют с учетом полученных данных о лекарственной чувствительности туберкулезного возбудителя.

5.4.4. Контроль лечения больных при химиотерапии по режиму 4

Режим 4 назначают больным, выделяющим микобактерии, устойчивые к изониазиду и рифампицину одновременно. Лечение таких больных должно проводиться под наблюдением высококвалифицированных специалистов-фтизиатров в противотуберкулезных учреждениях, располагающих необходимым лекарственным обеспечением и хорошо оборудованной микробиологической лабораторией с контролем качества, возможностью определения чувствительности к резервным противотуберкулезным препаратам, а также специализированное хирургическое отделение.

В таблице 5.6 представлены группы больных, схемы лечения и сроки обследования, при химиотерапии по режиму 4, которые соответствуют Положением 6 Приказа Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г..

Следует, однако иметь ввиду, что в настоящее время не все вопросы, связанные с организацией и проведением лечения у больных туберкулезом, выделяющих МЛУ-устойчивые штаммы микобактерий туберкулеза, являются решенными. Рациональные пути решения этих вопросов разрабатываются и найдут свое отражение в новых нормативных документах МЗ и СР РФ.

Табл. 5.6 Контроль лечения больных при использовании режима 4¹

Группа больных	Режим	Клинические анализы крови и мочи, исследование крови на билирубин, АЛТ, АСТ	Сроки исследования мокроты	Рентгенологическое исследование
Больные туберкулезом любой локализации, которые выделяют МБТ устойчивые к изониазиду и рифампицину одновременно	Интенсивная фаза - не менее 6 мес (180 доз) Одновременно назначают не менее 5-ти препаратов, к которым сохранена чувствительность - [Z E Pt Cap/K Fq] [Rb] [Cs] [PAS]	Ежемесячно	Ежемесячно*	1 раз в 2 мес*
	Фаза продолжения – не менее 12 мес (360 доз) Одновременно назначают не менее 3-х препаратов, к которым сохранена чувствительность - [E Pt Fq] / [Rb] [Cs] [PAS]	1 раз в 3 мес	Сроки исследования зависят от динамики клинической ситуации в процессе лечения. По окончании курса химиотерапии – исследование обязательно.*	Сроки исследования зависят от динамики клинической ситуации в процессе лечения. По окончании курса химиотерапии – исследование обязательно.*

¹ режим может быть использован в противотуберкулезных учреждениях, имеющих лабораторную службу с контролем качества и возможностью определения чувствительности к резервным препаратам.

* - приведены общие рекомендации, имеющиеся в Приложение 6 приказа Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г.. При лечении больных, выделяющих штаммы МБТ с МЛУ устойчивостью, частота и объем исследований должны корректироваться по решению ЦВКК или КЭК, поскольку они должны соответствовать конкретной клинической ситуации и

В интенсивной фазе назначают комбинацию как минимум из 5-ти противотуберкулезных препаратов, чувствительность к которым сохранена, например: пиразинамид, этамбутол, канамицин/амикацин или капреомицин, протионамид/этионамид и препарат из группы фторхинолонов. Назначение препаратов резервного ряда зависит от данных о лекарственной чувствительности выделяемых больным микобактерий туберкулеза.

При положительной клинко-рентгенологической динамике и отрицательных результатах культурального исследования мокроты после 6-ти месяцев химиотерапии переходят к фазе продолжения. В фазе продолжения назначают не менее 3-х препаратов из числа тех, чувствительность к которым у МБТ сохранена. Длительность фазы продолжения – не менее 12-ти месяцев. Общую длительность курса химиотерапии определяют на основании микробиологических и клинко-рентгенологических данных, а также в соответствии с нормативно утвержденной

максимально допустимой для данного препарата продолжительности применения. Если через 6 месяцев лечения бактериовыделение сохраняется, КЭК при участии фтизиохирурга принимает решение о дальнейшей тактике ведения.

5.5. Контроль лечения больных внелегочным туберкулезом

Контроль лечения таких больных проводят на основе динамики клинико-рентгенологических и лабораторных данных, а также данных о регулярности приема препаратов по записям в медицинской карте лечения № 01-ТБ/у. Просмотр карты № 01-ТБ/у позволяет проверить насколько регулярно больной принимает назначенные препараты. Больных некоторыми формами внелегочного туберкулеза должны наблюдать не только фтизиатр, но и другие специалисты.

При плеврите, туберкулезе внутригрудных лимфатических узлов, верхних дыхательных путей, трахеи и бронхов контрольное обследование больных проводят также, как у больных с поражением легочной паренхимы.

5.6. Внесение результатов клинических исследований в «Журнал регистрации больных туберкулезом» (№ 03-ТБ/у)

Результаты клинических исследований вносят в учетную форму-журнал № 03-ТБ/у, который является основным журналом регистрации данных для контроля лечения. Фтизиатр должен соблюдать сроки проведения контрольных исследований и правильно заполнять раздел **Результаты исследований** журнала № 03-ТБ/у (графы 18-36). (см. пример ниже).

В раздел **Результаты исследований** журнала № 03-ТБ/у вносят результаты исследования мокроты методом посева и микроскопии, определения лекарственной чувствительности возбудителя, рентгенологических исследований органов грудной клетки. В этом разделе должны быть зарегистрированы результаты исследований, проведенных до начала лечения, в конце интенсивной фазы, на 5-м месяце лечения и в конце курса химиотерапии. Сроки проведения контрольных исследований определяются режимом химиотерапии (см. п.п. 5.4.1.-5.4.4).

Фтизиатр должен регулярно просматривать раздел **Результаты исследований** участкового журнала № 03-ТБ/у и убедиться, что там нет пропусков или неполных записей и что сроки проведения контрольных исследований мокроты и рентгенографии грудной клетки соответствуют приказу №109 Минздрава России от 21.03.2003. Если при проверке журнала № 03-ТБ/у фтизиатр обнаружит неполную запись или отсутствие записи, необходимо проверить данные медицинской карты лечения № 01-ТБ/у этого больного, а также записи в направлениях на проведение микроскопических исследований на туберкулез (№ 05-ТБ/у), направлениях на культуральное исследование и определение лекарственной чувствительности (№ 06-ТБ/у) и журнал регистрации микроскопических исследований на туберкулез (№ 04-ТБ/у), чтобы найти отсутствующие данные и перенести их в журнал № 03-ТБ/у.

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНО
приказом МЗ РФ
от 13 февраля 2004 № 50
Медицинская документация
учетная форма №03-ТБ/у
Утверждена приказом МЗ РФ
от 13 февраля 2004 № 50

наименование учреждения

ЖУРНАЛ

регистрации больных туберкулезом

Начат «___» _____ 20___ г.

Окончен «___» _____ 20___ г.

[illegible]

[illegible]

5.6.1. Результаты микроскопического исследования мокроты

Результаты микроскопического исследования записывают в графу **Микроскопия** раздела **Результаты исследований** журнала № 03-ТБ/у. На исследование мокроты для контроля лечения должны быть отсланы два образца. Если результат микроскопического исследования мокроты положительный, в журнале необходимо указать градацию («3+», «2+», «1+»). При обнаружении от 1 до 9 КУМ в 100 полях зрения – указать точное число микобактерий (в этом случае рекомендуется повторить исследование). При получении положительных результатов разной градации регистрируют максимальную. Если результат отрицательный, в журнале ставят отметку **Отр.** Результаты исследований мокроты записывают в верхнюю часть клетки, дату исследования – в нижнюю часть клетки.

5.6.2. Результаты культурального исследования мокроты (посева)

Результаты посева мокроты вносят в графу **Посев** раздела **Результаты исследований** журнала № 03-ТБ/у. Исследования мокроты методом посева проводят в те же сроки, что и исследования мокроты методом микроскопии. Однако исследования методом посева, как правило, не проводят в учреждениях ОЛС, поэтому в столбце регистрации результатов исследований до лечения на уровне ОЛС нет графы **Посев**.

Получение результатов исследований мокроты методом посева занимает до 2 – 3-х месяцев. Полученные результаты необходимо внести в участковый журнал № 03-ТБ/у.

Если результат посева мокроты положительный, необходимо указать градацию («1+», «2+» или «3+»). При получении отрицательного результата ставят отметку **Отр.**

5.6.3. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки

Результаты рентгенологических исследований вносят в колонку **Рентген** раздела **Результаты исследований** журнала № 03-ТБ/у. Рентгенологические исследования выполняют в те же сроки, что и исследование мокроты методом микроскопии. При обнаружении распада легочной ткани ставят «+», при отсутствии распада ставят «-». В журнала № 03-ТБ/у нет графы для записи результатов рентгенологического исследования, проведенного в ОЛС.

Упражнение 1

В этом упражнении вы выполняете функции фтизиатра муниципального образования «Ульяновский район» (код района – 08). Вам надо вписать результаты исследований мокроты из медицинской карты лечения больного туберкулезом № 01-ТБ/у и направления на проведение микроскопических исследований на туберкулез № 05-ТБ/у в соответствующие графы журнала № 03-ТБ/у. Ознакомьтесь с представленной ниже информацией о больных, а затем просмотрите заполненные на каждого больного карты. Внесите результаты исследований в частично заполненные графы журнала № 03-ТБ/у на с. 8 рабочей тетради.

Клиническое наблюдение 1:

Фомина Анна Степановна – первая больная, зарегистрированная в Ульяновском районе (код – 08) в новом году. Ее порядковый номер 1; регистрационный номер – 4/08. Была зарегистрирована как впервые выявленная больная туберкулезом с положительным результатом микроскопии мокроты. Бланк направления на проведение микроскопических исследований на туберкулез № 05-ТБ/у в конце курса химиотерапии (6 мес) приведен на с. 26.

Клиническое наблюдение 2:

Насонов Иван Васильевич – второй больной, зарегистрированный в Ульяновском районе (код – 08) в новом году. Его порядковый номер 2; регистрационный номер – 9/08. Насонов И. В. лечился от туберкулеза 5 лет назад, но в дальнейшем снят с учета. В настоящее время зарегистрирован для лечения по режиму 2. Его медицинская карта № 01-ТБ/у представлена на с. 27. Перенесите результаты исследований его мокроты с 3-го месяца до конца курса химиотерапии.

Клиническое наблюдение 3:

Петров Павел Викторович – шестой больной, зарегистрированный в новом году в Ульяновском районе (код – 08). Его порядковый номер 6; регистрационный номер – 27/08. Зарегистрирован как впервые выявленный больной туберкулезом с отрицательным результатом микроскопии мокроты. Внесите результаты исследования мокроты по окончании 2-го мес. лечения. Его медицинская карта № 01-ТБ/у приведена на с. 28.

Наименование ЛПУ: Ульяновский ПТД
Адрес:
Подразделение:

Приложение № 1
к Приказу МЗ СР РФ
от «___» _____ 20__ № ____
Медицинская документация
учетная форма № 05-ТБ/у

Направление на проведение микроскопических исследований на туберкулез

1) Фамилия И.О. пациента: Фомина Анна Степановна

2) Год рождения: 3) Пол: М ☐ Ж ☒

4) Адрес фактического места жительства (полностью):
д. Гаврилово, ул. Луговая, д. 34

5) Дата направления:

20

6) Материал: 1 ☒ мокрота, 2 ☐ другой _____
(вписать из перечня на обороте)

7) Цель исследования: ☐ диагностика ☒ контроль химиотерапии

8) Региональный регистрационный номер пациента:

9) Ф. И.О специалиста / подпись: Петрова

10) Номера образцов материала: 1 26 2 29 3 _____
(переносится из журнала регистрации материала, форма №04-1-ТБ/у)

11) Дата сбора образцов: 1 20 г. 2 20 г.
(методика сбора материала на обороте)

3 20 г.

12) Ф. И. О./подпись медработника, собравшего образцы:

Ковалева

13) Лабораторный номер

14) Результаты микроскопического исследования

Дата проведения исследования	Образец	Отрицательный результат	Положительный результат (степень)				Примечание
			Единичные*	1+	2+	3+	
1	2	3	4	5	6	7	8
1/07/05	1	Отр.	_____ КУМ*				
1/07/05	2	Отр.	_____ КУМ*				
			_____ КУМ*				

* Указывается точное количество микобактерий в 100 п/з

15) Дата выдачи результата: 20 г.

16) Ф. И. О./подпись ответственного лица:

Сидорова

2. Адрес и телефон (фактич. проживание, муниципальное образование) д. Быково, ул. Серова, 23

3. ФИО, адрес и телефон одного из близких родственников или друзей:

Насонов Антон Васильевич (брат), пос. Петрово, ул. Большая, 8

4. Пол: м ☒ ж ☐ 5. Дата рождения: 5/09/61 6. Возраст 44

7. Дата возникновения симптомов 30/10/04

8. Дата первого обращ. к любому врачу по поводу этих симптомов 28/12/04

9. Дата установления диагноза 2/01/05

УТВЕРЖДЕНО

от 13 февраля 2004 № 50

Медицинская документация

учетная форма № 01-ТБ/у

10. Диагноз

11. Группы больных

14. Результаты исследований

Месяц /фазы лечения		Результаты исследований мокроты									Рентген		Вес (кг)
		Лаб №	Дата регистр. материала	Микро- скопия	Посев	Исследование лекарственной чувствительности (чувств. (-), устойч. (+))							
						Н	R	S	E		Дата	Результат (+/-)	
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0 (ОЛС)	1	16	30/12/04	3+	X	X	X	X	X	X	28/12/04	+	X
0, (противотуб. служба)	2	17	2/01/05	3+	3+	-	-	-	-		2/01/05	+	50
2/3, интенсивная фаза	3	71	2/04/05	2+	2+	-	-	-	-		2/04/05	-	52
3/4, инт. ф. (продление)	4	82	2/05/05	Отр	Отр						2/05/05	-	52
5, фаза продолжения	5	105	5/06/05	Отр	Отр						5/06/05	-	54
	6												
В конце лечения	7	728	6/09/05	Отр	Отр						6/09/05	-	56

15. Прием суточных доз, интенсивная фаза

День Месяц	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Число приня- тых доз	Число пропу- щенных доз
Январь		PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	30	
Феврал ь	PO	TT	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP				28	
Март	PO	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	31	1
Апрель	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	TT	PO	PO	PO		PO	PO	MP	MP	MP	MP		29	
Май	MP	PO																														2	
Формы отметок о приеме препарата: контролируемый прием (инициалы м/с), прием без контроля (---), препараты не приняты (оставить клетку пустой)																								Итого				120	1				

5.7. Определение исходов лечения

В соответствии с приказами №109 Минздрава России от 21.03.2003 г. и №50 от 13 февраля 2004 г. оценку результатов курса химиотерапии проводят с учетом следующих критериев эффективности, принятых в России:

- исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления;
- стойкое прекращение бактериовыделения, подтвержденное микроскопическими и культуральными исследованиями;
- регрессия рентгенологических проявлений туберкулеза (очаговых, инфильтративных, деструктивных);
- восстановление функциональных возможностей и трудоспособности.

При оценке результатов лечения по имеющимся в форме №01-ТБ/у записям уточняют, как был обеспечен контролируемый прием лекарств - принял больной все назначенные врачом препараты под непосредственным наблюдением медработника или нет.

В таблице 5.6 представлены стандартные определения исходов курса химиотерапии в соответствии с приказами №109 Минздрава России от 21.03.2003 и №50 от 13.02.2004 г.

Табл. 5.7 Исходы курса химиотерапии

Исход лечения	Определение
1.Эффективный курс химиотерапии:	
1). Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный микроскопией мокроты	Исход химиотерапии больного, у которого до начала лечения был положительный результат микроскопии мокроты, а в процессе лечения на 5-ом месяце и в конце лечения после приема всех доз препаратов при 2-х и более микроскопических исследованиях мокроты получены отрицательные результаты.
2). Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный посевом	Исход химиотерапии больного, у которого до начала лечения был положительный результат посева мокроты, а в процессе лечения на 5-ом месяце и в конце лечения после приема всех доз препаратов при 2-х и более исследованиях мокроты методом посева получены отрицательные результаты.
3). Эффективный курс химиотерапии подтвержденный только клинико-рентгенологически	Исход химиотерапии больного, у которого: - до начала лечения были отрицательные результаты микроскопии и посева мокроты, а в процессе лечения и после приема всех доз препаратов при положительной клинико-рентгенологической динамике результаты микроскопии и посева мокроты остаются отрицательными; - до начала лечения был положительный результат микроскопии и/или посева мокроты, а в процессе лечения на 5-ом месяце и в конце лечения после приема всех доз препаратов при положительной клинико-рентгенологической динамике не получено 2-х и более отрицательных результатов микроскопии и/или посева мокроты (отсутствуют данные).

2.Неэффективный курс химиотерапии	
1).Неэффективный курс химиотерапии, подтвержденный микроскопией мокроты	Исход химиотерапии больного, у которого до начала лечения был положительный результат микроскопии мокроты, и на 5-ом месяце лечения или позже обнаружено сохранение или появление МБТ при микроскопии мокроты
2). Неэффективный курс химиотерапии, подтвержденный посевом мокроты	Исход химиотерапии больного, у которого до начала лечения был положительный результат посева мокроты, и на 5-ом месяце лечения или позже обнаружено сохранение или появление МБТ при посеве мокроты
3). Неэффективный курс химиотерапии, подтвержденный только клинико-рентгенологически	Исход химиотерапии больного, у которого до начала лечения и на всех этапах лечения были отрицательные результаты микроскопии и посева мокроты, а на 5-ом месяце лечения и позже имеются явные клинико-рентгенологические признаки прогрессирования туберкулеза.
3.Прерывание курса химиотерапии (досрочное прекращение химиотерапии)	Исход химиотерапии у больного, который прервал лечение на 2 и более месяца подряд.
4.Умер (смерть)	Исход химиотерапии больного, который умер во время химиотерапии от туберкулеза или от другой причины.
5.Выбыл из под наблюдения	Исход химиотерапии больного, который выехал из административной территории или переведен в другое ведомство и окончательный исход лечения которого неизвестен.
6.Диагноз туберкулеза снят	Исход химиотерапии больного, который ранее был зарегистрирован в журнале № 03-ТБ/у и получал курс химиотерапии, однако по решению ЦВКК диагноз был изменен на нетуберкулезное заболевание.

Исходы «эффективный курс химиотерапии» и «неэффективный курс химиотерапии» определяют дважды. Сначала на основании результатов микроскопии мокроты, затем на основании результатов посева мокроты.

В случае, если у больного в конце лечения был определен исход «эффективный курс химиотерапии, подтвержденный микроскопией мокроты», а позже получены положительные результаты посева, необходимо провести повторный посев мокроты и дополнительное клинико-рентгенологическое обследование. Решение в данном случае принимается коллегиально с учетом всех результатов дополнительного обследования. Если результат лечения этого больного отнесен к «неэффективному курсу химиотерапии», первую регистрацию исхода зачеркивают и дату приема последней суточной дозы препарата записывают в графе 3.9 (нижняя часть). В случае смерти больного проставляют дату смерти.

В случае досрочного прекращения химиотерапии проставляют дату последнего приема суточной дозы препаратов по истечению 2-х месяцев от этой даты оценивают исход химиотерапии.

После того как была дана оценка результатов лечения, в соответствующую графу журнала № 03-ТБ/у необходимо внести дату окончания лечения. Эту дату находят в медицинской карте лечения больного туберкулезом № 01-ТБ/у.

Обучающий пример:

Серова Ольга Николаевна. Проходила лечение по режиму 1. Завершила лечение с исходом «эффективный курс химиотерапии, подтвержденный микроскопией мокроты» 12/03/02.

Действия: в журнала № 03-ТБ/у в раздел **Исходы курса химиотерапии** в графу **Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный микроскопией мокроты** ставим дату 12/03/02.

Через несколько месяцев был получен отрицательный результат посева мокроты.

Действия: вносим в строку **Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный посевом** дату приема последней суточной дозы препаратов 12/03/02 .

Таким образом в журнале № 03-ТБ/у зафиксированы **два** исхода – по результату микроскопии и посеву мокроты.

Для лучшего понимания оценки исходов химиотерапии в соответствии с учетными формами № 01-ТБ/у и № 03-ТБ/у (Приказ Минздрава России №50 от 13.02.2004 г.) приводим таблицу 5.8.

Таблица 5.8

**Вспомогательная таблица
для определения эффективного и неэффективного исходов курса химиотерапии и заполнения
учетной формы 01-ТБ/у «Медицинская карта лечения больного туберкулезом»***

№№ пп	До лечения			5 месяц или конец лечения		Клинико- рентге нологиче ские призна ки активн ости туберк улеза в конце лечени я	Исход курса ХТ, подтвержден ый микроскопией мокроты**	Исход курса ХТ, подтвержде нный посевом мокроты	Примечания
	Микроскопия	Посев	Рентг е н (д е с т р у к ц и я)	Микро ско пи я	Посев				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	+	+	+/-	-	-	-	Эффективный курс х/т, подтвержден ый микроскопией мокроты	Эффективный курс х/т, подтвержде нный посевом	Оценка исхода химиотерапии не вызывает затруднений.
2	+/-/нд***	+	+	нд	-	-	Эффективный курс х/т, подтвержден ый клинико- рентгенологич ески	Эффективный курс х/т, подтвержде нный посевом	Решение принимают на основании комплексного клинико-рентгенологического обследования пациента по окончании курса химиотерапии. Если пациент признан эффективно леченым, но у него по каким-либо причинам отсутствуют данные о результатах микроскопии мокроты, исход курса химиотерапии по микроскопии мокроты заменяется на оценку эффективности по клинико-рентгенологическим данным.
3	+	+/-/нд	+/-	-	нд	-	Эффективный курс х/т, подтвержден ый микроскопией	Эффективный курс х/т, подтвержде нный клинико-	Решение принимают на основании комплексного клинико-рентгенологического обследования пациента по окончании курса химиотерапии. Если пациент признан эффективно леченым, но у

							мокроты	рентгенологически	него по каким-либо причинам отсутствуют данные о результатах посева мокроты, исход курса химиотерапии по посеву заменяется на оценку эффективности по клинико-рентгенологическим данным.
4	+	+	+/-	нд	нд	-	Эффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически		Решение принимают на основании комплексного клинико-рентгенологического обследования пациента по окончании курса химиотерапии.
5	-	-	-	-	-	-	Эффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически		Оценка исхода химиотерапии не вызывает затруднений.
6	+/-/нд	+/-/нд	+/-	+	+	+/-	Неэффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты	Неэффективный курс х/т, подтвержденный посевом	Оценка исхода химиотерапии не вызывает затруднений. Этот исход курса ХТ определяют на 5-м месяце лечения и позже.
7	+/-/нд	+/-/нд	+/-	+	-	+/-	Неэффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты	Неэффективный курс х/т, подтвержденный клинико-рентгенологически	Этот исход курса ХТ определяют на 5-м месяце лечения и позже. У больного результат посева мокроты отрицательный, но есть бактериовыделение по микроскопии мокроты. Следовательно, исход курса химиотерапии по посеву заменяется на «неэффективный курс х/т, подтвержденный клинико-рентгенологически».
8	+/-/нд	+/-/нд	+/-	-	+	+/-	Неэффективный курс х/т, подтвержденный клинико-рентгенологически	Неэффективный курс х/т, подтвержденный посевом	При сохраняющемся бактериовыделении по посеву на 5-м месяце лечения или более поздних сроках, исход лечения оценивают как неэффективный курс ХТ. У пациента отсутствует бактериовыделение по микроскопии мокроты, но результат посева мокроты положительный. Следовательно,

								оценка исхода курса химиотерапии по микроскопии мокроты заменяется на «неэффективный курс х/т, подтвержденный клинико-рентгенологически». <i>Рекомендации:</i> В данной ситуации необходимо убедиться: <ul style="list-style-type: none"> ● что положительный результат посева не является ошибкой (ошибка лаборатории, чужая проба и др.); ● повторно обследовать больного всеми методами; ● в случае подтверждения наличия активности процесса, считать данный исход «неэффективным»
9	-	-	+/-	-	-	+	Неэффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически	Исход оценивают на 5-м месяце лечения или позже, если имеются явные клинико-рентгенологические признаки прогрессирования туберкулеза. Будьте внимательны, т.к. у этих больных возможны диагностические ошибки, неправильная трактовка рентгенологических данных.

Примечание:

* - При определении исхода обязательно учитывается, сколько суточных доз препаратов принял больной. Эффективный курс химиотерапии может быть выставлен после полного прохождения курса химиотерапии, регламентированного приказом МЗ РФ № 109.

При изменении режима лечения в связи с обнаружением МЛУ на любом этапе химиотерапии, исход химиотерапии по режимам 1, 2а, 2б, 3 регистрируется неэффективным.

** - При определении исхода приоритетным является положительная динамика бактериологических исследований. Результат рентгенологического исследования оценивается в конце лечения;

*** - **нд** - Нет необходимого числа исследований.

Отсутствие необходимого числа бактериологических исследований, приводящее к невозможности определения исхода курса химиотерапии по микроскопии мокроты или посева, является четким признаком недопустимо низкого состояния диспансерной работы, и должно встречаться крайне редко. По каждому такому случаю необходимо иметь подробный отчет врачебной комиссии.

5.8. Переведенные больные

Исход лечения больного, переведенного (выбывшего) из одной территории (ведомства) в другую, должен быть сообщен в то муниципальное образование, где пациент был выявлен и зарегистрирован.

Прибывшие больные

По окончании лечения больного, переведенного (прибывшего) **из другой территории (ведомства)**, фтизиатр должен направить данные о больном (например, ксерокопию карты № 01-ТБ/у) и информацию из журнала № 03-ТБ/у в ту территорию (ведомство), где больной был первоначально выявлен и зарегистрирован.

Прибывших больных регистрируют в журнале № 03-ТБ/у, однако исход их лечения не включают в отчет этого учреждения. Исход лечения такого больного необходимо сообщить по месту первой регистрации больного, где этот исход будет включен в отчет – это поможет исключить двойной учет исходов лечения.

Выбывшие больные

Если больной выбыл в другую территорию (ведомство), на фтизиатре лежит ответственность за то, чтобы данные об исходе лечения этого больного были получены и зафиксированы в журнале № 03-ТБ/у того муниципального образования, где этот пациент был зарегистрирован первоначально.

Фтизиатру должны направить данные об исходе курса химиотерапии переведенного больного. Если эти сведения не поступили в ожидаемые сроки, необходимо связаться с фтизиатром того муниципального образования, куда выбыл больной. Если не удастся установить, куда пациент уехал, главный врач головного противотуберкулезного учреждения должен оказать помощь в получении необходимых сведений. Если все усилия по установлению исхода лечения безуспешны, регистрируют исход «выбыл».

Упражнение 2 Часть А

Пользуясь данными карты № 01-ТБ/у каждого пациента муниципального образования «Дмитриевский район» (код – 11), представленных ниже, участники курса должны будут ответить на вопросы упражнения.

Клиническое наблюдение 1:

Б-ной Шмаков Олег Владимирович. Данные о больном представлены в прилагаемых учетных формах (см. ниже).

Используя учетные формы необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Сколько месяцев продолжалась интенсивная фаза химиотерапии?
2. Сколько месяцев длилась фаза продолжения химиотерапии?
3. К какой группе относится данный больной?
4. Каков режим химиотерапии и схема лечения в интенсивной фазе?

- 5.** Принял ли больной все назначенные препараты?
- 6.** Каковы результаты контрольных исследований мокроты?
- 7.** Каков исход лечения?

Региональный регистрационный номер 301/2	Год 2005	Квартал	3
--	----------	---------	---

Наименование учреждения здравоохранения (по месту диспансерного учета): туб. кабинет Дмитриевской ЦБ

[illegible]

2. Адрес и телефон (фактич. проживание, муниципальное образование) д. Пенкино, д. 15

3. ФИО, адрес и телефон одного из близких родственников или друзей:

Шмаков Валерий Владимирович (брат), пос. Петровка, ул. Строителей, 34

4. Пол: м ☒ ж ☐ 5. Дата рождения: 24/03/53 6. Возраст 52

7. Дата возникновения симптомов 10/05/05

8. Дата первого обращ. к любому врачу по поводу этих симптомов 1/06/05

9. Дата установления диагноза 24/06/05

УТВЕРЖДЕНО

от 13 февраля 2004 № 50

Медицинская документация

учетная форма № 01-ТБ/у

10. Диагноз

Легочный туберкулез	10.1	<input checked="" type="checkbox"/>	Внегочный туберкулез	10.2	<input type="checkbox"/>
Клиническая форма туберкулеза легких:			Орган (ы)		
			Туберкулез ВДП, бронхов, плевры и внутригрудных лимфоузлов	10.3	<input type="checkbox"/>

11. Группы больных

Впервые выявленный больной туберкулезом (новый случай)	11.1 <input checked="" type="checkbox"/>	Лечение после неэффективного КХТ	11.3 <input type="checkbox"/>
		Лечение после прерывания КХТ	11.4 <input type="checkbox"/>
Рецидив	11.2 <input type="checkbox"/>	Переведенный (для продолж. лечения)	11.5 <input type="checkbox"/>
		Прочие	11.6 <input type="checkbox"/>

12. Стандартные режимы химиотерапии в интенсивной фазе

Режим 1/3	Режим 2	Режим 4
2HRZE(S) 12.1 <input checked="" type="checkbox"/>	2A – 2HRZE(S) + 1 HRZE 12.2 <input type="checkbox"/> 2B – 3 HRZE+Pt+Cap(K)+Fq 12.3 <input type="checkbox"/>	12.4 <input type="checkbox"/>

13. Интенсивная фаза. Режим химиотерапии и дозировки противотуберкулезных препаратов² (укажите дозу препарата в г)

[illegible]

¹ Режим 2Б используется только в головных учреждениях при наличии лабораторной службы с действующим механизмом контроля качества и возможностью определения лекарственной чувствительности

² H: изониазид, R: рифампицин, Z: пиразинамид, S: стрептомицин, E: этамбутол.

14. Результаты исследований

[illegible]

15. Прием суточных доз, интенсивная фаза

День Месяц	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Число приня- тых доз	Число пропу- щенных доз
Июнь																								MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	8	
Июль	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP				28	
Август	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	PO	MP	PO	MP	PO								24	
Формы отметок о приеме препарата: контролируемый прием (инициалы м/с), прием без контроля (---), препараты не приняты (оставить клетку пустой)																											Итого			60			

Режим 1/3			Режим 2		Режим 4
4 HR или 4H3R3 или 6HE			2A: 5HRE	16.4 <input type="checkbox"/>	
16.1	16.2	16.3	или 5 H3R3E3	16.5. <input type="checkbox"/>	16.7
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2Б: зависит от ЛУ	16.6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дата назначения	H	R	E				
27/08/05	0,6	0,6					

[illegible]

20. Примечания

1	Эффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты / подтвержденный посевом	
2	Эффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически	
3	Неэффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты / подтвержденный посевом	
4	Неэффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически	
5	Умер от туберкулеза/ от других причин	
6	Прерывание курса химиотерапии	
7	Выбыл	
8	Диагноз туберкулеза снят	

[illegible]

Клиническое наблюдение 2:

Б-ная Зайцева Светлана Александровна. Данные о больной представлены в прилагаемых учетных формах (см. ниже).

Используя учетные формы необходимо ответить на следующие вопросы:

1. Сколько месяцев продолжалась интенсивная фаза химиотерапии?
2. Сколько месяцев длилась фаза продолжения химиотерапии?
3. К какой группе относится данная больная?
4. Каков режим химиотерапии и схема лечения в интенсивной фазе?
5. Приняла ли больная все назначенные препараты?
6. Каковы результаты контрольных исследований мокроты?
7. Какие действия необходимо предпринять, основываясь на результатах исследования мокроты?

Региональный регистрационный номер 371/2	Год 2005	Квартал	3
--	----------	---------	---

Наименование учреждения здравоохранения (по месту диспансерного учета): туб. кабинет Дмитриевской ЦБ

[illegible]

2. Адрес и телефон (фактич. проживание, муниципальное образование) г. Дмитриевск, ул. Северная, д. 6 кв. 24

3. ФИО, адрес и телефон одного из близких родственников или друзей:

Зайцев Владимир Алексеевич (муж), адрес тот же

4. Пол: м ☐ ж ☒

5. Дата рождения: 16/08/43

6. Возраст: 61

7. Дата возникновения симптомов 2/06/05

УТВЕРЖДЕНО

от 13 февраля 2004 № 50

Медицинская документация

учетная форма № 01-ТБ/у

8. Дата первого обращ. к любому врачу по поводу этих симптомов 17/06/05

9. Дата установления диагноза 26/06/05

10. Диагноз

Легочный туберкулез	10.1	<input checked="" type="checkbox"/>	Внелегочный туберкулез	10.2	<input type="checkbox"/>
Клиническая форма туберкулеза легких:			Орган (ы) _____		
			Туберкулез ВДП, бронхов, плевры и внутригрудных лимфоузлов	10.3	<input type="checkbox"/>

11. Группы больных

Впервые выявленный больной туберкулезом (новый случай)	11.1 <input type="checkbox"/>	Лечение после неэффективного КХТ	11.3 <input type="checkbox"/>
Рецидив	11.2 <input checked="" type="checkbox"/>	Лечение после прерывания курса КХТ	11.4 <input type="checkbox"/>
		Переведенный (для продолж. лечения)	11.5 <input type="checkbox"/>
		Прочие	11.6 <input type="checkbox"/>

12. Стандартные режимы химиотерапии в интенсивной фазе

Режим 1/3	Режим 2	Режим 4
2HRZE(S) 12.1 <input type="checkbox"/>	2A – 2HRZE(S) + 1 HRZE 12.2 <input checked="" type="checkbox"/> 2B – 3 HRZE + Pt + Cap(K) + Fq 12.3 <input type="checkbox"/>	12.4 <input type="checkbox"/>

13. Интенсивная фаза. Режим химиотерапии и дозировки противотуберкулезных препаратов² (укажите дозу препарата в г)

[illegible]

1 Режим 2Б используется только в головных учреждениях при наличии лабораторной службы с действующим механизмом контроля качества и возможностью определения лекарственной чувствительности

² H: изониазид, R: рифампицин, Z: пиразинамид, S: стрептомицин, E: этамбутол

14. Результаты исследований

[illegible]

15. Прием суточных доз, интенсивная фаза

День	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Число приня- тых доз	Число пропу- щенных доз
Месяц																																	
Июнь																									MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	5	
Июль	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	31	
Август	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO		30	
Сент.	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP	PO	MP	PO	MP				28	
Окт.	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO						26	
Формы отметок о приеме препарата: контролируемый прием (инициалы м/с), прием без контроля (---), препараты не приняты (оставить клетку пустой)																											Итого			120			

Режим 1/3			Режим 2		Режим 4
4 HR или 4Н3R3 или 6HE			2A: 5HRE	16.4 <input type="checkbox"/>	
16.1	16.2	16.3	или 5 Н3R3Е3	16.5. <input type="checkbox"/>	16.7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2Б: зависит от ЛУ	16.6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дата назначения	Н	Р	Е				

[illegible]

1	Эффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты / подтвержденный посевом	
2	Эффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически	
3	Неэффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты / подтвержденный посевом	
4	Неэффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически	
5	Умер от туберкулеза/ от других причин	
6	Прерывание курса химиотерапии	
7	Выбыл	
8	Диагноз туберкулеза снят	

[illegible]

Клиническое наблюдение 3:

Б-ная Конева Любовь Николаевна. Данные о больной представлены в прилагаемых учетных формах (см. ниже).

Используя учетные формы необходимо ответить на следующие вопросы:

- 1.** Сколько месяцев продолжалась интенсивная фаза химиотерапии?
- 2.** Сколько месяцев длилась фаза продолжения химиотерапии?
- 3.** К какой группе относится данная больная?
- 4.** Каков режим химиотерапии и схема лечения в интенсивной фазе?
- 5.** Принимала ли больная все назначенные препараты?
- 6.** Каковы результаты контрольных исследований мокроты?
- 7.** Каков исход лечения?
- 8.** Куда надо отослать сведения об исходе лечения?

Региональный регистрационный номер 358/2 Год 2005 Квартал 3

Наименование учреждения здравоохранения (по месту диспансерного учета): туб. кабинет Дмитриевской ЦБ

[illegible]

2. Адрес и телефон (фактич. проживание, муниципальное образование) _____ г. Андреевка, ул. Осенняя, д.5

3. ФИО, адрес и телефон одного из близких родственников или друзей:

Конев Олег Иванович (сын), г. Дмитриевск, ул. К. Маркса, д.23, кв.7

4. Пол: м ☐ ж ☒

5. Дата рождения: 28/11/61

6. Возраст: 43

7. Дата возникновения симптомов 20/05/05

8. Дата первого обращ. к любому врачу по поводу этих симптомов 02/06/05

9. Дата установления диагноза 12/06/05

УТВЕРЖДЕНО

от 13 февраля 2004 № 50

Медицинская документация

учетная форма № 01-ТБ/у

10. Диагноз

Легочный туберкулез	10.1	<input checked="" type="checkbox"/>	Внелегочный туберкулез	10.2	<input type="checkbox"/>
Клиническая форма туберкулеза легких:			Орган (ы) _____		
			Туберкулез ВДП, бронхов, плевры и внутригрудных лимфоузлов	10.3	<input type="checkbox"/>

11. Группы больных

Впервые выявленный больной		Лечение после неэффективного КХТ	11.3	<input type="checkbox"/>
туберкулезом (новый случай)	11.1	Лечение после прерывания курса КХТ	11.4	<input type="checkbox"/>
Рецидив	11.2	Переведенный (для продолж. лечения)	11.5	<input checked="" type="checkbox"/>
		Прочие	11.6	<input type="checkbox"/>

12. Стандартные режимы химиотерапии в интенсивной фазе

Режим 1/3	Режим 2	Режим 4
2HRZE(S) 12.1 ✓	2A – 2HRZE + 1 HRZE 12.2 <input type="checkbox"/> 2B – 3 HRZE + Pt + Cap(K) + Fq 12.3 <input type="checkbox"/>	12.4 <input type="checkbox"/>

13. Интенсивная фаза. Режим химиотерапии и дозировки противотуберкулезных препаратов² (укажите дозу препарата в г)

[illegible]

¹ Режим 2Б используется только в головных учреждениях при наличии лабораторной службы с действующим механизмом контроля качества и возможностью определения лекарственной чувствительности

² H: изониазид, R: рифампицин, Z: пиразинамид, S: стрептомицин, E: этамбутол.

14. Результаты исследований

Месяц /фазы лечения		Результаты исследований мокроты								Рентген		Вес (кг)	
		Лаб №	Дата регистр. материала	Микро скопия	Посев	Исследование лекарственной чувствительности (чувств. (-), устойч. (+))							
						Н	Р	С	Е	10	Дата		Результат (+/-)
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0 (ОЛС)	1				X	X	X	X	X	X			X
0, (противотуб. служба)	2	22	10/06/05	Отр							10/06/05	+	60
2/3, интенсивная фаза	3	68	12/08/05	Отр							12/08/05	–	58
3/4, инт.ф. (продление)	4												
5, фаза продолжения	5	93	19/11/05	Отр							19/11/05	–	57
	6												
В конце лечения	7	147	14/12/05	Отр							14/12/05	–	62

15. Прием суточных доз, интенсивная фаза

День Месяц	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Число приня- тых доз	Число пропу- щенных доз	
Июнь												MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP		19		
Июль	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP	PO	MP	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP	PO	MP		30	
Август	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP	PO																					11		
Формы отметок о приеме препарата: контролируемый прием (инициалы м/с), прием без контроля (---), препараты не приняты (оставить клетку пустой)																											Итого			60				

[illegible]

Клиническое наблюдение 4:

Б-ной Чикин Роман Владимирович. Данные о больном представлены в прилагаемых учетных формах (см. ниже).

Используя учетные формы необходимо ответить на следующие вопросы:

- 1.** Сколько месяцев продолжалась интенсивная фаза химиотерапии?
- 2.** Сколько месяцев длилась фаза продолжения химиотерапии?
- 3.** К какой группе относится данный больной?
- 4.** Каков режим химиотерапии и схема лечения в интенсивной фазе?
- 5.** Принимал ли больной все назначенные препараты?
- 6.** Каковы результаты контрольных исследований мокроты?
- 7.** Каков исход лечения?

2. Адрес и телефон (фактич. проживание, муниципальное образование) г. Дмитриевск, ул. Степная, д. 5

3. ФИО, адрес и телефон одного из близких родственников или друзей:

Чикин В.С., Чикина А.Ф. (родители), д. Дуюровка, ул. Строителей, д. 13

4. Пол: м ☒ ж ☐ 5. Дата рождения: 14/04/82_ 6. Возраст: 23

7. Дата возникновения симптомов 2/03/05_____

8. Дата первого обращ. к любому врачу по поводу этих симптомов 15/06/05_

9. Дата установления диагноза 20/06/05__

УТВЕРЖДЕНО

от 13 февраля 2004 № 50

Медицинская документация

10. Диагноз

Легочный туберкулез	10.1	<input checked="" type="checkbox"/>	Внегочный туберкулез	10.2	<input type="checkbox"/>
Клиническая форма туберкулеза легких:			Орган (ы)		
			Туберкулез ВДП, бронхов, плевры и внутригрудных лимфоузлов	10.3	<input type="checkbox"/>

11. Группы больных

Впервые выявленный больной туберкулезом (новый случай)	11.1 <input checked="" type="checkbox"/>	Лечение после неэффективного КХТ	11.3 <input type="checkbox"/>
		Лечение после прерывания курса КХТ	11.4 <input type="checkbox"/>
Рецидив	11.2 <input type="checkbox"/>	Переведенный (для продолж. лечения)	11.5 <input type="checkbox"/>
		Прочие	11.6 <input type="checkbox"/>

12. Стандартные режимы химиотерапии в интенсивной фазе

Режим 1/3	Режим 2	Режим 4
2HRZE(S) 12.1 <input checked="" type="checkbox"/>	2A – 2HRZE + 1 HRZE 12.2 <input type="checkbox"/> 2B – 3 HRZE + Pt + Cap(K) + Fq 12.3 <input type="checkbox"/>	12.4 <input type="checkbox"/>

13. Интенсивная фаза. Режим химиотерапии и дозировки противотуберкулезных препаратов² (укажите дозу препарата в г)

[illegible]

¹ Режим 2Б используется только в головных учреждениях при наличии лабораторной службы с действующим механизмом контроля качества и возможностью определения лекарственной чувствительности

² H: изониазид, R: рифампицин, Z: пиразинамид, S: стрептомицин, E: этамбутол

14. Результаты исследований

[illegible]

15. Прием суточных доз, интенсивная фаза

День Месяц	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Число приня- тых доз	Число пропу- щенных доз
Июнь																						PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP		9	
Июль	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP	MP	PO	MP	PO	MP	PO	MP																16	
Формы отметок о приеме препарата: контролируемый прием (инициалы м/с), прием без контроля (---), препараты не приняты (оставить клетку пустой)																											Итого			25			

Режим 1/3			Режим 2		Режим 4
4 HR или 4Н3R3 или 6HE			2A: 5HRE	16.4 <input type="checkbox"/>	
16.1	16.2	16.3	или 5 Н3R3Е3	16.5. <input type="checkbox"/>	16.7
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2Б: зависит от ЛУ	16.6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Дата назначения	Н	Р	Е				

[illegible]

1	Эффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты / подтвержденный посевом	
2	Эффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически	
3	Неэффективный курс х/т, подтвержденный микроскопией мокроты / подтвержденный посевом	
4	Неэффективный курс х/т, подтвержденный только клинико-рентгенологически	
5	Умер от туберкулеза/ от других причин	16/07/05
6	Досрочное прекращение курса химиотерапии	
7	Выбыл	
8	Диагноз туберкулеза снят	

[illegible]



Упражнение 2 Часть Б

Используя информацию карт №01-ТБ/у упражнения части А, участники должны заполнить журнал №03-ТБ/у на стр. 10 рабочей тетради пособия. По выполнении задания необходимо обсудить ответы обеих частей упражнения 2 в общей дискуссии.

5.9. Заключение

- Контроль лечения – один из ключевых компонентов программы борьбы с туберкулезом. Контроль лечения позволяет оценить его эффективность, выявить изменения в эпидемической опасности больного и определить момент, когда курс лечения можно считать завершенным.
- Контроль лечения базируется на результатах регулярного комплексного клинического, клинико-лабораторного, микробиологического и рентгенологического обследования больного туберкулезом.
- Микробиологическими методами исследования для контроля лечения являются – прямая микроскопия, люминесцентная микроскопия и культуральное исследование диагностического материала с определением чувствительности микобактерий к противотуберкулезным препаратам.
- Лечение больного туберкулезом проводят под наблюдением врача-фтизиатра, который несет ответственность за правильность и эффективность лечения.
- Существующая в России сеть противотуберкулезных лечебных учреждений позволяет у большинства больных туберкулезом проводить *интенсивную фазу* химиотерапии в условиях стационара. При этом контроль за выполнением назначений врача (в том числе проглатыванием больным таблеток) осуществляют врач-фтизиатр или медсестра противотуберкулезного стационара (контролируемая химиотерапия). Во время *фазы продолжения* химиотерапию и ее контроль можно проводить в стационарах или поликлинических отделениях противотуберкулезных учреждений. С учетом местных условий при организационной невозможности непосредственного контроля химиотерапии врачом-фтизиатром назначенное им лечение проводят в учреждениях общей лечебной сети (ОЛС) - поликлинике, дневном стационаре, фельдшерско-акушерском пункте (ФАПе). В этом случае контроль за выполнением всех назначений фтизиатра (в том числе проглатыванием больным таблеток) непосредственно осуществляют врачи и медицинские работники ОЛС.
- Для контроля лечения важно соблюдать его преемственность. Если больного переводят из одного лечебного учреждения в другое, то сведения о нем обязательно направляют в то учреждение, где будет продолжено лечение (выписка, учетная форма № 01-ТБ/у).
- Результаты исследований, проводимых в период лечения, заносят в журнал № 03-ТБ/у, который является основным учетным документом, отражающим контроль лечения.
- Контроль лечения больных внелегочным туберкулезом проводят на основе динамики клинико-рентгенологических и лабораторных данных и регулярности приема препаратов по записям в медицинской карте лечения больного туберкулезом № 01-ТБ/у.
- На основе анализа динамики клинико-рентгенологических и лабораторных данных определяют исход лечения и регистрируют его в соответствующей графе журнала № 03-ТБ/у.
- Исход лечения больных, переведенных из одной территории в другую,

регистрируют в том муниципальном образовании, где они были первоначально выявлены и зарегистрированы как больные туберкулезом.