

**От редакции**

Представленные клинические рекомендации подготовлены совместной рабочей группой Национальной ассоциации фтизиатров и Российской ассоциации паллиативной медицины. Рекомендации были обсуждены на III конгрессе Национальной ассоциации фтизиатров, одобрены и рекомендованы к публикации III расширенным съездом Ассоциации. Материал, представленный ниже, является журнальной версией клинических рекомендаций.

УДК 616-03:08

## Оказание паллиативной помощи больным туберкулезом

**Г.С. Баласанянц** (Санкт-Петербург), **В.Б. Галкин** (Санкт-Петербург),  
**Г.А. Новиков** (Москва), **С.В. Рудой** (Москва), **А.В. Асеев** (Тверь),  
**А.В. Карпов** (Новгород)

## TB patients palliative care

**G.S. Balasanjantz** (Saint-Petersburg), **V.B. Galkin** (Saint-Petersburg),  
**G.A. Novikov** (Moscow), **S.V. Ruidoy** (Moscow), **A.V. Aseev** (Tver),  
**A.V. Karpov** (Novgorod)

**Введение**

К моменту, когда человек впервые узнает, что его заболевание неизлечимо, он может быть активным, работать, заниматься домашними делами, может получать химиотерапию. Следует осознавать, что излечить неизлечимое невозможно, но можно держать под контролем многие симптомы, вызывающие страдания.

Паллиативная медицинская помощь должна начинаться наряду с другими видами лечения, обеспечивая облегчение тяжелых симптомов и побочных эффектов и давая эмоциональную и духовную поддержку пациенту и его семье. Со временем потребности могут изменяться, например понадобится дополнительное симптоматическое лечение. Какие-то виды лечения могут отменяться, поскольку не являются более эффективными, и самым важным оказывается целостный подход. Даже и после смерти пациента паллиативная помощь должна продолжаться как поддержка семьи,

друзей и детей в период переживания тяжелой утраты [12, 13, 24].

**Определение паллиативной медицины ВОЗ [30]:**

Паллиативная медицина — это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, находящихся перед лицом угрожающего жизни заболевания, путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, точной оценке и лечению боли и других проблем физического, психического, психосоциального и духовного характера.

Оказание паллиативной медицинской помощи всем нуждающимся в нем пациентам является фундаментальным обязательством современного общества. Оно основано на поддержке больных и членов их семей, в частности, помощи по преодолению горя в связи с утратой близкого человека как на всем протяжении болезни, так и в случае смерти пациента.

**Федеральный закон № 323  
«Об основах охраны здоровья граждан  
в Российской Федерации»**

Статья 36. Паллиативная медицинская помощь

1. Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.
2. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных условиях и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи.

К числу клинических состояний, при которых пациентам может потребоваться паллиативная помощь, относятся неинфекционные хронические заболевания, такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания, хронические обструктивные заболевания легких, почечная недостаточность, хронические заболевания печени, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, ревматоидный артрит, неврологические заболевания, болезнь Альцгеймера и другие виды деменции, пороки развития, а также инфекционные заболевания, такие как ВИЧ/СПИД и **лекарственно-устойчивый туберкулез** [2, 22, 23, 32].

Нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи смертельно больные ВИЧ/СПИДом, **туберкулезом** или гепатитом В или С — это, как правило, люди в возрасте от 15 до 59 лет [16, 19].

Паллиативная медицина — это не только оказание помощи пациентам в последние несколько дней их жизни, но это облегчение страданий и повышение качества жизни с момента обнаружения неизлечимой болезни. Цель паллиативной медицины — не удлинять или укорачивать жизнь, а повышать качество жизни с тем, чтобы оставшееся ее время — будь то дни, месяцы или годы — было максимально спокойным и плодотворным.

В рамках национальных систем здравоохранения паллиативная медицинская помощь должна быть включена в процесс непрерывного оказания медицинской помощи людям с опасными для жизни заболеваниями. При этом необходимо сформировать стратегическую связь между оказанием паллиативной медицинской помощи и программами профилактики, раннего выявления и лечения этих заболеваний.

Паллиативную медицинскую помощь не следует рассматривать в качестве факультативного вида

терапии. Услуги по ее оказанию необходимо предоставлять параллельно с попытками радикального лечения, адаптируя их к возрастающим физическим, психосоциальным и духовным потребностям пациентов, членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больным [1, 6, 16, 24].

Паллиативная медицинская помощь не заменяет другие формы помощи. Она должна интегрироваться в существующие программы здравоохранения и быть частью медицинских услуг, оказываемых каждому пациенту с жизнеугрожающими заболеваниями [9, 15, 19, 27].

**Основной принцип паллиативной медицинской помощи пациентам:** лечите то, что поддается лечению, ухаживайте за пациентом, проводите симптоматическое лечение.

В России в 2013 г. заболеваемость туберкулезом (ТБ) постоянного населения (84,7% общего числа впервые заболевших туберкулезом в 2013 г.) составила 53,4 на 100 000 населения [5, 7].

Среди впервые выявленных больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) в 2009–2013 гг. имеет место стабилизация показателя на уровне 4,0–4,1 на 100 000 населения и рост доли бактериовыделителей при туберкулезе органов дыхания — с 16,3 до 17,4%.

В 2013 г. отмечается стабилизация распространенности МЛУ микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) среди контингентов, состоящих на учете на окончание года: 24,2 на 100 000 населения. Но среди больных туберкулезом органов дыхания продолжается рост доли больных с МЛУ-ТБ, выделяющих МБТ, — до 40,0%.

Среди постоянных жителей 12,1% впервые выявленных больных туберкулезом имели ВИЧ-инфекцию; показатель заболеваемости ВИЧ-ассоциированным туберкулезом ежегодно увеличивается: 2009 г. — 4,4; 2012 г. — 5,9; 2013 г. — 6,5 на 100 000 населения. Среди больных туберкулезом, состоявших на диспансерном противотуберкулезном учете на конец 2013 г., 10,7% больных имели ВИЧ-инфекцию.

Распространенность наиболее тяжелой и терапевтически бесперспективной формы туберкулеза — фиброзно-кавернозного туберкулеза легких — в 2013 г. составила 15,8 на 100 000 населения; с 2005 г. отмечается постепенное снижение показателя (24,8 на 100 000 населения) — до 36,3%.

Общая смертность от туберкулеза уменьшилась до 11,4 на 100 000 населения в 2013 г., смертность от туберкулеза постоянного населения — до 10,1 на 100 000 населения в 2014 г. Среди умерших в 2014 г. МЛУ-ТБ имели 36,0%. Одновременно росло число умерших от ВИЧ-инфекции в стадиях 4б, 4в и 5, имев-

ших туберкулез: 2005 г. — 3069, 2012 г. — 4290, 2013 г. — 5841 пациентов.

Туберкулез в некотором роде уникален в отношении паллиативной медицинской помощи, так как при этой инфекции имеет место сочетание социальной стигматизации и заразного заболевания, требующего изоляции пациента.

При туберкулезе особое значение приобретают проблемы, связанные с социальным статусом пациентов, такие как [21, 26]:

- асоциальное поведение;
- бедность, плохие жилищные условия, плохое питание;
- проблемы в семье (одиночество, неполные семьи);
- алкоголизм, наркомания;
- отдаленность 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 решение двух наиболее важных задач — излечить пациента и прекратить трансмиссию.

Лекарственно-чувствительный туберкулез (ЛЧ-ТБ), как правило, излечивается. Этому, наряду с другими факторами, способствуют относительно высокая приверженность пациентов к лечению вследствие короткого курса (6–8 мес.), малая токсичность препаратов. Однако сегодняшняя реальность такова, что даже при ЛЧ-ТБ часть пациентов прерывают лечение, что приводит к формированию лекарственной устойчивости и развитию неизлечимых форм заболевания. По данным мониторинговых форм отчетности, число случаев прерывания курса химиотерапии — по определению ВОЗ (2013), «потеря для последующего наблюдения» — среди впервые выявленных пациентов, половина из которых — ЛЧ-ТБ, колеблется от 2 до 11% (когорты 2012 г.) [5].

**Результаты лечения больных ТБ, исключая больных ТБ, получавших лечение по поводу ЛУ-ТБ или МЛУ-ТБ**

Потеря для последующего наблюдения	Больной ТБ, который не начинал лечение или лечение было прервано на 2 мес. подряд (или больше)
------------------------------------	--

**Результаты лечения больных ЛУ-ТБ/МЛУ-ТБ/ШЛУ-ТБ (туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя), получавших лечение препаратами второго ряда**

Потеря для последующего наблюдения	Больной ТБ, лечение которого было прервано на 2 мес. подряд (или больше)
------------------------------------	--

На частоту прерывания курса химиотерапии, являющуюся одной из наиболее распространенных причин неудач лечения, существенное влияние оказывают социопсихологическое состояние пациентов, тяжесть и симптомы болезни, побочные действия лекарств, сопутствующие заболевания (ВИЧ, алкоголизм, наркомания и др.).

Определенная часть пациентов выявляется в запущенных стадиях заболевания, когда клиническое излечение невозможно ввиду формирования терапевтически некурабельных форм туберкулеза: фиброзно-кавернозного и цирротического — даже при идентификации у них лекарственно-чувствительных МБТ. Тогда основным методом излечения пациента становится хирургическая операция, на которую больной не всегда соглашается. В некоторых случаях и хирургическое вмешательство невозможно по целому ряду причин.

Что касается больных с множественной лекарственной устойчивостью МБТ (МЛУ-ТБ), то в этой группе отрывы от лечения и неудачи лечения регистрируются еще чаще, что приводит к амплификации лекарственной устойчивости с развитием широкой лекарственной устойчивости МБТ (ШЛУ-ТБ). Большинство пациентов с ШЛУ-ТБ умирают в результате своего заболевания [11, 20, 29].

Основной причиной, приводящей к «жизнеугрожающему» заболеванию при туберкулезе, считается наличие МЛУ/ШЛУ-МБТ, развитию которой способствуют [25, 28]:

- отсутствие контролируемого лечения;
- перерывы в лечении;
- назначение неправильных схем лечения;
- неадекватная по количеству противотуберкулезных препаратов и дозе лекарственных средств схема лечения;
- плохое качество противотуберкулезных препаратов;
- недостаточное обеспечение лекарствами;
- плохая организация амбулаторного лечения;
- отсутствие лекарств для устранения побочных явлений химиотерапии.

Существуют и эпидемические факторы, способствующие распространению МЛУ/ШЛУ-ТБ и возникновению необходимости в паллиативной помощи при ТБ:

- высокий уровень заболеваемости лекарственно-устойчивым туберкулезом;
- нарастающая пораженность ВИЧ-инфекцией населения;
- большая доля лиц, страдающих туберкулезом, в пенитенциарной системе;
- длительное лечение в стационарах, что создает благоприятные условия для внутрибольничного заражения.

В декабре 2010 г. 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/ШЛУ-ТБ [14].

Следует помнить, что ввиду развития хронических форм туберкулеза продолжительность жизни пациентов после отмены терапии сокращается: по данным латвийских фтизиатров, она составляет в среднем 17 месяцев. Формирование хронических форм туберкулеза влечет за собой значительное бремя страданий для пациентов и их близких. Эти страдания могут быть эффективно решены современными методами оказания паллиативной медицинской помощи.

### Формирование программы паллиативной медицинской помощи во фтизиатрии

Паллиативная медицинская помощь оказывается неизлечимым больным, имеющим существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающимся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе [10].

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 лечения, смерть) и активно поддерживать пациента в конце жизни [9, 19]. 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);
- прием 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 др.

Все пациенты с подтвержденным диагнозом «туберкулез с множественной лекарственной

устойчивостью» подлежат госпитализации в специализированные государственные учреждения для лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза. Организации, обеспечивающие паллиативную медицинскую помощь, в таких государственных учреждениях могут проводить обучение персонала основам паллиативной медицинской помощи [9].

Паллиативная медицинская помощь оказывается больным туберкулезом, когда излечение пациентов, то есть прекращение бактериовыделения и закрытие деструктивных образований, в том числе хирургическим методом, невозможно. Кроме того, говоря об отказе от лечения, имеют в виду только этиотропное лечение — химиотерапия или лечение противотуберкулезными препаратами, так как ни патогенетическое, ни симптоматическое лечение не прекращается.

Если у пациента идентифицирована лекарственная устойчивость МБТ или непереносимость абсолютного большинства известных противотуберкулезных препаратов (тотальная/субтотальная лекарственная устойчивость), то он должен получать курс химиотерапии с использованием лекарственных препаратов 3-го ряда (антибиотики, обладающие противотуберкулезной активностью) и ему показано хирургическое лечение.

Международные эксперты акцентируют внимание на МЛУ/ШЛУ-ТБ и предлагают в список подлежащих паллиативной помощи включать пациентов с тотальной и субтотальной устойчивостью, которым по разным причинам невозможно подобрать схему лечения хотя бы четырьмя препаратами, обладающими противотуберкулезной активностью [11, 14, 17, 20, 28].

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.

*Уровень доказательности: С. Сила рекомендации: сильная рекомендация.*

В нашей стране понятие «некурабельный больной туберкулезом» включает не только пациентов с МЛУ/ШЛУ возбудителя, принимается во внимание и объем разрушения легочной ткани, который делает невозможным даже хирургическое лечение, — двусторонние тотальные поражения легочной ткани с формированием хронических форм туберкулеза (фиброзно-кавернозный, цирротический туберкулез). Следует подчеркнуть, что решение об оказании паллиативной медицинской помощи при распространенном фиброзно-кавернозном туберкулезе с наличием лекарственной чувствительности или лекарственной

устойчивости МБТ, при которой возможно составление схемы лечения хотя бы из четырех противотуберкулезных препаратов, может быть принято **только** после проведения полноценного курса этиотропной терапии с неэффективным исходом.

Паллиативная медицинская помощь при туберкулезе оказывается пациентам:

- 1) с МЛУ/ШЛУ-ТБ после двукратной неудачи полноценных контролируемых курсов химиотерапии;
- 2) с МЛУ/ШЛУ-ТБ после двукратного прерывания лечения при сохранении бактериовыделения, определяемого методом посева или двукратной микроскопией мокроты;
- 3) с диагнозами «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.

*Уровень доказательности: С. Сила рекомендации: **сильная рекомендация.***

Для пациентов, которых можно 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 центральной врачебной комиссии (ЦВК) ему назначается курс химиотерапии в соответствии с данными лекарственной чувствительности МБТ.

*Уровень доказательности: С. Сила рекомендации: **сильная рекомендация.***

Один из самых сложных вопросов — прекращение лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ — требует тщательной оценки ситуации, в ходе которой необходимо оценить:

- степень заинтересованности пациента в лечении и способность соблюдать режим в течение полного курса химиотерапии, а также возможность формирования у него приверженности к лечению;
- динамику результатов бактериологических исследований, включая тесты на лекарственную чувствительность, и проанализировать возможность расширения устойчивости МБТ;

- возможности проведения полноценного контролируемого курса химиотерапии, включающего в интенсивную фазу не менее четырех препаратов, обладающих противотуберкулезной активностью;
- динамику рентгенологической картины заболевания;
- перспективы излечения, в том числе с использованием коллапсотерапии, клапанной бронхоблокации и/или хирургических вмешательств, и прогноз после остановки лечения.

Решение о прекращении лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ в результате неудачи лечения может быть обусловлено:

- сохранением/возобновлением бактериовыделения и/или прогрессированием туберкулезного процесса после двукратного неэффективного исхода контролируемых адекватных курсов химиотерапии;
- невозможностью обеспечения лечения четырьмя препаратами, обладающими противотуберкулезной активностью, вследствие лекарственной устойчивости МБТ и/или непереносимости препаратов (неустранимые побочные действия);
- невозможностью проведения хирургического вмешательства (распространенный процесс со значительным разрушением органа, тяжелые осложнения, сопутствующие заболевания в тяжелой стадии и др.) при неэффективности терапевтического лечения.

При анализе причин неудач лечения важно оценить побочные действия противотуберкулезных лекарств, их воздействие на результат лечения и на возможность формирования исхода «неудача лечения». Некоторые больные имеют сопутствующие заболевания, которые ухудшают переносимость химиопрепаратов.

Медицинские работники всегда должны проверить, действительно ли пациент принимал все назначенные препараты, включая опрос непосредственно контролировавших лечение сотрудников. Если медицинский персонал уверен в том, что больной принимал все препараты надлежащим образом, и при этом исчерпаны возможности введения новых препаратов и невозможно хирургическое вмешательство, то лечение следует прекратить.

#### **Результаты лечения больных ТБ, исключая больных ТБ, получавших лечение по поводу ЛУ-ТБ или МЛУ-ТБ**

Неэффективное лечение

Больной ТБ, у которого результаты мазка мокроты или посева были положительными в течение 5-го месяца лечения или на более поздних сроках химиотерапии [29]

**Результаты лечения больных  
ЛУ-ТБ/МЛУ-ТБ/ШЛУ-ТБ, получавших лечение  
препаратами 2-го ряда**

Неэффективное лечение	<p>Лечение прекращено или в постоянной схеме лечения требуется замена как минимум двух противотуберкулезных препаратов вследствие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• отсутствия негативации к моменту окончания интенсивной фазы лечения, или</li> <li>• бактериологической реверсии на поддерживающей фазе лечения после достижения негативации, или</li> <li>• развития нежелательной лекарственной реакции.</li> </ul>
-----------------------	--

**Реверсия (изменение отрицательного результата на положительный):** считается, что у культуры произошла реверсия, когда после первоначальной негативации у двух посевов подряд, сделанных с перерывом как минимум в 30 дней, выявлен положительный результат. Для определения «неэффективное лечение» реверсия принимается во внимание только в том случае, если она происходит на поддерживающей фазе химиотерапии [28].

Чтобы заявить о неудаче лечения необязательно наличие всех этих признаков; если имеется любой из них, то благоприятный исход маловероятен.

На решение о прекращении терапии при туберкулезе может влиять ухудшение качества жизни пациента. Препараты, используемые для лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ, вызывают серьезные побочные эффекты. Поэтому продолжение приема этих препаратов, когда неудачный исход лечения очевиден, приносит пациенту дополнительный вред. Кроме того, продолжение химиотерапии при ее очевидной неэффективности приводит к амплификации лекарственной устойчивости инфицировавшего пациента штамма МБТ, которым затем могут заразиться и другие больные.

Члены медицинской бригады, занимающейся лечением данного больного, включая всех врачей, медсестер и непосредственно контролировавших лечение работников, должны обсудить возможность прекращения химиотерапии. Приняв решение о прекращении лечения, следует решить, в какой форме сообщить об этом больному и членам его семьи. В некоторых случаях предпочтительнее предварительно переговорить с родственниками больного, чтобы заручиться их поддержкой и пониманием.

При других обстоятельствах лучше сначала сообщить о прекращении химиотерапии самому больному, а только потом его семье. Обычно для этого требуется несколько посещений в течение нескольких недель. При посещении больного на дому появляется возможность переговорить с членами его семьи в привычной для них обстановке. Следует объяснить

пациенту и членам его семьи, что отказ от химиотерапии не означает прекращение лечения и заботы.

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 (оценивает функциональные возможности организма), социального работника, юриста, психолога, о чем пациент письменно уведомляется. Для этого лечащий врач-фтизиатр оформляет письменное представление в ЦВК, в котором отражает историю развития заболевания, клинко-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 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 раза в год пересматривать решение о переводе больных на паллиативный вид медицинской помощи с приоритетом продолжения радикального противотуберкулезного лечения. Основанием для пересмотра решения ЦВК в этом случае является письменное представление участкового фтизиатра.

Отсутствие в учреждении новых противотуберкулезных препаратов резервного ряда (перхлорона, бедаквилина и др.), а также лекарственных препаратов с определенной туберкулезной активностью, необходимых для лечения пациента, не является основанием для представления на паллиативную медицинскую помощь. В этих случаях ЦВК обязана направить пациента на лечение в федеральные научно-исследовательские институты туберкулеза. Только письменное уведомление федерального института туберкулеза о невозможности лечения (отсутствие указанных выше лекарственных средств, невозможность выполнения хирургического лечения) может быть рассмотрено как основание для перевода боль-

ного туберкулезом на паллиативную медицинскую помощь.

Учитывая волнообразный процесс течения туберкулеза, пациенты с хроническими формами туберкулеза могут длительно не предъявлять жалоб и даже не обращаться за медицинской помощью. Тем не менее, в отношении их будет закреплено решение ЦВК об оказании паллиативной медицинской помощи.

Если для эффективного излечения больному можно провести хирургическое лечение, но он отказывается от оперативного вмешательства, отказ оформляется на заседании ЦВК и больной получает письменное решение о переводе на паллиативную медицинскую помощь.

Пациент, получающий паллиативную медицинскую помощь, переводится во IIБ группу диспансерного учета.

После принятия решения о прекращении химиотерапии можно использовать различные мероприятия с целью поддержки больного. Очень важно продолжать посещать больного, который не должен чувствовать себя покинутым. Посещения должны проводиться не реже раза в месяц участковым фтизиатром.

Во фтизиатрии основной возраст пациентов 18–44 года, поэтому пациенты имеют достаточные резервы организма, они могут долго жить, туберкулез протекает волнообразно, будут периоды ремиссии. Такие периоды могут быть достаточно длительными, поэтому для пациентов IIБ группы предусматривается систематическое обследование, при необходимости — назначение амбулаторной симптоматической и патогенетической терапии, направленной на восстановление/улучшение состояния (поливитамины, гепатопротекторы).

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, инвазивные процедуры не выполняются.

Лечение рекомендуется осуществлять в стационарных условиях, амбулаторные виды лечения возможны только при наличии соответствующих условий.

В этом случае химиотерапия назначается противотуберкулезными препаратами 1-го ряда до прекращения бактериовыделения, определяемого методами микроскопии и двух последовательных посевов на плотные/жидкие питательные среды мокроты, выполненных с интервалом в 1 мес. При назначении подобного лечения нет разделения на интенсивную фазу и фазу продолжения.

Курсы назначаются по схеме, включающей четыре противотуберкулезных препарата. При невозможности составления такого курса, обусловленной тяжелыми побочными реакциями и/или сопутствующими заболеваниями, может быть назначен курс двумя или тремя противотуберкулезными препаратами (но не менее чем двумя).

В период реактивации туберкулезного процесса рекомендуется выполнить тест на лекарственную чувствительность к препаратам, к которым она не была установлена при предыдущих исследованиях. Это позволит разграничить рецидивы и суперинфекцию и вовремя диагностировать амплификацию лекарственной устойчивости МБТ.

Паллиативная медицинская помощь детям строится на тех же принципах, что и взрослым. Однако ребенку предпочтительнее оказывать паллиативную помощь дома, особенно если у него есть отдельная комната или по крайней мере отдельное спальное место. При этом родители ребенка должны пройти специальное, в том числе и психологическое, обучение. Следует помнить, что дети хуже переносят боль и в большей степени нуждаются в помощи взрослых.

Для пациентов с сочетанной патологией туберкулеза и ВИЧ-инфекции следует предусмотреть междисциплинарный подход и особые условия инфекционного контроля.

На территории необходимо создать персонализированный регистр больных туберкулезом, нуждающихся/получающих паллиативную помощь, определить их основные нужды и потребности, проанализировать ресурсы для решения медико-социальных проблем, стоящих перед пациентами, для непосредственного оказания паллиативной медицинской помощи.

Необходимо существенно расширить врачебные знания в области симптоматической терапии, организации медицинской и социальной помощи больным туберкулезом по месту жительства, значительно улучшить сестринский уход за ними в условиях стационара и на дому, разработать систему помощи пациентам на терминальной стадии заболевания, проводить психологическое консультирование родственников больных в период тяжелой утраты.

Штат команды паллиативной медицинской помощи при туберкулезе обычно состоит из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку в объеме цикла тематического усовершенствования (не менее 72 учебных часов) и проходящих не реже 1 раза в 5 лет усовершенствование по паллиативной медицинской помощи. В стационарных условиях основной уход осуществляет младший и средний персонал. В амбулаторных условиях при необходимости следует рассмотреть вопрос о привлечении сиделки.

Кроме того, необходимо привлечь в команду психолога, социального работника и, по возможности, священника. Подключение немедицинских сотрудников возможно только после их специального обучения.

Необходимо создать и выполнять программу паллиативной медицинской помощи каждому отдельно пациенту с учетом его медицинских, социальных, психологических и бытовых особенностей, определить краткосрочные и долгосрочные цели ухода для каждого конкретного человека. Следует помнить, что из-за риска заражения МЛУ/ШЛУ-ТБ возникают трудности в привлечении и удержании медицинского персонала. Поэтому для всех категорий медицинских работников следует предусмотреть периодические курсы психологического тренинга.

Решения должны быть тщательно объяснены взрослому больному или человеку, который назначен в качестве лица, принимающего решения. Больные, получающие паллиативную медицинскую помощь, особенно при МЛУ/ШЛУ-ТБ, могут подвергаться дискриминации и социальной изоляции, что значительно повышает ответственность медицинского персонала за обеспечение благоприятного психологического окружения пациента и защиту его гражданских прав. При создании программы оказания паллиативной помощи обязательно вовлечение семьи, особенно если помощь будет оказываться в рамках стационара на дому. При этом решением ЦВК должен быть выбран один член семьи, отвечающий за оказание паллиативной медицинской помощи со стороны семьи, о чем он письменно уведомляется.

Персонал, осуществляющий уход на дому, наряду с выполнением клинических задач должен способствовать организации надлежащих санитарно-противоэпидемических мероприятий. Кроме того, персонал может оказать огромную помощь, дополнительно проверяя близких пациента на наличие симптомов туберкулеза.

Основными задачами медицинских учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи больным туберкулезом являются:

- проведение терапии для купирования или смягчения симптомов заболевания, а также побочных эффектов назначаемых лекарственных средств;
- оказание медико-социальной помощи пациентам с ограниченными функциональными возможностями;
- оказание медико-психологической помощи больному на стадии прогрессирования заболевания, включая период его ухода из жизни;
- обеспечение ухода за больными туберкулезом, способность к самообслуживанию которых значительно снижена или утрачена.

Система паллиативной помощи в области туберкулеза предусматривает оказание помощи больным в палатах/отделениях паллиативной помощи и на дому.

Паллиативная медицинская помощь может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) [10].

Если у больного туберкулезом, получающего паллиативную медицинскую помощь, отмечаются нарастание симптомов и бактериовыделение, предпочтительно оказывать паллиативную помощь в стационарных условиях. При отсутствии бактериовыделения, но ухудшении самочувствия возможно лечение в режиме стационара на дому.

Палаты/отделения паллиативной медицинской помощи организуются в областных/краевых/республиканских противотуберкулезных диспансерах, в исключительных случаях на территориях с большой удаленностью пациентов от областного/краевого/республиканского противотуберкулезного диспансера — в других противотуберкулезных стационарах.

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;
- тяжелая степень амилоидоза;
- терминальная стадия туберкулеза (при невозможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому);
- прогрессирование туберкулезного процесса;
- наличие в очаге туберкулезной инфекции лиц с ВИЧ-инфекцией;
- прогрессирование сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной 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 хроническому снижению или утрате физических или психических функций и требующие постоянной медицинской помощи и сестринского ухода за больным.

Палаты паллиативной медицинской помощи организовывают по типу боксов или полубоксов, оснащают системой подачи кислорода, обеспечивают оборудованием для проведения интенсивного ухода и терапии (функциональные кровати, противопролежневые матрасы). Помимо лечащего врача-фтизиатра к оказанию помощи больным туберкулезом привлекается пульмонолог, терапевт, в случае необходимости — врач-психотерапевт, врач-реабилитолог, волонтеры, в том числе сестры милосердия.

Задачи отделения паллиативной медицинской помощи состоят не только в комплексной поддержке умирающих больных для обеспечения им достойного ухода из жизни, но и в диагностике, подборе терапии при дыхательной недостаточности и других синдромах у больных туберкулезом, курации пациентов с развившимися глубокими трофическими расстройствами, а также во временном размещении инкурабельных больных для предоставления отдыха и возможности решения социальных вопросов родственникам, ухаживающим за больным в домашних условиях; проведении обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и ухода за инкурабельными больными туберкулезом; проведении консультаций и обучения родственников уходу за больными.

В настоящее время организация оказания паллиативной медицинской помощи на дому приобретает особое значение как экономически эффективный вид помощи, наиболее полно отвечающий потребностям пациентов. Решение о возможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому принимает ЦВК, что фиксируется в журнале ЦВК.

Паллиативная медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в кабинетах паллиативной медицинской помощи..., а также бригадами отделения выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи [10].

В областных/краевых/республиканских противотуберкулезных диспансерах рекомендуется создание кабинета паллиативной медицинской помощи в амбу-

латорном отделении для координации фтизиатрической деятельности по этому направлению.

Больные должны обеспечиваться паллиативной медицинской помощью на дому силами врачей всех специальностей противотуберкулезных учреждений муниципального и регионального уровня, включенных в выездные бригады, которые могут формироваться как отдельные патронажные бригады паллиативной медицинской помощи или входить в состав бригад, осуществляющих наблюдение за пациентами в условиях стационара на дому.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях следует помнить о значительных трудностях обеспечения инфекционного контроля.

#### **Программа паллиативной медицинской помощи на дому**

Перед включением пациента с лекарственно-устойчивым туберкулезом в программу ухода на дому необходимо нанести визит к нему домой. Нужно помочь близким оценить возможность ухода за пациентом на дому.

Такая возможность складывается из следующих факторов:

- наличия отдельной комнаты со спальным местом;
- наличия лица, которое будет осуществлять уход за больным;
- наличия знаний и навыков, необходимых для проведения надлежащего инфекционного контроля;
- проведения проверки на наличие симптомов туберкулеза у всех контактирующих с пациентом лиц, осуществляющих уход за пациентом [9, 17, 19].

Лица с заразными формами ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ могут получать паллиативную помощь как в стационарных отделениях, так и домашних условиях.

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

- Медицинские работники и другие лица, осуществляющие уход за больным ТБ, 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.
- Требуется часто проветривать помещения.
- Следует строго выполнять текущую и заключительную дезинфекцию.

- Необходимо обучение пациента (гигиена кашля).
- Образцы мокроты следует собирать в хорошо проветриваемых помещениях или на свежем воздухе; если у пациента много мокроты, ее собирают в емкость с крышкой, которая регулярно меняется.
- Осуществляются симптоматическое лечение и целостная поддержка пациента.
- Больные туберкулезом, находящиеся на паллиативной медицинской помощи, не посещают общественные места, не пользуются общественным транспортом.

Основные задачи паллиативной медицинской помощи включают создание максимально комфортных условий для пациента, повышение качества его жизни и уменьшение страданий. Целостный подход при оказании паллиативной медицинской помощи предполагает внимание к четырем группам проблем:

- физикальным — кашель, одышка, слабость, боль и т. д.;
- психологическим — тревоги, страхи, печаль, гнев;
- социальным — потребности семьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем, взаимоотношениями с родственниками и персоналом;
- этическим.

Этические аспекты возникают со стороны как пациентов, так и медицинского персонала [25]. Пациенты, длительно отказывавшиеся от лечения, при объявлении им о переводе на паллиативную медицинскую помощь начинают требовать лечения. Они боятся изоляции и одиночества или, напротив, боятся обременить свою семью, многие из них неспособны заботиться о себе сами. Персонал в этом вопросе обнаруживает не меньшее невежество: медицинские работники боятся и не умеют деликатно сообщать плохие новости, не знают, как работать с агрессивными пациентами, как правильно разговаривать с умирающим больным. Для такого персонала необходимы специальные систематические тренинги для защиты от профессионального выгорания.

Симптомы, для купирования которых назначается терапия в палатах/отделении паллиативной медицинской помощи фтизиатрических организаций (редко — амбулаторно):

- 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.

В соответствии с желаниями пациента и его близких следует информировать их о вероятном дальнейшем течении заболевания и готовить к потенциально травмирующим событиям, связанным с завершением жизненного пути пациента.

- Дополнительные медикаменты. Необходимо пересмотреть обоснованность приема таких медикаментов и продолжать их прием, только если они способствуют комфорту пациента.
- Сестринский уход. Уход за полостью рта, профилактика пролежней, купание, профилактика мышечных спазмов должны осуществляться постоянно.
- Меры инфекционного контроля. Пациент, лечение которого прекращено по причине его нерезультативности, остается контагиозным, поэтому необходимо продолжать выполнять меры инфекционного контроля [9].

Необходимо оказание медико-социальной помощи пациентам с ограниченными функциональными возможностями.

Проводится терапия сопутствующих заболеваний, прежде всего сахарного диабета, болезней сердечно-сосудистой системы, психоневрологических расстройств, а также оказание ургентной помощи при различных терапевтических и хирургических заболеваниях, осложнениях течения туберкулеза (легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс, формирование хронического легочного сердца).

Забота об умирающем на дому может представлять значительные трудности для членов его семьи. Если семья решит, что больной должен умереть у себя дома, следует обеспечить услуги сиделки. Если уход на дому невозможен, необходимо обеспечить уход за умирающим в больнице.

Основные мероприятия:

- инфекционный контроль;
- устранение дыхательной и легочно-сердечной недостаточности;
- устранение болей;
- дополнительное питание;
- продолжение применения вспомогательных препаратов;
- санация ротовой полости;
- профилактика неподвижности, болей и контрактур в суставах и мышцах у лежачих больных;
- профилактика пролежней.

При терминальном состоянии пациента персонал должен:

- разговаривать спокойно и быть сострадательным;
- наблюдать за пациентом;
- слушать его и разговаривать с ним;
- перемещаться медленно.

Очень важным компонентом паллиативной медицинской помощи является умение сообщить о смерти родственникам. Однако большая часть медицинского

персонала не имеет в этом специальной подготовки. Для этого случая нужны особые навыки, которые требуют практики.

Смерть человека, как и его рождение, — уникальный процесс. Это большая честь, что мы приглашены принять участие в нем. Это является обязанностью каждого из нас, сделать так, чтобы этот процесс был хорошим и уникальным.

## Список литературы

1. Бонд Ч. Пособие по паллиативной медицине. Развитие паллиативной помощи в районах с ограниченными ресурсами [Электронный ресурс] / Ч. Бонд, В. Лэви, Р. Вулдридж; под ред. Е. Ю. Петровой. — Электрон. текстовые дан. — СПб., 2008. — 88 с. эл. опт. диск (CD-ROM). (Шифр 616-082(075) Б-81).
2. Клиническое руководство по паллиативной помощи при ВИЧ/СПИДе / под ред. проф. Г.А. Новикова. — Открытый институт здоровья. — М., 2006. — 116 с.
3. Полубенцева Е.И., Улумбекова Г.Э., Сайткулов К.И. Клинические рекомендации и индикаторы качества в системе управления качеством медицинской помощи: методические рекомендации. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 60 с.
4. ГОСТ Р 56034-2014. Клинические рекомендации (протоколы лечения). Общие положения. — М.: Стандартинформ, 2014. — 45 с.
5. Определения и система отчетности по туберкулезу — пересмотр 2013 г. — Geneva: World Health Organization, 2014. — WHO/HTM/TB/2013.2. — 44 с.
6. Укрепление паллиативной медицинской помощи в качестве одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла: доклад секретариата. — Всемирная организация здравоохранения. URL: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_31-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_31-ru.pdf)
7. Нечаева О.Б. Ситуация по туберкулезу и работе противотуберкулезной службы Российской Федерации в 2013 г.: обзор. — ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2014 г.
8. Основы доказательной медицины: учеб. пособие / под общ. ред. Р.Г. Оганова. — М.: Силиция-Полиграф, 2010. — 136 с.
9. Паллиативная помощь: клинич. руководство. — Бишкек, 2012. — 99 с.
10. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению // приказ Министерства здравоохранения РФ от 21.12.2012. № 1343н. URL: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70217572/>
11. Пасечников А., Рич М.Л. Руководство по лечению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. — Boston: Partners In Health, 2003. — 167 с.
12. Убедительные факты. Паллиативная помощь / под ред. Е. Davies и I.J. Higginson. — Всемирная организация здравоохранения, 2005. — 32 с.
13. Burer E., De Lima A., Wenk R., Farr W. Practice of palliative care in the developing world: Principles and practice. — Text as: International Association for Hospice and Palliative Care, 2004. — 295 p.
14. Bitalabeho F., Dara M., Jaramillo E. et al. Declaration on palliative care and MDR/XDR-TB INT. // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — Vol. 16, N 6. — P. 712–713.
15. Clinical practice guidelines for quality palliative care — Pittsburgh, 2009. — 70 p.
16. Global atlas of palliative care at the end of life / eds. S. Connor, C.B. Sepulveda. — Geneva/London: World Health Organization/Worldwide palliative care alliance, 2014. — 102 p.
17. Gelmanova I.E., Zemlyanaya N.A., Mishustin S.P. et al. Case fatality among patients who failed MDR TB treatment in Tomsk, Russia // Global atlas of palliative care at the end of life / eds. S. Connor, C.B. Sepulveda. — Geneva/London: World Health Organization/Worldwide palliative care alliance, 2014. — P. 67–69.
18. Harris D.G., Noble S. Management of terminal hemorrhage in patients with advanced cancer: a systematic literature review // J. Pain Symptom. — 2009 — Vol. 38, N 6. — P. 913–927.
19. Guidelines for providing palliative care to patients with tuberculosis. — South Africa, Hospice Palliative Care Association, 2011. — 141 p.
20. Dheda K., Migliori G.B. The global rise of extensively drug-resistant tuberculosis: is the time to bring back sanatoria now overdue? // Lancet. — 2011. — Vol. 6736, N 11. — P. 61062–61063.
21. Patients' charter for tuberculosis care. Rights and Responsibilities. — World Care Council, 2010. URL: [www.worldcarecouncil.org](http://www.worldcarecouncil.org)
22. Rocker G., Horton R., Currow D. et al. Palliation of dyspnoea in advanced COPD: revisiting a role for opioids. // Thorax. — 2009. — Vol. 64, N 10. — P. 910–916.
23. Selecky P. A., Eliasson C. A. H., Hall R. I. et al. Palliative and end-of-life care for patients with cardiopulmonary diseases. // Chest. — 2005. — Vol. 128, N 5. — P. 3599–3610.
24. Stjernsward J., Clark D. Palliative Medicine: a global perspective // Oxford Textbook of Palliative Medicine. Eds. Doyle D. et al. — Oxford: Oxford University Press, 2004. — P. 1197–1224.
25. Waitt C.J., Squire S.B. A systematic review of risk factors for death in adults during and after tuberculosis treatment // Int. J. Tuberc. Lung Dis. — 2011. — Vol. 15, N 7. — P. 871–885.

26. Guidance on ethics of tuberculosis prevention, care and control. — Geneva: World Health Organization, 2010. — WHO/HTM/TB/2010.16.
27. WHO handbook for guideline development. — Geneva: World Health Organization, 2012. — 63 p.
28. Multidrug and extensively drug resistant TB (M/XDR-TB): 2010 global report on surveillance and response. — Geneva: World Health Organization, 2010. URL: [http://www.who.int/tb/features\\_archive/m\\_xdrtb\\_facts/en/index.html](http://www.who.int/tb/features_archive/m_xdrtb_facts/en/index.html) (accessed 04.2012).
29. Global tuberculosis control: WHO report 2011. — Geneva: World Health Organization, 2011. URL: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/index.html](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html) (accessed 04.2012).
30. WHO definition of palliative care. — Geneva: World Health Organization, 2002. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (accessed 05.2013).
31. WHO Model list of essential medicines. 18th list URL: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> (accessed 04.2013).
32. Wube M., Jansen Horne C., Stuer F. Building a palliative care program in Ethiopia: The impact on HIV and AIDS patients and their families // Journal of Pain and Symptom Management. — 2010. — Vol. 40, N 1. — P. 6–8.


**Диаскинтест®**

**Generium**  
Pharmaceuticals


## ТЕСТ, КОТОРОМУ ДОВЕРЯЮТ

НОВАЯ СТУПЕНЬ В ДИАГНОСТИКЕ  
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

[www.diaskintest.ru](http://www.diaskintest.ru)

### ВЫСОКОЧУВСТВИТЕЛЕН

Положительная реакция наблюдается у 98–100% больных активным туберкулезом и у лиц с высоким риском его развития ( $p < 0,05$ )\*.

### ВЫСОКОСПЕЦИФИЧЕН

Специфичность теста составляет 90–100% ( $p < 0,05$ )\*.

**Препарат не вызывает реакции, связанной с БЦЖ-вакцинацией.**

\* Статья «Клинические исследования нового кожного теста ДИАСКИНТЕСТ® для диагностики туберкулеза». Коллектив авторов. Проблемы туберкулеза. 2009, №2, с. 1–8.

На правах некоммерческой рекламы

ЗАО «ГЕНЕРИУМ», 123317, г. Москва, ул. Тестовская, д. 10  
тел./факс +7 (495) 988-47-94