

Одобрено
Объединенной комиссией по качеству
медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «28» мая 2024 года
Протокол №206

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Код заболеваний по МКБ 10

МКБ-10	
Код	Название
A15	Туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически
A16	Туберкулез легких при отрицательных результатах бактериологических и гистологических исследований
A 18	Туберкулез других органов

1.2. Дата разработки/пересмотра протокола: 2015 год (пересмотр 2023 год).

1.3. Сокращения, используемые в протоколе:

ВИЧ		вирус иммунодефицита человека
ГДУ	–	группа диспансерного учета
ЛУ ТБ	–	лекарственно-устойчивый туберкулез
ЛЧ ТБ	–	лекарственно-чувствительный туберкулез
МКБ	–	Международная классификация болезней
ММ		Микроскопия мокроты
ОАК	–	общий анализ крови
ОАМ	–	общий анализ мочи
ПМСП	–	первично медико-санитарная помощь
ПТО	–	противотуберкулезная организация
ПТП	–	противотуберкулезные препараты
СОЭ		Скорость оседания эритроцитов
СПИД		Синдром приобретённого иммунодефицита
ТБ	–	туберкулез
УД		Уровень доказательности

1.4. Пользователи протокола: врачи паллиативной помощи, фтизиатры, социальные работники, психологи, врачи общей практики.

1.5. Категория пациентов: пациенты с туберкулезом 1 Г группы.

Определение: Паллиативная помощь больным туберкулезом – это комплекс медицинских услуг больным, страдающим неизлечимой формой туберкулеза, состоящим в 1 «Г» группе динамического учета.

К 1 «Г» ГДУ относятся пациенты с туберкулезом: пациенты, завершившие курс лечения противотуберкулезными препаратами с исходом «неэффективное лечение» и пациенты с бактериовыделением с исходом «неэффективное лечение» в результате полной непереносимости противотуберкулезных препаратов согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-214/2020 «Об утверждении правил проведения мероприятий по профилактике туберкулёза».

Методы, процедуры паллиативной медицинской помощи:

1.6. Показания для госпитализации в отделение паллиативной помощи Центров фтизиопульмонологии:

- Ухудшение общего состояния больного из 1 «Г» ГДУ без бактериовыделения, отягощающей состояние пациента и нуждающимся в круглосуточном наблюдении в условиях стационара (асцит, кахексия, анорексия, высокая лихорадка, кровохарканье, легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, болевой синдром, декомпенсированная стадия легочного сердца и др.);
- Наличие бактериовыделения у больного из 1 «Г» ГДУ, подтвержденное методом микроскопии мокроты, при отсутствии возможности отдельного проживания от членов семьи.

2. Диагностические критерии [5].

2.1 Жалобы:

- общая слабость;
- быстрая утомляемость;
- снижение аппетита;
- потеря веса;
- одышка в покое или при незначительной физической нагрузке;
- кашель (с/без выделения мокроты);
- прожилки и сгустки крови в мокроте;
- ночная потливость;
- повышение температуры тела;
- боли, дискомфорт в грудной клетке;
- боли в области пораженного участка при внелегочном туберкулезе;
- слабость или отсутствие движения в нижних конечностях;
- укорочение и ограничение движения конечностей;
- наличие свища с серозно – гнойным отделяемым;
- наличие опухолевидного образования (холодного натечника);
- деформация скелета;
- покраснения кожи и отек в области пораженного лимфоузла.

- увеличение периферических лимфоузлов;
- боли в области поясницы;
- дизурические явления.

Анамнез:

- сведения о предыдущих эпизодах и исходах противотуберкулезного лечения;
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний и/или состояний;
- медицинские факты о побочных реакциях неустраняемого характера на все ПТПво время предыдущих эпизодов лечения.

2.2 Физикальное обследование.

Общий осмотр:

- западение над – и подключичных ямок;
- опущение плеча;
- бледность кожных покровов;
- цианоз кожных покровов;
- дефицит массы тела;
- вынужденное положение;
- нарушение целостности кожных покровов;
- наличие увеличенных лимфоузлов со свищами;
- рубцовые изменения и выбухание кожи;
- трофические изменения мягких тканей;
- функционирующие свищи;
- нарушения функций мочеполовой системы;
- нарушения функций спинного мозга;
- деформация костей скелета с изменением мягких тканей.

Перкуссия:

- укорочение перкуторного звука над пораженным легким;
- тимпанический звук над полостями распада, коробочный над эмфизематозно – измененными участками легких;
- притупление легочного звука.

Аускультация:

- патологическое бронхиальное, ослабленное дыхание;
- разнокалиберные влажные хрипы, крепитирующие хрипы, амфорическое дыхание;
- в области локализации каверны различного калибра в зависимости от диаметра дренирующих бронхов;
- шум трения плевры;
- патологическое бронхиальное, ослабленное дыхание;
- разнокалиберные влажные хрипы, крепитирующие хрипы, амфорическое дыхание;
- в области локализации каверны различного калибра в зависимости от диаметра дренирующих бронхов;
- шум трения плевры.

Пальпация:

- болезненность, уплотнение, деформация и в области пораженного сегмента скелета, органа;
- увеличение периферических лимфатических узлов.

2.3 Лабораторные исследования, необходимые для проведения до госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи: нет.

2.4 Инструментальные исследования, необходимые для проведения до госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи: нет.

2.5 Консультация профильных специалистов при необходимости по показаниям.

Цели оказания паллиативной помощи:

- Улучшение качества жизни пациента: уменьшение и/ или ликвидация одышки, улучшение дыхательной функции, облегчение боли, меры направленные на уменьшение и подавление кашля, или иных жалоб пациента.
- Предоставление услуг, ориентированных на нужды больного, а также уменьшение риска заражения членов семьи больного, персонала и назокомиального распространения неизлечимых форм туберкулеза.

3. Тактика оказания паллиативной помощи:

Тактика оказания паллиативной помощи направлена на дальнейшее соблюдение мер инфекционного контроля, психологической помощи, социальной поддержки и нутритивной поддержки.

3.1 Немедикаментозное лечение:

- режим I, II, III;
- диета – стол №11-

Меры борьбы с инфекцией. У пациента, которому прекращают противотуберкулезное лечение из-за его неэффективности или непереносимости, периодически может появляться бактериовыделение. Меры инфекционного контроля должны включать усиление экологических и индивидуальных мер защиты, в том числе с использованием масок N-95 лицами, осуществляющими уход.

Пищевая поддержка. Частое и дробное питание лучше всего подходит для человека больного туберкулезом. Следует признать, что потребление будет снижаться по мере ухудшения состояния пациента и во время ухода в конце жизни. Следует устранять тошноту и рвоту или любые другие состояния, мешающие нутритивной поддержке. Питание больных должно быть достаточной калорийности, сбалансированным с повышенным содержанием белков и жиров.

Предупредительные меры. Всем пациентам показан уход за полостью рта, профилактика пролежней, купание и профилактика мышечных контрактур. Очень важно регулярное плановое движение лежачего больного.

Обеспечение психосоциальной поддержки. Психологическое консультирование пациента необходимо для обеспечения эмоциональной поддержки, особенно в условиях, когда болезнь имеет сильную стигму, при наличии депрессивных расстройств, беспокойства, плохого настроения.

Кислородотерапия: ингаляция кислорода позволяет добиться выраженного эффекта у пациентов с гипоксемией. Осуществляются через назальный катетер (объем кислорода 1–4 л в минуту) либо при помощи маски (более 4 л в минуту) до достижения сатурации более 90 %.

3.2 Медикаментозное лечение: Проводится соответственно протоколам лечения развившихся осложнений.

При наличии у пациентов болевого синдрома используется принцип трехступенчатого обезболивания согласно Клинического протокола №65 от 3 мая 2019 года «Паллиативная помощь больным с хроническими прогрессирующими заболеваниями в инкурабельной стадии, сопровождающимся хроническим болевым синдромом».

Перечень основных лекарственных средств:

Фармако-терапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	УД
НПВС.Анальгетик-антипиретики	Диклофенак натрия	в/м 75 мг/3 мл	С
НПВС.Анальгетик-антипиретики	Ибупрофен	внутри 200 мг, 400 мг свечи ректальные 60 мг, 125 мг	С
НПВС.Анальгетик-антипиретики.	Парацетамол	внутри 200 мг, 500 мг. суспензия 120 мг	С
НПВС.Анальгетик-антипиретики	Ацетилсалициловая кислота	внутри 500мг	С
Противорвотные препарат	Метоклопрамид	внутри 10 мг в/м 0,5% 2 мл	В
Анксиолитики	Диазепам	внутри 5 мг	В
Петлевой диуретик	Фуросемид	внутри 40мг	В
ИПН	Омепразол	внутри 40 мг	В

Перечень дополнительных лекарственных средств:

Антифибринолитик	Транексамовая кислота	Раствор для инъекций 50мг/ мл 5 мл	В
Гемостатик	Аминокапроновая кислота	Раствор для инфузий 5% 100мл	С
Опиоидные анальгетики	Трамадол	внутри 50 мг	В
Опиоидные анальгетики	Морфин	в/м 1% 1 мл	В
Опиоидные анальгетики	Фентанил	в/м 0,005% 2мл	В

ГКС	Преднизолон	инъекция 30 мг/мл	В
ГКС	Дексаметазон	инъекция 4 мг/мл	В
Антидепрессант	Амитриптилин	внутри 25 мг	В
Бета-адреноблокатор	Пропранолол	внутри 10 мг	С
Бета-адреноблокатор	Метопролол	внутри 0,05 мг	С

3.3 Хирургическое вмешательство: Хирургическое вмешательство оказывается при возникновении осложнений легочного туберкулезного процесса оказывается в стационарных условиях (кровохарканье, кровотечение, бронхоплевральный свищ, эмпиема плевры, спонтанный пневмоторакс).

Показания для хирургического вмешательства:

- лёгочное кровотечение;
- напряжённый пневмоторакс.
- экссудативный плеврит, эмпиема плевры.

Противопоказания к операции:

- тотальное деструктивное поражение обоих легких;
- нарушение функции легких: FEV-1 (объем форсированного выдоха за 1 секунд) менее 1,5 литра (при лобэктомии) и 2 литра (при пневмонэктомии);
- лёгочно – сердечная недостаточность III-IV степени;
- ИМТ до 40-50% от нормального веса;
- тяжелые формы сопутствующих заболеваний (декомпенсированный сахарный диабет, обострение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, печеночная/почечная недостаточность, врожденные и приобретенные пороки сердца с декомпенсации, алкоголизм и др);
- активный туберкулез бронхов;
- острые и хронические заболевания печени и почек с функциональной недостаточностью.

Виды оперативных вмешательств при напряженном пневмотораксе и плевритах.

- Пункция плевральной полости при развитии дыхательной недостаточности;
- Дренирование плевральной полости при тотальном гидропневмотораксе;
- Клапанная бронхоблокация в сочетании с дренированием плевральной полости при наличии бронхиального свища.

Основные клинические формы туберкулеза, подлежащие оперативному лечению (показания) и противопоказания приведены в Клиническом протоколе «Туберкулез органов дыхания у взрослых» от 10 июня 2022 года №162 и в Клиническом протоколе «Туберкулез органов дыхания у детей» от 10 июня 2022 года №162.

При развитии у пациентов пневмоторакса лечение проводится согласно Клинического протокола №60 от 29 марта 2019 года «Спонтанный пневмоторакс».

4. Дальнейшее ведение пациента на амбулаторном уровне при отсутствии бактериовыделения:

- проведение обследования пациентов в МО прикрепления (ОАК, ОАМ, 2-хкратно микроскопия, посев на плотные среды и рентгенологические исследования легких или другого пораженного органа не менее 1 раза в 6 месяцев. По показаниям чаще);
- патронаж на дому участковых специалистов ПМСП не менее 1 раза в квартал;
- оказание психологической поддержки пациенту и семье пациента в период его наблюдения в 1 «Г» ГДУ;
- симптоматическое лечение продолжается в амбулаторных условиях;

4.1 Индикаторы эффективности:

- купирование/уменьшение симптомов заболевания;
- улучшение качества жизни пациента.

При необходимости осуществляется консультация врачей других специальностей.

5. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА.

5.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) Рыскулов Галымжан Пернебекович – РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии» МЗ РК, руководитель по клинической работе. Врач-фтизиатр высшей категории.
- 2) Цепке Анна Борисовна – Директор ГКП на ПХВ «Городской центр фтизиопульмонологии» Акимата города Астаны, врач фтизиатр высшей категории, МВА.
- 3) Жапаркулова Майра Алтынбековна – РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии» МЗ РК руководитель отделения лечения лекарственно-чувствительного туберкулеза, врач-фтизиатр высшей категории.
- 4) Чингисова Ляйля Турсынбековна – РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии» МЗ РК кандидат медицинских наук, руководитель Национальной референс-лаборатории. Врач-лаборант.
- 5) Бісмiлда Венера Лазарьқызы – кандидат биологических наук, специалист лаборатории Национальной референс лаборатории, врач-лаборант.
- 6) Бектурсинов Бахытжан Омиргалиевич – магистр здравоохранения, общий хирург, руководитель отделения хирургического лечения легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии» МЗ РК. Врач-хирург высшей категории.
- 7) Острецова Татьяна Петровна – кандидат медицинских наук, доцент центра семейной медицины НАО «Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова», директор филиала ОО «Ассоциация семейных врачей Казахстана» Актюбинской области.

8) Касымбекова Карлыгаш Куатбековна - РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии», руководитель департамента мониторинга и оценки, эпидемиологии, статистики и информатизации, врач терапевт высшей категории, МВА.

9) Нұралім Мағжан Нұрланұлы - РГП на ПХВ «Национальный научный центр фтизиопульмонологии» МЗ РК врач клинический фармаколог.

5.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

5.3 Рецензенты: Ракишева Анар Садуакасовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиопульмонологии НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

5.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

5.5 Список использованной литературы:

1) Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РК, 2022-2023 г.г.

2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 ноября 2020 года № 214 «Об утверждении Инструкции по организации оказания медицинской помощи при туберкулезе».

3) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 ноября 2020 года №209 « Об утверждении стандарта организации паллиативной медицинской помощи».

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 сентября 2022 года №107 «Об утверждении Стандарта организации оказания населению медицинской помощи при туберкулезе».

4) WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 4: Treatment Drug-resistant tuberculosis treatment/WHO 2020.

5) Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с сохраненной чувствительностью и лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан. (Методические рекомендации). Изд. Алматы – 2019 год.

6) Савва Н.Н., Кумирова Э.В., Притыко А.Г., Масчан А.А., Поляков В.Г. Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения. М: 2014.

7) Рекомендации Европейской ассоциации паллиативной помощи, breakthroughcancerpain.org.

8) Сопутствующее руководство к Руководству ВОЗ по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014.