

## РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

© 2013 В.М. Сухов, Л.П. Богданова\*

**Ключевые слова:** туберкулез, комплексная реабилитация больных, виды реабилитации, этапы реабилитации.

Обоснована актуальность лечения больных туберкулезом с учетом эпидемиологических показателей, представлены основные составляющие комплексной реабилитации - медицинской, физической, психической, профессиональной и социальной, а также ее этапы - клинический, санаторный, амбулаторно-поликлинический. Подробно освещены основные мероприятия по реабилитации больных туберкулезом на каждом этапе.

Туберкулез - хроническая инфекционная болезнь, вызываемая микобактериями туберкулеза (МБТ).

В зависимости от локализации поражения выделяют туберкулез органов дыхания и туберкулез внелегочный. Наиболее распространен аэрогенный путь заражения. Источником заражения обычно является человек, заболевший туберкулезом. Доказано, что в течение года больной, выделяющий с мокротой МБТ, заражает (или инфицирует) около 300 чел. Но инфицирование МБТ далеко не всегда приводит к заболеванию туберкулезом. Многочисленными исследованиями доказана ведущая роль в развитии заболевания изнурительного физического труда, недостаточного питания, неудовлетворительных жилищных условий и т.п. С этой позиции туберкулез можно назвать социальной болезнью. Отмечено также, что к факторам, способствующим развитию туберкулеза, относятся: сахарный диабет; заболевания, требующие длительного применения кортикостероидов; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; психические заболевания, сопровождающиеся депрессивным состоянием.

Заболеваемость туберкулезом имеет в России высокий уровень, в 2006 г. составивший 82,4 чел. на 100 тыс. населения, что почти в 3 раза превысило порог эпидемического благополучия для взрослого населения. Правовые основы государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в РФ заложены Федеральным законом от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ "О

предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации".

Туберкулез чаще поражает лиц с низким социальным статусом. Уровень сотрудничества между медперсоналом и больным туберкулезом оставляет желать лучшего. С учетом этого федеральный закон требует диспансерного наблюдения за больными туберкулезом независимо от согласия таких больных. По этому же закону больные "заразными" формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от его лечения, на основании решений суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные учреждения для обязательных обследования и лечения.

Становится очевидным, что полная реабилитация больных туберкулезом является насущной проблемой здравоохранения. В области терапии туберкулеза выдвинулась основная задача - клиническое излечение всех впервые выявленных больных, их медицинская, профессиональная и социальная реабилитация. Для этого необходимо повысить эффективность лечения всех больных, в том числе и хроников.

Реабилитация (от лат. "re" - вновь; + "habilis" - приспособленный) - это сочетание медицинских, общественных и государственных мероприятий, проводимых с целью максимально возможной компенсации (восстановления) нарушенных либо утраченных функций организма и социальной реадaptации (или адаптации) пострадавших и инвалидов.

\* Сухов Виктор Михайлович, доктор медицинских наук, профессор; Богданова Лариса Петровна, доктор медицинских наук, профессор. - Самарский медицинский институт "Реавиз". E-mail: vestnik\_sgeu@mail.ru.

Выделяют следующие основные виды реабилитации: медицинскую, профессиональную и социальную.

*Медицинская реабилитация* - это весь комплекс лечебных воздействий, применяемых при лечении: медикаментозная терапия, хирургическое вмешательство, различные инструментальные процедуры, психотерапия, рефлексотерапия, физиотерапия, лечебная физическая культура, трудовая терапия и санаторно-курортное лечение. Иными словами, медицинская реабилитация осуществляется от момента заболевания (или травмы) до окончательного выздоровления или формирования хронического патологического процесса, который требует поддерживающей терапии.

Кроме того, независимо от вида и характера заболевания или травмы как условие медицинской реабилитации всем больным и пострадавшим должна проводиться физическая и психическая реабилитация.

Основные задачи *физической реабилитации* сводятся к ускорению регенерации, к снижению до минимума степени и объема функциональных и структурных изменений, к интенсификации компенсаторных процессов и облегчению реадaptации к окружающей среде при необратимых органических изменениях.

*Психическая реабилитация* учитывает внутреннюю картину болезни, характер ведущего психопатологического синдрома и особенности личности больного. Полноценный контакт медицинского персонала с пациентом следует поэтому рассматривать не только в аспекте деонтологических отношений, но и как важнейшее средство психической реабилитации. Обнадеживающая информация, которую пациент получает от медицинского персонала (от санитарки до врача), превращается в планомерную психическую реабилитацию.

Задачи медицинской реабилитации можно считать выполненными, если стабилизировано соматическое состояние пациента, а его индивидуальный и социальный статус восстановлены.

*Профессиональная реабилитация* - это:

- ◆ адаптация на прежнем рабочем месте (или реадaptация на новом рабочем месте, но на том же предприятии);

- ◆ реадaptация на новом рабочем месте в условиях, близких к прежней профессиональной деятельности, но с пониженной физической нагрузкой;

- ◆ полная переквалификация с работой на прежнем предприятии;

- ◆ полная переквалификация с трудоустройством по новой специальности.

Переквалификация создает условия для надомного труда или работы в особых цехах с укороченным рабочим днем, индивидуальной нормой выработки и постоянным медицинским наблюдением. Вопрос о переобучении лиц, получивших инвалидность, решает медико-социальная экспертная комиссия. Направление на переобучение выдает отдел социального обеспечения.

*Социальная реабилитация* означает, прежде всего, гарантированные права больных и пострадавших:

- ◆ на бесплатную медицинскую помощь;
- ◆ льготное получение лекарств и путевок в санаторий;

- ◆ материальное обеспечение при частичной или полной утрате трудоспособности;

- ◆ обязательное выполнение администрацией учреждений и предприятий всех предложений и предписаний МСЭК трудовых рекомендаций относительно длительности рабочего дня, исключения работы в ночное время и т.п.

Кроме того, социальная реабилитация включает в себя и комплекс мер по восстановлению или компенсации нарушенной функции (протезирование и т.п.).

Можно также представить полную реабилитацию как последовательное выполнение трех этапов восстановительного процесса, в числе которых:

- 1) клинический этап;
- 2) санаторный этап;
- 3) амбулаторно-поликлинический этап.

*Клинический этап* - это не просто медикаментозное лечение, начатое обычно в стационаре, а начало физической и психологической реабилитации.

*Санаторный этап* реабилитации - это использование всех средств для физической и психологической реабилитации. Возможны следующие варианты реабилитации:

- ◆ полная реабилитация;
- ◆ неполная реабилитация;
- ◆ инвалидизация.

*Амбулаторно-поликлинический этап* реабилитации - это диспансеризация. Задачи диспансеризации:

- ◆ продолжение восстановительного лечения;
- ◆ составление индивидуальной программы восстановительного лечения;
- ◆ обеспечение непрерывности, преемственности и последовательности в организации и осуществлении всей программы лечения.

Что касается конкретно больных туберкулезом, все необходимые действия регламентированы приказом МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г. "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации".

Поскольку туберкулез является не только социальным страданием, но и инфекционным заболеванием, передаваемым аэрогенным путем от человека к человеку, самое важное в реабилитации больного туберкулезом - это сделать его "незаразным", т.е. прервать цепочку передачи МБТ от больного к здоровому. Поэтому в реабилитации больных туберкулезом самым значимым является клинический этап. Укажем общие принципы по противотуберкулезной химиотерапии, изложенные в приказе № 109:

**1.** Целью лечения больных туберкулезом является ликвидация клинических проявлений туберкулеза и стойкое заживление туберкулезных изменений с восстановлением трудоспособности и социального статуса.

У части больных достичь этих целей нельзя, так как существуют объективные пределы возможности лечения. В этих случаях следует добиваться продления жизни больного, прекращения (или уменьшения) бактериовыделения, сохранения частичной трудоспособности.

**2.** Критериями эффективности лечения больных туберкулезом являются:

- ◆ стойкое прекращение бактериовыделения, подтвержденное микроскопическими и культуральными исследованиями;
- ◆ исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления;
- ◆ регрессия рентгенологических проявлений туберкулеза;
- ◆ восстановление функциональных возможностей и трудоспособности пациентов.

**3.** Лечение туберкулеза включает в себя этиотропную противотуберкулезную химиотерапию, при необходимости дополняемую хирургическим лечением, а также патогенетическую терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Впервые выявленные больные туберкулезом не представляют собой однородной массы. Среди них могут быть лица различного возраста, с разными клиническими формами туберкулеза, с наличием или отсутствием деструкции и бактериовыделения. По приказу № 109 вновь выявленных больных туберкулезом разделяют на 4 стандартных режима специфической химиотерапии.

*Первый (I) режим химиотерапии* назначают впервые выявленным больным с бактериовыделением и/или распространенным либо осложненным поражением различных органов. В фазе интенсивной терапии назначают 4 основных препарата: изониазид, рифампицин, пиразинамид и стрептомицин (или этамбутол). Интенсивную фазу лечения продолжают не менее 2 месяцев, больной за это время должен получить 60 доз комбинации из 4 основных препаратов.

Через 2 месяца при хорошем результате решением клинико-экспертной комиссии можно перейти ко 2-му этапу лечения - к фазе продолжения лечения. Эта фаза длится 4 месяца и включает в себя прием изониазида и рифампицина. При внелегочном туберкулезе данная фаза длится 6 месяцев.

*Второй А (II А) режим химиотерапии* назначают при повторном курсе химиотерапии после перерыва в лечении или по поводу рецидива при невысоком риске лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (ЛУ МБТ).

В фазе интенсивной терапии назначают 5 основных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол и стрептомицин. После 60 доз терапии в течение 1 месяца продолжают лечение 4 препаратами (отменяют стрептомицин). Длительность фазы интенсивного лечения 3 месяца - это 90 доз.

Решением КЭК больной переводится в фазу продолжения лечения 3 основными препаратами длительностью не менее 5 месяцев.

*Второй Б (II Б) режим химиотерапии* назначают больным с высоким риском ЛУ МБТ до получения результатов микробиоло-

гического исследования на чувствительность/устойчивость МБТ к основным химиопрепаратам. Обычно это освободившиеся из ИТУ, страдающие сахарным диабетом, а так-же те, у кого при исполнении режима I лечение оказалось неэффективным. Фаза интенсивной терапии при II Б режиме продолжается 3 месяца, когда, помимо 4 основных химиопрепаратов, используются 2-3 резервных химиопрепарата (протионамид, капреомицин, канамицин, фторхинолон). В зависимости от полученных результатов на чувствительность/устойчивость выделяемых больным МБТ фазу продолжения лечения проводят в соответствии с режимами первым (I), вторым А (II А) или четвертым (IV).

*Третий (III) режим химиотерапии* назначают впервые выявленным больным без бактериовыделения, с малыми (ограниченными) и неосложненными формами туберкулеза.

В фазе интенсивной терапии назначают 4 основных препарата (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол/или стрептомицин). Длительность интенсивной фазы - 2 месяца (т.е. 60 доз). Через 2 месяца от начала интенсивной терапии вопрос о переходе ко 2-му этапу лечения решает КЭК на основании данных клинико-рентгенологического и микробиологического исследования. В фазе продолжения лечения назначают 2 основных препарата - изониазид и рифампицин в течение 4 месяцев.

*Четвертый (IV) режим химиотерапии* назначают больным с выделением МБТ, устойчивых к изониазиду и рифампицину одновременно. Такое явление называется множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ).

В фазе интенсивной терапии назначают комбинацию как минимум из 5 противотуберкулезных препаратов, чувствительность к которым сохранена. Обычно это препараты резервного ряда (протионамид, этионамид, циклосерин, канамицин, амикацин, фторхинолон, ПАСК). Через 6 месяцев переходят ко 2-й фазе лечения, длительность которой не менее 12 месяцев.

Если через 6 месяцев сохраняется бактериовыделение, решение о дальнейшей тактике принимается КЭК с участием хирурга. Такой дифференцированный подход к хими-

отерапии больных туберкулезом обусловлен, прежде всего, тем, что полноценная химиотерапия туберкулеза - это основа полноценной реабилитации. Только имея устойчивое абацилирование больного туберкулезом при явно положительной динамике рентгенологических и клинико-лабораторных данных, можно рассчитывать на возвращение пациента к полноценной жизни.

Санаторный этап реабилитации больного туберкулезом обычно проводится в фазе продолжения лечения. Он может длиться 2-4 месяца.

И наконец, этап адаптации. Это амбулаторно-поликлиническое динамическое наблюдение за больным туберкулезом с контролем рентгенологическим, микробиологическим и клинико-лабораторным. Противотуберкулезный диспансер формирует группы диспансерного наблюдения для контроля и учета контингентов больных туберкулезом. Зачисление и перевод из группы в группу делается на основании заключения ЦВКК (КЭК) с учетом особенностей течения и лечения конкретного больного.

Лечение и реабилитация больных различными локализациями внелегочного туберкулеза имеют свои особенности и значительные трудности. Это связано прежде всего с тем, что внелегочный туберкулез является хирургическим заболеванием, в особенности это относится к туберкулезу опорно-двигательного аппарата, лимфатических узлов и мочеполовых органов. В связи с этим противотуберкулезное лечение в диспансере по месту жительства должно проводиться не более одного месяца. Больной должен быть направлен как можно раньше в специализированный стационар. Только так можно избежать тяжелейших осложнений и массовой инвалидизации больных.

Имеются стандартные программы комплексного лечения больных внелегочным туберкулезом, которые отражают особенности каждой конкретной локализации процесса. В программах также отражены: фазы, этапы и режимы противотуберкулезной химиотерапии для каждой категории больных; сроки и виды оперативных вмешательств, которые должны производиться только в высококвалифицированных специализированных учреждениях; тактика и режимы послеопера-

ционного ведения больных и ближайшие реабилитационные мероприятия.

Цели хирургического лечения различных форм внелегочного туберкулеза таковы:

- ◆ удаление очага туберкулезного воспаления;
- ◆ восстановление нарушенных анатомических взаимоотношений пораженного органа;
- ◆ восстановление нарушенных функциональных возможностей пораженного органа;
- ◆ предупреждение осложнений.

Виды хирургических операций таковы:

- 1) лечебно-диагностические операции;
- 2) радикально-профилактические;
- 3) собственно радикальные операции;
- 4) реконструктивно-восстановительные мобилизирующие операции;
- 5) лечебно-вспомогательные операции.

В лечении туберкулеза суставов имеют большое значение также ортопедические режимы (вытяжение, хождение с опорой на костыли, разработка движений в суставе с дозированной нагрузкой на конечности).

При хирургическом лечении туберкулеза позвоночника удаляются туберкулезные очаги и абсцессы, устраняется компрессия спинного мозга и его корешков, восстанавливается опороспособность позвоночника и предупреждаются осложнения.

При хирургическом лечении туберкулеза мочеполовой системы виды хирургических вмешательств таковы:

- 1) органосохраняющие операции (кавернотомия, резекции);
- 2) органуносящие операции (нефрэктомия) - удаление органа, утратившего свою функцию;
- 3) реконструктивно-пластические операции (чаще всего мочеточника).

У больных (категории впервые выявленные, обострения, рецидив и хроническое течение) активным туберкулезом женских половых органов наблюдаются:

- ◆ ограниченный ТЖГ - туберкулез женских генеталий (сальпингит, сальпингоофорит, эндометрит);
- ◆ казеозные формы ТЖГ;
- ◆ ТЖГ, осложненный пельвеоперитонитом, метроэндометритом, панметритом, кровотечением.

У больных ТЖГ исследование на МБТ менструальной крови проводится ежемесяч-

но, а также пунктата заднего свода влагалища (цитологическим исследованием перитонеальной жидкости) в течение 4-6 месяцев от начала лечения.

Хирургическому лечению подлежат женщины с казеозными формами туберкулеза. Удаляют очаг инфекции - тубоовариальное образование, проводят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.

При активном туберкулезе органа зрения может быть или ограниченный процесс (мелкоочаговый хориоретинит; передний серозный и серозно-пластический увеит I-II стадии), или распространенный и осложненный процесс (диссеминированный хориоретинит, керато-склероувеит, панувеит - III - IV стадий заболевания).

Из применяемых препаратов исключается этамбутол из-за токсического действия на сетчатку и зрительный нерв. Помимо консервативного лечения, применяют лазерную коагуляцию или микрохирургическую операцию (экстракция осложненной катаракты, антиглаукоматозные операции).

Среди впервые выявленных с рецидивами и обострениями туберкулеза периферических лимфоузлов (ТПЛУ) выделяют такие категории:

- 1) ограниченный ТПЛУ - изолированное поражение отдельной группы лимфоузлов;
- 2) распространенный ТПЛУ - поражение нескольких групп лимфоузлов;
- 3) ТПЛУ, осложненный абсцедированием или свищеобразованием.

Для всех категорий больных ТПЛУ хирургическое вмешательство является основным и направлено на устранение очага туберкулезной инфекции.

Больные с туберкулезом мозговых оболочек и ЦНС могут быть разделены на следующие категории:

1. Туберкулезный изолированный менингит.
2. Туберкулезный менингоэнцефалит.
3. Туберкулома головного мозга (единичная, множественные).

Лечение в первые 24-28 недель должно проводиться в стационаре, затем 8-12 недель - в санатории. Принципы лечения больных всех категорий едины, но больные с туберкуломами головного мозга нуждаются в более длительном наблюдении.

Большое внимание должно быть уделено патогенетической терапии:

1) преднизолон 30 мг/сут per os, длительность 4-8 недель, снижение по 2,5 мг по мере уменьшения острых симптомов;

2) дегидратационная терапия (маннит 10-15-20% внутривенно капельно; лазикс 40 мг 2-3 раза в неделю; диакарб 250 мг 1 раз в день - 3 дня, 4-й день - перерыв). Контроль - наличие/отсутствие отека зрительного нерва;

3) сосудистая терапия и терапия метаболических процессов головного мозга на протяжении 8-29 недель:

- ◆ кавинтон - 1 таблетка 3 раза в день;
- ◆ трентал - 100 мг 3 раза в день;
- ◆ сермион - 1 таблетка 3 раза в день;
- ◆ ноотропил - 200 мг 3 раза в день;

4) рассасывающая терапия:

- ◆ церебролизин внутримышечно - 2,0 через день;
- ◆ реабилитационные мероприятия - лечебная гимнастика, массаж.

Хирургическое лечение заключается в шунтирующих операциях по поводу гидроцефалии.

Современные методы комплексного лечения больных туберкулезом позволяют добиться их полной реабилитации, особенно при незапущенных формах болезни. Очевидно, что профессиональная и социальная реабилитация больных туберкулезом зависит преж-

де всего от медицинской реабилитации. Имеют значение также возраст, образование, профессия, характер выполняемой работы и условия труда. И, конечно, всегда надо иметь в виду эпидемиологические противопоказания.

1. О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации : приказ МЗ РФ от 21 марта 2003 г. □ 109.

2. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. М., 2007.

3. *Визель А.А.* Хроническая обструктивная болезнь легких и туберкулез / хроническая обструктивная болезнь легких : монография / под ред. А.Г. Чучалина. 2-е изд., стереотип. М., 2011. С. 480-485.

4. *Тополянский В.Д., Ильин В.Я., Кашкаров В.И.* Реабилитация // ММЭ : в 6 т. / гл. ред. В.И. Покровский. М., 1996. Т. 5. С. 181-183.

5. Внелегочный туберкулез / под ред. А.В. Васильева. СПб., 2000.

6. Современные клиничко-социальные характеристики больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией в Самаре / Е.В. Сухова, Е.Н. Николаевский, В.М. Сухов, С.В. Ширяев // Вестн. Самар. гос. экон. ун-та. Самара, 2011. □ 7 (80). С. 145-148.

7. Сравнительный анализ клинических проявлений у больных туберкулезом легких в Самарской области / Е.В. Сухова, Т.Н. Маткина, А.А. Качалин, В.М. Сухов // Вестн. Самар. гос. экон. ун-та. Самара, 2011. □ 6 (80). С. 103-107.

*Поступила в редакцию 24.10.2012 г.*