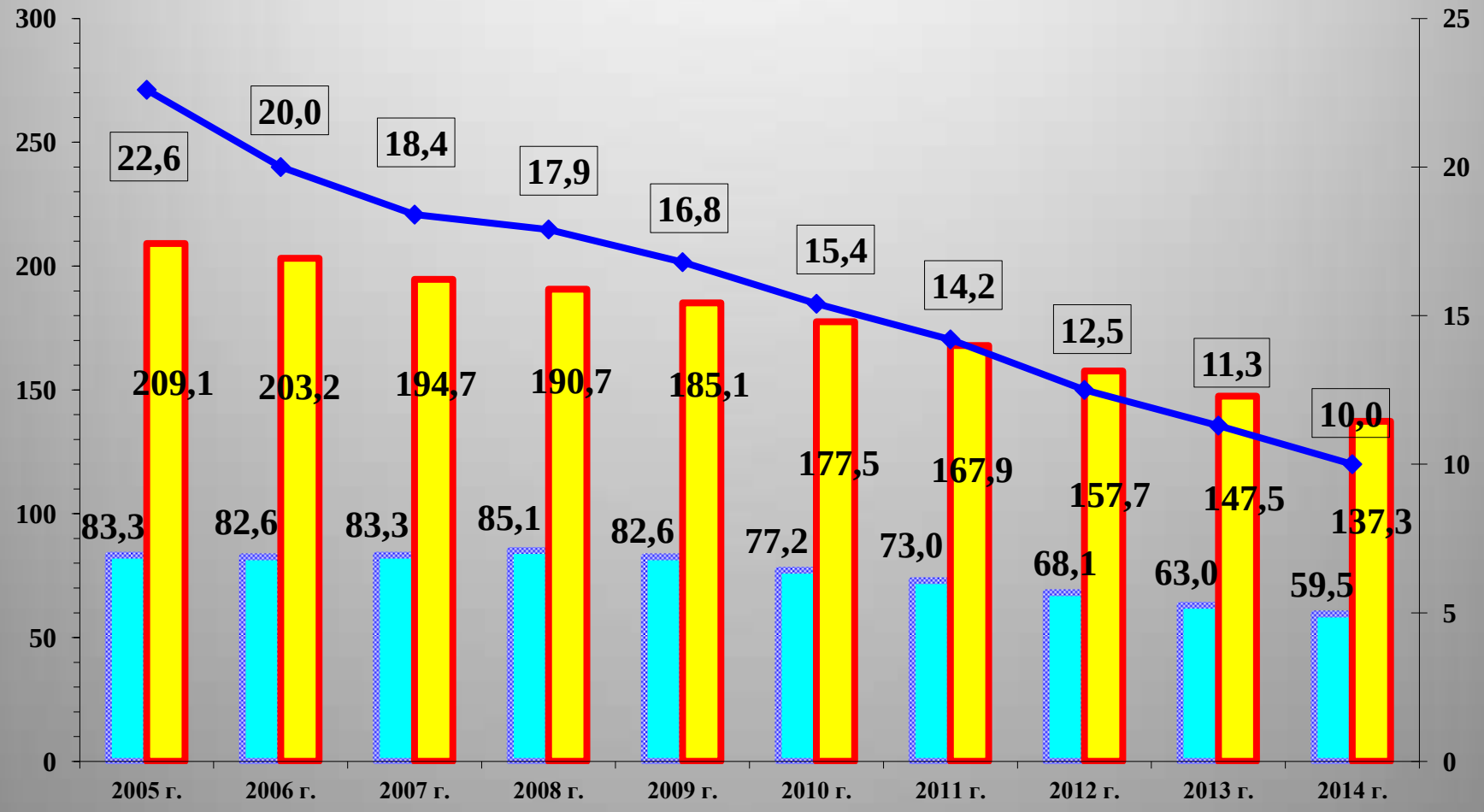
Международный медицинский конгресс
«Паллиативная медицина в здравоохранении Российской Федерации и стран СНГ»

Г.С. Баласанянц

Оказание паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом

Москва, 15.06.15

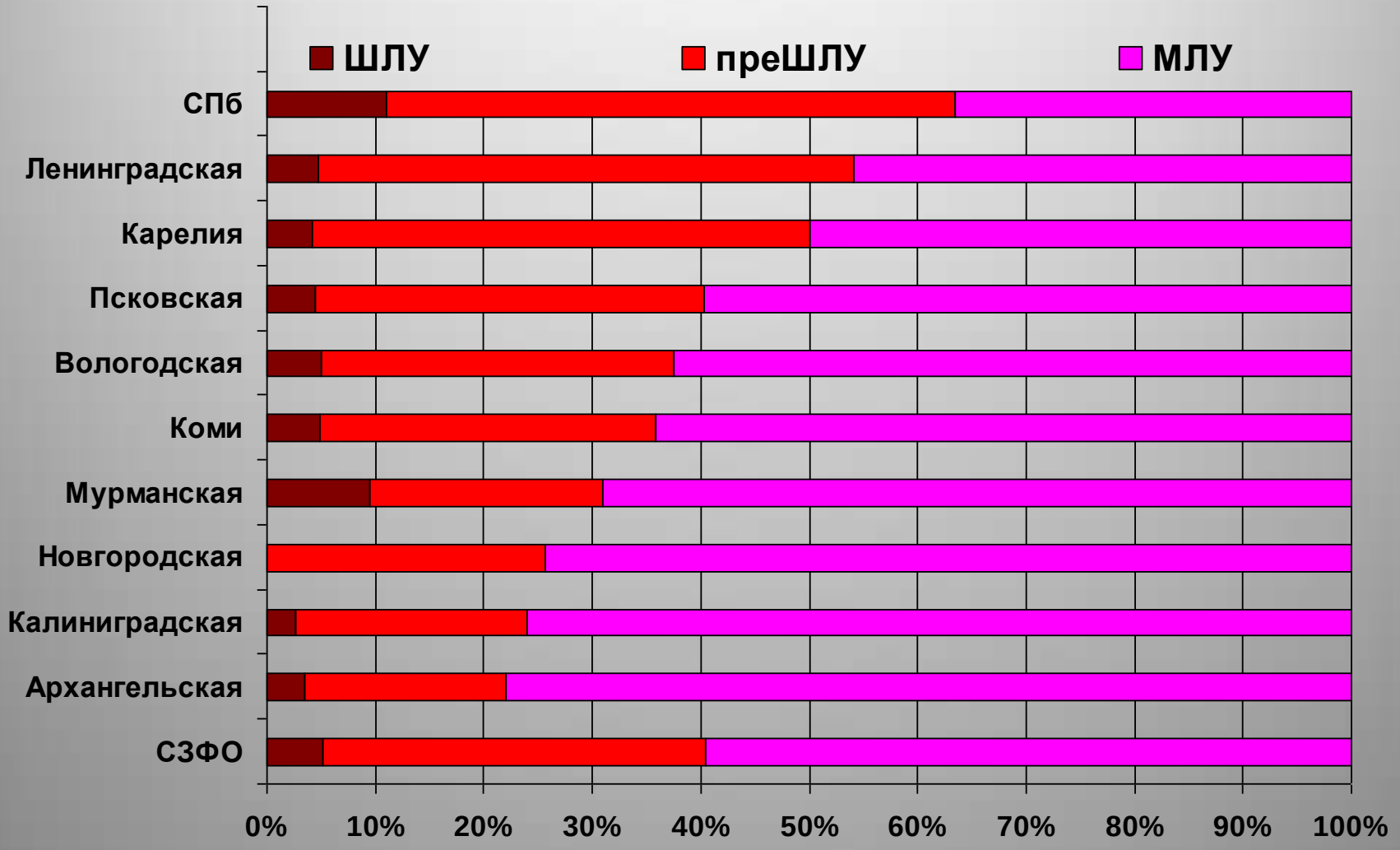
Показатели по туберкулезу в Российской Федерации (на 100000 населения)



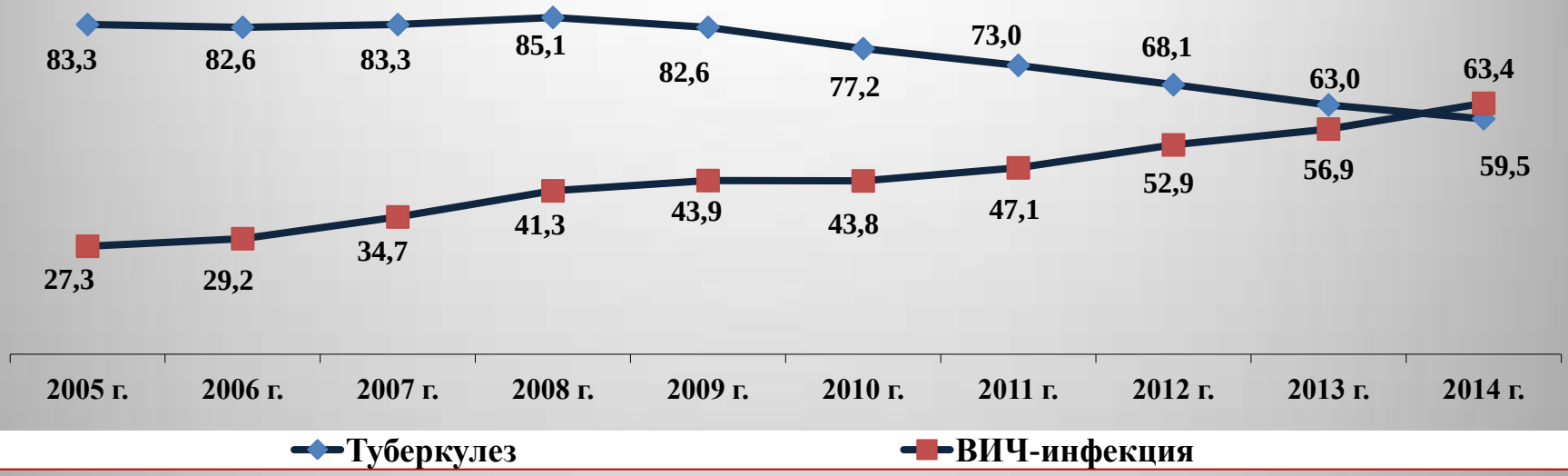
Доля (%) больных с МЛУ-ТБ среди больных туберкулезом органов дыхания, выделяющих МБТ, в Российской Федерации



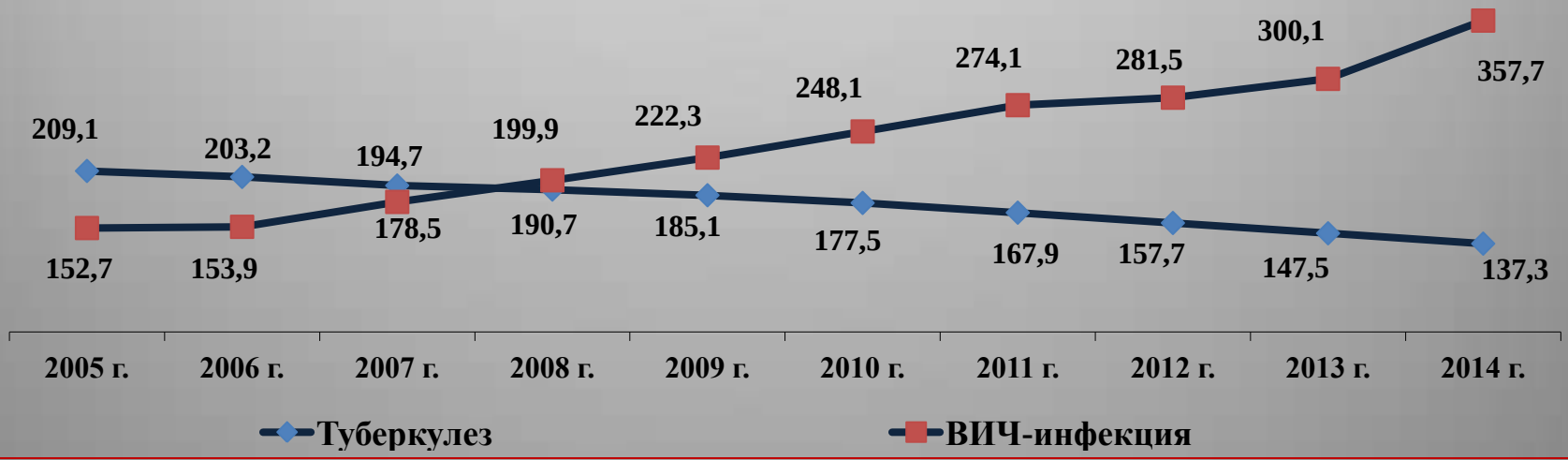
Структура первичной множественной ЛУ МБТ (СЗФО, регистры, 2012 г.)



Заболеваемость туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в России (на 100000 населения)

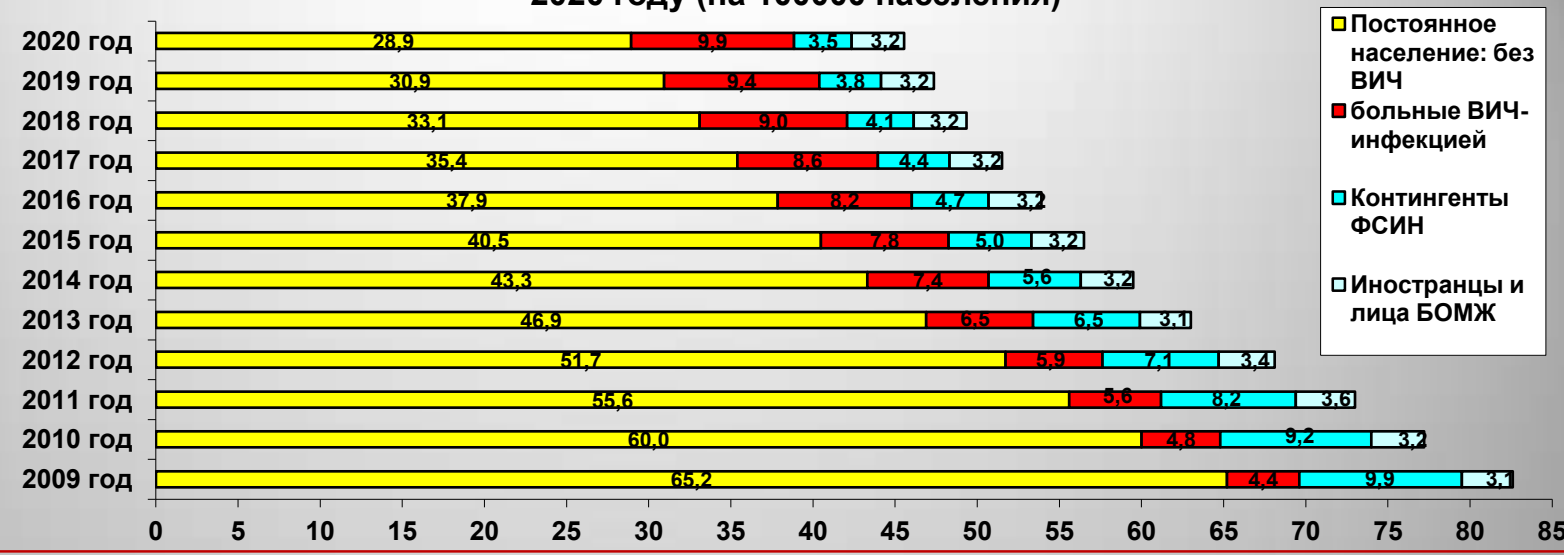


Распространенность туберкулеза и ВИЧ-инфекции в России (на 100000 населения)

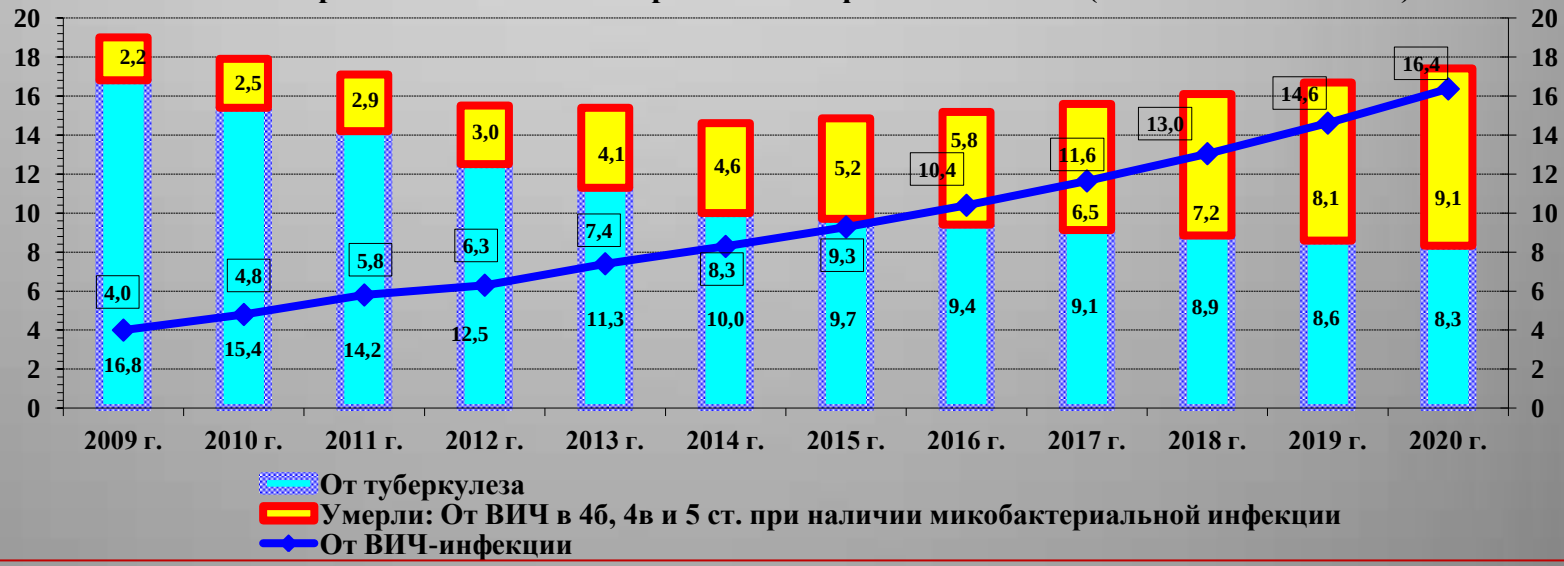


- ВИЧ-инфекция не позволит существенно снизить показатели заболеваемости и распростра-ненности туберкулезом.
- К 2020 году ВИЧ-инфекцию будут иметь 25% и более впервые выявленных больных туберкулезом.
- К 2020 году большинство больных туберкулезом будет умирать от ВИЧ-инфекции и большинство умирающих от ВИЧ-инфекции будут иметь туберкулез.

Прогноз общей заболеваемости туберкулезом в Российской Федерации к 2020 году (на 100000 населения)



Прогноз смертности от туберкулеза, ВИЧ-инфекции и ВИЧ-инфекции в 4б, 4в и 5 стадиях при наличии микобактериальной инфекции в России (на 100000 населения)

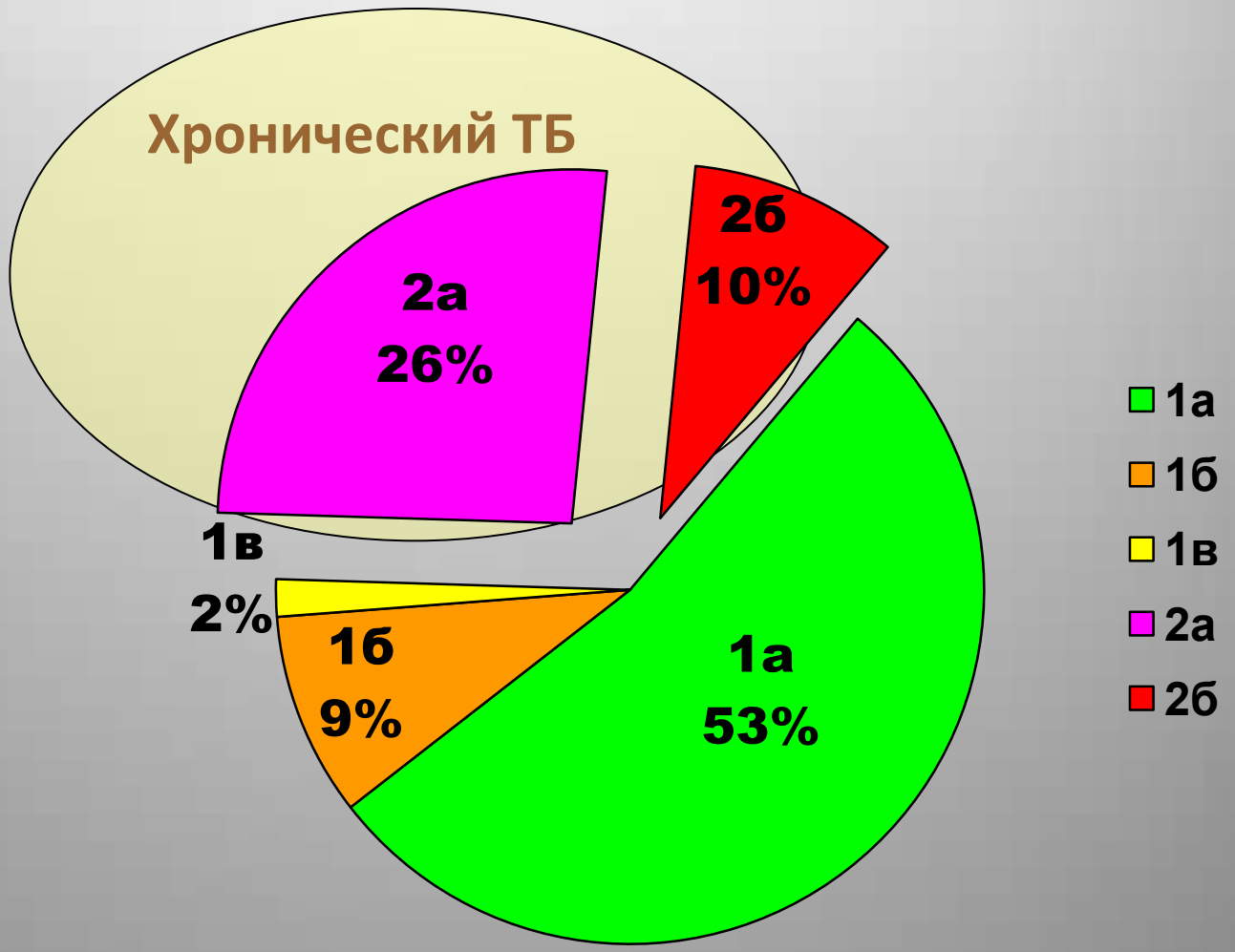


- **При туберкулезе особое значение приобретают проблемы, связанные с социальным статусом пациентов, такие как :**

- асоциальное поведение пациентов;
- бедность, плохие жилищные условия, плохое питание;
- проблемы в семье (одиночество, неполные семьи);
- алкоголизм, наркомания;
- отдалённость места пребывания пациента от фтизиатрического учреждения;
- другие приоритеты: дети, работа, семейные проблемы и проч.

- **Длительное лечение больных туберкулезом создает трудности с формированием приверженности к лечению и осложняет излечение пациента.**

Удельный вес взрослых больных в группах ДУ (РФ, 2013 год)



В декабре 2010 года на совещании международных экспертов по контролю за туберкулезом была принята декларация по паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом, в которой было определено, что паллиативная медицинская помощь оказывается больным с МЛУ/ШЛУТБ


INT J TUBERC LUNG DIS 16(6):712–713
©2012 The Union
http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.12.0267

Declaration on palliative care and MDR/XDR-TB

- **Решение об отказе от лечения и назначении паллиативной медицинской помощи принимается в отношении пациентов с МЛУ/ШЛУ-ТБ в случае неудачи лечения в результате проведения двух курсов полноценной контролируемой химиотерапии**



- **Паллиативная медицинская помощь оказывается больным туберкулезом, когда невозможно клиническое излечение пациентов, т.е. прекращение бактериовыделения и закрытие деструктивных образований, в том числе хирургическим методом**

Паллиативная медицинская помощь при туберкулезе оказывается пациентам:

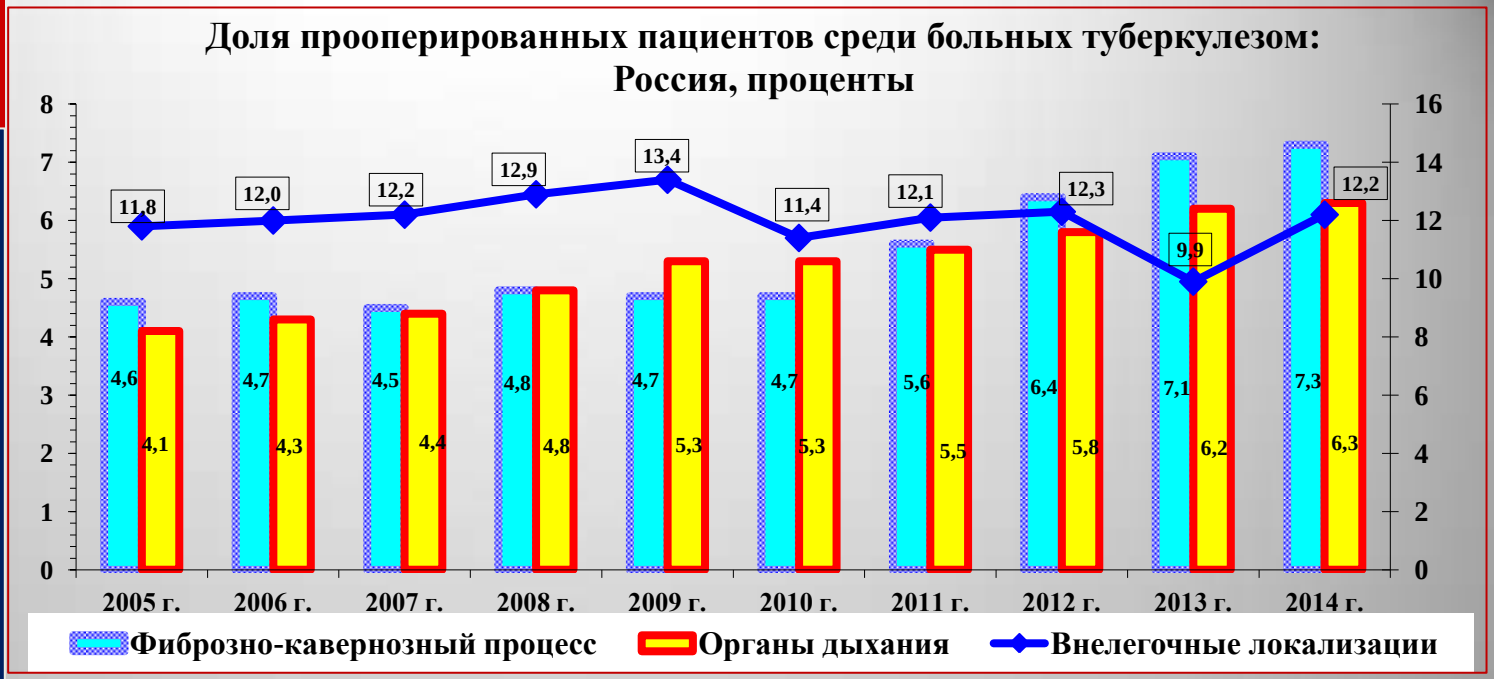
- с МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратной неудачи полноценных контролируемых курсов химиотерапии,
- с МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратного прерывания лечения при сохранении бактериовыделения, определяемого методом посева или двукратной микроскопией мокроты,
- с диагнозом «фиброзно-кавернозный туберкулез легких», «цирротический туберкулез легких» независимо от лекарственной чувствительности МБТ при отсутствии эффективности терапевтического лечения и невозможности выполнить хирургическое вмешательство:
  - по тяжести состояния основного заболевания, в том числе осложнений туберкулеза (сердечно-сосудистая недостаточность, амилоидоз внутренних органов).
  - – при наличии тяжелых сопутствующих поражений;
- Для пациентов, которых возможно излечить с использованием хирургической операции, решение о переводе на паллиативную медицинскую помощь принимается после письменного отказа пациента от хирургического вмешательства. Если в дальнейшем пациент изменит свое решение, то решением ЦВК ему назначается курс химиотерапии в соответствии с данными лекарственной чувствительности МБТ

Организация лечения

Не меняется ситуация по применению хирургических методов лечения.

Оперируют поздно, когда уже есть лекарственная устойчивость МБТ к ПТП.

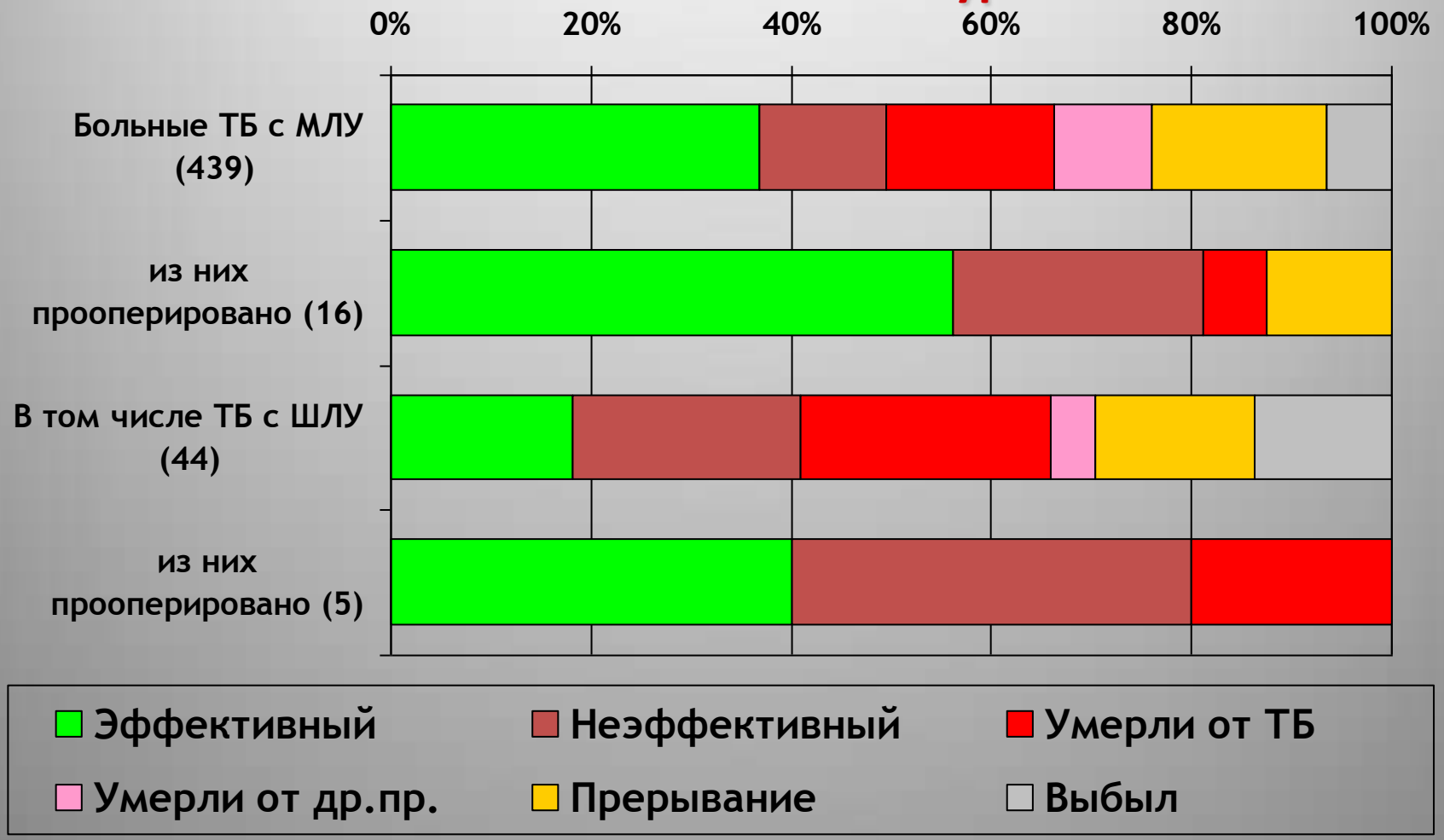
На первом году наблюдения прооперировано только 40,9% больных туберкулезом органов дыхания.





Исходы курсов ХТ у больных ТБ с МЛУ/ШЛУ, когорта 2011 г. (4 терр. СЗФО)

из числа закончивших курс ХТ



Программа паллиативной медицинской помощи при туберкулезе должна быть интегрирована в общую программу борьбы с туберкулезом и способствовать повышению приверженности к лечению, снижать нежелательные исходы (неудача, прерывание, смерть)

Каждая противотуберкулезная программа в территории должна включать вопросы паллиативной медицинской помощи, при этом следует решать следующие задачи:

- **создание условий оказания паллиативной медицинской помощи (амбулаторно, в стационаре)**
- **приём пациентов в остром состоянии;**
- **динамическое наблюдение за пациентами, находящимися в программе паллиативной медицинской помощи;**
- **инфекционный контроль в стационарных отделениях паллиативной медицинской помощи;**
- **ограничение контактов с обществом;**
- **обучение пациентов и их родственников;**
- **привлечение, обучение и сохранение персонала и другие.**

Порядок перевода пациентов на паллиативную помощь

- Решение о прекращении химиотерапии пациенту с туберкулезом принимает ЦВК областного/краевого/республиканского противотуберкулезного учреждения субъекта Российской Федерации с обязательным включением в состав комиссии не только фтизиатра, но и хирурга, пульмонолога , социального работника, юриста, психолога, о чем пациент письменно уведомляется.
- Для этого лечащий врач-фтизиатр оформляет письменное представление на ЦВК, в котором отражает историю развития заболевания, клинико-рентгенологическую и бактериологическую характеристику больного на момент направления на ЦВК, анализирует причины неудач предшествующей терапии, прилагает письменный отказ больного от продолжения химиотерапии (если она возможна) или письменный отказ от возможного от лечения хирургического вмешательства и/или коллапсотерапии.
- Решение ЦВК оформляется в виде специального документа в трех экземплярах: один выдается на руки больному под роспись, второй – хранится в ЦВК, третий - передается участковому фтизиатру, у которого наблюдается пациент. В документе описываются причины прекращения лечения и рекомендации. Статус пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, не должен открываться третьим лицам без его письменного согласия.
- В случае изменения отношения больного к лечению он имеет право обратиться в ЦВК для пересмотра решения о переводе его на паллиативный вид медицинской помощи.
- ЦВК обязана не реже одного раза в год пересматривать решения о переводе больных на паллиативный вид медицинской помощи с приоритетом продолжения радикального противотуберкулезного лечения.
- **Отсутствие в учреждении новых противотуберкулезных препаратов резервного ряда (перхлозона, бедаквилина и др.), а также лекарственных препаратов с определенной туберкулезной активностью, необходимых для лечения пациента, не является основанием для представления на паллиативную медицинскую помощь!**

- **Если пациент уже переведен на паллиативную медицинскую помощь, и у него появилось/возобновилось бактериовыделение, то по решению ЦВК этиотропное лечение назначается только при выделении лекарственно-чувствительных МБТ для предотвращения прогрессирования туберкулезного процесса и прерывания эпидемической цепочки распространения инфекции.**
- **Пациентам, получающим паллиативную медицинскую помощь, не выполняются инвазивные процедуры.**

- Паллиативная медицинская помощь детям строится на тех же принципах, что и взрослым. Однако ребенку предпочтительнее оказывать паллиативную помощь дома, особенно, если у ребенка есть отдельная комната или, по крайней мере, отдельное спальное место.
- Для пациентов с сочетанной патологией туберкулеза и ВИЧ-инфекции следует предусмотреть междисциплинарный подход и особые условия инфекционного контроля.

Показаниями для размещения больных туберкулезом, получающих паллиативную медицинскую помощь, в палатах/отделениях паллиативной медицинской помощи являются:

- появление бактериовыделения у больного с МЛУ/ШЛУ ТБ,
- дыхательная недостаточность II-III степени, легочно-сердечная недостаточность II-III степени,
- развитие осложнений таких как легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс,
- интенсивный болевой синдром;
- наличие тяжелой степени амилоидоза;
- терминальная стадия туберкулеза (при невозможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому);
- прогрессирование туберкулезного процесса;
- наличие в очаге туберкулезной инфекции лиц с ВИЧ-инфекцией (СП 3.1.2.3114-13 пункт 8.11),
- прогрессирование сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, почечной недостаточности и др.);
- глубокие трофические расстройства (трофические язвы, пролежни);
- двигательные неврологические расстройства, возникшие в результате перенесенных инсульта, черепно-мозговой травмы, злоупотребления психоактивными веществами;
- другие клинические состояния, приводящие к стойкому хронического характера снижению или утрате физических или психических функций и требующие постоянной медицинской помощи и сестринского ухода за больным.

Симптомы, для купирования которых назначается терапия в палатах/отделении паллиативной медицинской помощи фтизиатрических организаций:

- **одышка;**
- кашель (сухой – чаще приступообразный или с мокротой, как правило, гнойной);
- боль в грудной клетке;
- легочное кровотечение;
- выраженная слабость и кахексия;
- потливость;
- тревога, депрессия;
- бессонница;
- тошнота, запоры или понос;
- делирий.

Программа паллиативной помощи на дому

- Перед зачислением пациента с туберкулезом в программу ухода на дому необходимо совершить визит к нему домой – **«выйти в очаг»**. Нужно помочь близким оценить возможность ухода за пациентом на дому.
- Такая возможность складывается из следующего:

- наличие отдельной комнаты со спальным местом;
- наличие лица, которое будет осуществлять уход за больным;
- наличие знаний и навыков, необходимых для проведения надлежащего инфекционного контроля;
- проведение проверки на наличие симптомов туберкулеза у всех, контактирующих с пациентом, лиц, осуществляющих уход за пациентом

При получении паллиативной медицинской помощи на дому следует неукоснительно выполнять определенные правила:

- Медицинские работники и другие лица, осуществляющие уход, подвержены особо высокому риску инфицирования ТБ из-за частого общения с заразными больными. Поэтому, медицинские работники должны надевать респираторы, когда посещают бациллярного больного
- Необходимо чтобы пациент, который получает паллиативную медицинскую помощь, имел отдельную комнату с окном, выходящим наружу.
- Частое проветривание помещений.
- Строгое выполнение текущей дезинфекции и заключительной дезинфекции.
- Обучение пациента (гигиена кашля).
- Образцы мокроты собирать в хорошо проветриваемых помещениях или на свежем воздухе, если у пациента много мокроты – собирать в емкость с крышкой, которая меняется регулярно.
- Симптоматическое лечение и целостная поддержка.
- Больные туберкулезом, находящиеся на паллиативной медицинской помощи, не посещают общественные места, не пользуются общественным транспортом.

ОСНОВНАЯ ПРОБЛЕМА

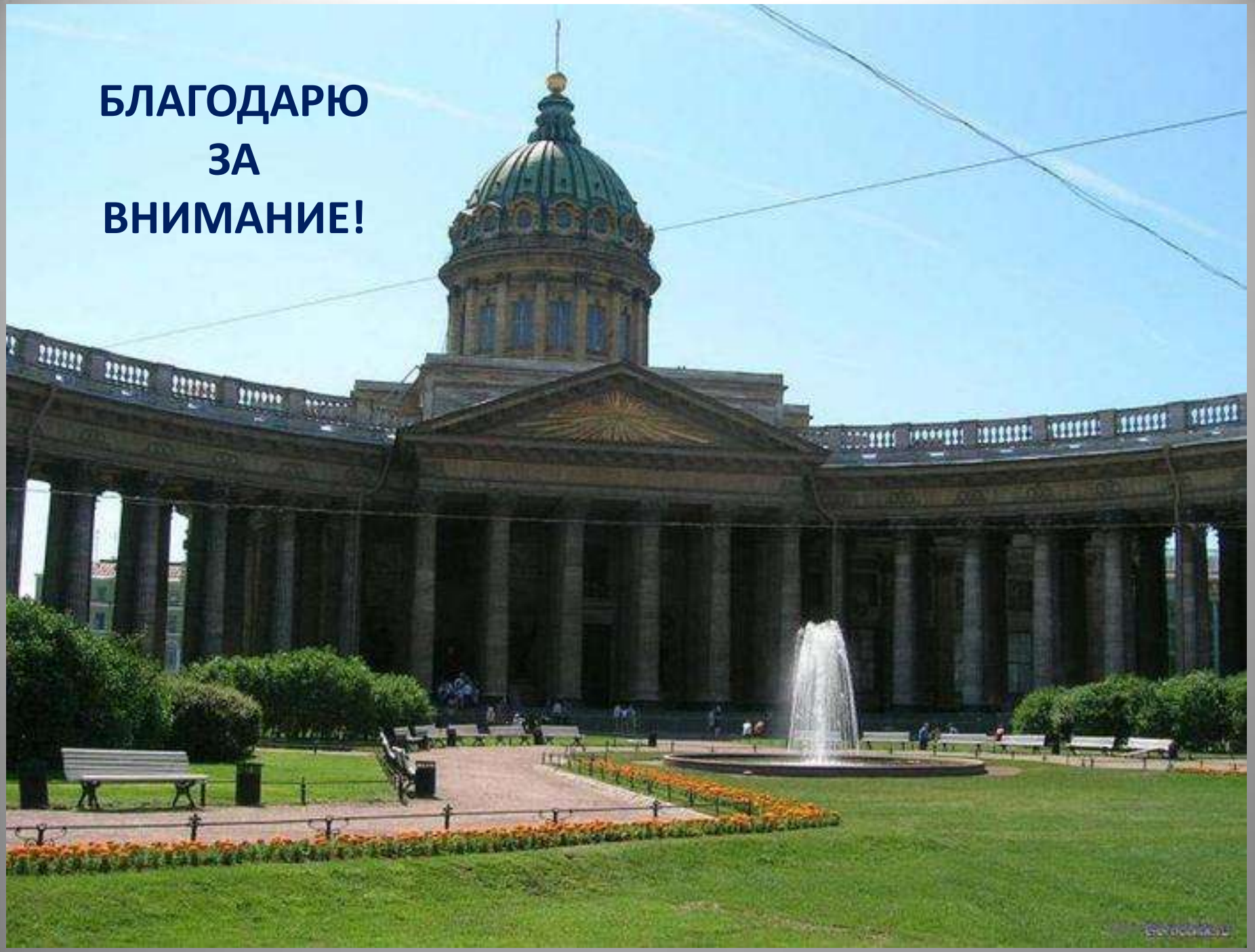
- **Отсутствие нормативно-правовой базы**

- Изменения, которые вносятся в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2012 г. №932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»

- Пункт 1 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом (далее – Порядок) дополнить пунктом 1^1 следующего содержания:
- «Медицинская помощь больным туберкулезом оказывается в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, специализированную, в том числе высокотехнологическую медицинскую помощь, скорую, в том числе скорую специализированную медицинскую помощь, паллиативную медицинскую помощь».

Задачи

- Создание персонифицированного регистра больных туберкулезом, нуждающихся/получающих паллиативную помощь, анализ ресурсов для решения медико-социальных проблем, стоящих перед пациентами, непосредственное оказание паллиативной медицинской помощи.
- Расширение врачебных знаний в области симптоматической терапии, организации медицинской и социальной помощи больным туберкулезом по месту жительства
- Обучение персонала основам паллиативной помощи в объеме не менее 72 часов (тематическое усовершенствование). Включение в курсы повышение квалификации по фтизиатрии занятий по разделу паллиативной помощи


БЛАГОДАРЮ
ЗА
ВНИМАНИЕ!