

**Министерство здравоохранения Нижегородской области
Территориальный Фонд обязательного медицинского страхования Нижегородской области**

Утверждено приказом
МЗ Нижегородской области
от 12.11.07 г. № 34-ОСН

Альбом № 13



**Стандарты
оказания медицинской помощи
взрослому населению Нижегородской области**

Фтизиатрия

г. Н.Новгород
2007 г.

Стандарты оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи населению Нижегородской области

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-Х	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения	Ориентировочные сроки ВН
<p>1.1. Туберкулез органов дыхания впервые выявленный без риска множественной лекарственной устойчивости.</p> <p>а) малые формы без бактериовыделения</p>	<p>A 15.0- -A 15.9 A 16.0 A 16.1</p>	<p>1 УРОВЕНЬ Анализ крови (СОЭ, лейкоциты, НВ). Общий анализ мочи. Анализ мокроты на КУМ микроскопически.</p> <p>2 УРОВЕНЬ Общий анализ крови: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в 1 мес.; в фазу продолжения 1 раз в 3 мес. Общий анализ мочи: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в 1 мес.; в фазу продолжения 1 раз в 3 мес. ФЛГ грудной клетки (в 2-х проекциях) и томография патологии в лёгких: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в 2 мес.; в фазу продолжения по показаниям и по окончании курса химиотерапии. RW, ВИЧ, Hbs As, HCV, сахар крови, ЭКГ до начала лечения, далее по показаниям.</p> <p>3 УРОВЕНЬ Общий анализ крови: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в 1 мес.; в фазу продолжения 1 раз в 3 мес. Общий анализ мочи: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в 1 мес.; в фазу продолжения 1 раз в 3 мес. ФЛГ грудной клетки (в 2-х проекциях) и томография патологии в лёгких:</p>	<p>а) III режим химиотерапии: интенсивная фаза HRZE 60доз; фаза продолжения HR/H₃R₃ – 4 месяца или HE – 6 месяцев. (Химиотерапию можно проводить в дневном стационаре или в санатории).</p>	<p>Рассасывание воспалительных изменений (рентгенологически – полное и частичное). Подготовка к хирургическому вмешательству через 2 месяца от начала лечения (при необходимости).</p>	<p>240 дней</p>	<p>60-90 дней</p>

<p>б) с бактериовыделением и/или распространенные или осложненные формы</p>	<p>A 15.0 A 15.1 A 15.4 A 15.5 A 15.6 A15.7 A 15.8 A 15.9 A 16.0 A16.1</p>	<p>в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в 2 мес. ; в фазу продолжения по показаниям и по окончании курса химиотерапии. RW, ВИЧ, Hbs As, HCV, сахар крови. ЭКГ до начала лечения, далее по показаниям. Кровь на билирубин, трансаминазу: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в мес. ; в фазу продолжения 1 раз в 3 мес. ЛОР, окулист: по показаниям.</p> <p>1 УРОВЕНЬ Анализ крови (СОЭ, лейкоциты, Hb). Общий анализ мочи. Анализ мокроты на КУМ микроскопически.</p> <p>2 УРОВЕНЬ Анализ мокроты на КУМ микроскопически: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в мес. ; в фазу продолжения режима химиотерапии – конец 2 мес., далее по показаниям и перед завершением курса химиотерапии. Посев мокроты на МБТ: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в мес. ; в фазу продолжения режима химиотерапии – конец 2 мес., далее по показаниям и перед завершением курса химиотерапии. Кровь на билирубин, трансаминазу: в интенсивную фазу режима химиотерапии 1 раз в 1 мес. ; в фазу продолжения 1 раз в 3 мес. ЛОР, окулист: по показаниям.</p> <p>3 УРОВЕНЬ, см. 2-й уровень +</p>	<p>б) I режим химиотерапии: интенсивная фаза HRZE/S – 60/90 доз; фаза продолжения HR/H₃R₃ – 4 мес. или HE – 6 мес. Модифицированный I режим химиотерапии при ЛУ к H(+S): интенсивная фаза RZE+2 ПТП резервного ряда до 90 доз; фаза продолжения RZE/RE – 6/9 мес. При ЛУ к R(+S): интенсивная фаза HZE+2 ПТП резервного ряда до 90 доз; фаза продолжения HZE/HE – 6/9 мес.</p>	<p>Прекращение бактериовыделения, уплотнение, рассасывание частичное или полное воспалительных изменений в лёгких, закрытие полостей распада. Подготовка к хирургическому лечению (при необходимости).</p>	<p>300 дней</p>	<p>180-240 дней</p>
---	--	---	--	--	-----------------	---------------------

1.2.Туберкулез органов дыхания, рецидив (ИБ ГДУ) или лечение после прерывания химиотерапии при невысоком риске лекарственной устойчивости		общий белок, белковые фракции, определение чувствительности МБТ к ПТП основного ряда 1-3 УРОВНИ см. п. 1.1.	ПА режим химиотерапии: интенсивная фаза HRZES 60 доз HRZE 30 доз; фаза продолжения HRE/H ₃ R ₃ E ₃ – 5 мес.	Прекращение бактериовыделения, уплотнение, рассасывание частичное или полное воспалительных изменений в легких, закрытие полостей распада. Подготовка к хирургическому лечению при необходимости	330 дней	90-180 дней
1.3. Туберкулез органов дыхания (IA, I Б ГДУ) с высоким риском лекарственной устойчивости или прогрессирование на фоне лечения по I, III, ПА режимам химиотерапии.	A 16.0 A 16.2 A 16.3 A 16.4 A 16.5 A 16.7 A 16.8 A 16.9	2-3 УРОВНИ см. п.1.1	ПБ режим химиотерапии: интенсивная фаза HRZE (Pt, Cap) / (Kfg) 3 мес.; фаза продолжения с учетом лекарственной устойчивости соответственно I, ПА, IV режимам химиотерапии.	Уплотнение, рассасывание, изменение, прекращение бактериовыделения, закрытие полостей распада	360 дней	300 дней БМСЭ.
1.4 Туберкулез органов дыхания с множественной лекарственной устойчивостью	A 15.0 A 15.1	2-3 УРОВНИ см. п. 1.1	IV режим химиотерапии: интенсивная фаза минимум 5 ПТП с учетом чувствительности МБТ – 6 мес.; фаза продолжения – 3 ПТП 12 мес.	Уплотнение, рассасывание, изменение, прекращение бактериовыделения, закрытие полостей распада	540 дней	300 дней БМСЭ.
1.5. Хронический туберкулез органов дыхания ПА ПБ а) вне обострения б) обострение	A 15.0 A 15.1 A 15.2 A 15.3 A 16.0 A 16.1 A 16.2 A 16.3 A 16.4 A 16.5 A 16.7	При обострении см. УРОВНИ 2-3 п. 1.1 При ремиссии: ОАК, ОАМ. Посев мокроты на МБТ. Анализ мокроты на КУМ микроскопически. Рентгенография или флюорография органов грудной клетки 1 раз в 3-6 мес. По показаниям: томография легких. ФВД, ЭКГ, УЗИ. Исследование крови на билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ.	а) Сезонные курсы лечения 2-3-мя противотуберкулезными препаратами с учетом переносимости и чувствительности МБТ. б) ПА, IV режимы химиотерапии с учетом чувствительности МБТ (ПБ ГДУ) до стабилизации процесса. Больным с тотальной устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам проводится симптоматическая терапия.	Отсутствие обострений туберкулезного процесса. Подготовка к хирургическому лечению больных из ПА ГДУ (при необходимости). Улучшение самочувствия у больных из ПБ ГРУ при	А. 150 дней (2 сезонных курса по 75 дней) Лечение можно проводить в санатории Б. см. пп.1.2., 1.3., 1.4.	Как правило, больные не трудоспособны и являются инвалидами.

	A 16.8 A 16.9	Исследование крови на ВИЧ , RW , Hbs Ag при направлении в санаторий и стационар.		обострении.		
1.6 Клиническое лечение туберкулеза органов дыхания (III гр. ДУ)	B 90.8	1-3 УРОВНИ Обязательно: ОАК, ОАМ 1 раз в 6 мес., при проведении лечебных мероприятий – 1 раз в мес. Анализ мокроты на КУМ микроскопически. Посев мокроты на МБТ 1 раз в 6 мес. Рентгенография или флюорография грудной клетки 1 раз в 6 мес. <u>По показаниям:</u> томография легких; исследование крови на билирубин и его фракции, АСТ, АЛТ; исследование крови на RW, ВИЧ, HbsAg (при направлении в санаторий).	Противорецидивные курсы химиотерапии 2-мя противотуберкулезными препаратами при проявлении факторов, ослабляющих сопротивляемость организма.	Отсутствие рецидивов туберкулёзного процесса.	90 дней	Трудоспособны.
1.7. Туберкулез органов дыхания сомнительной активности (0А ГДУ).	Z 03.0	1-3 УРОВНИ ОАК, ОАМ, билирубин, трансаминаза. Анализ мокроты на КУМ микроскопически: 1 раз в 1 мес. Посев мокроты на МБТ 1 раз в 1 месяц. RW, ВИЧ, Hbs As, HCV, ЭКГ, сахар крови до начала проведения тест-терапии противотуберкулёзными препаратами. ЛОР, окулист - по показаниям. Флюорография и томография до и после проведения тест-терапии противотуберкулёзными препаратами.	(Тест-терапия) III режим химиотерапии: HRZE – 60 доз. При подтверждении активности туберкулёзного процесса – перевод в IA или IB ГДУ и проводится фаза продолжения курса химиотерапии. При отсутствии активности туберкулёзного процесса проводится наблюдение в группе риска по туберкулёзу, как рентгеноположительного с ежегодным профилактическим флюорографическим обследованием на терапевтическом участке по месту жительства.		90 дней	90 дней
1.8. Лица, состоящие в бытовом, производственном или профессиональном контакте с больным туберкулёзом (IVA, IVБ гду)	Z 20.1	1-3 УРОВНИ ОАК, ОАМ, флюорография перед зачислением в группу, далее 1 раз в 6 месяцев, по показаниям – чаще. Анализ мокроты на КУМ микроскопически, туберкулиновые пробы с 2ТЕ по показаниям.	Химиопрофилактика по показаниям 1-2 курса в год. Химиопрофилактику можно проводить в санатории		90 дней	

ОАК - общий анализ крови; ОАМ - общий анализ мочи.

**Стандарты оказания стационарной медицинской помощи
взрослому населению Нижегородской области**

**ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

Наименование заболевания	Шифр по МКБ-X	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения	Ориентировочные сроки ВН
1.1. Туберкулез органов дыхания без бактерио-выделения с малыми неосложнёнными формами, впервые выявленный	А 16.0- -А 16.9	<p>2 УРОВЕНЬ</p> <p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, ВИЧ, HbS Aq., HCV. Томография патологии в легких.</p> <p>3 УРОВЕНЬ</p> <p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, HbS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посевы мочи на МБТ. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом (по показаниям).</p> <p>4 УРОВЕНЬ</p> <p>Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 4-х проекциях) или рентгенография. ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ.</p>	III режим химиотерапии: фаза интенсивной терапии, фаза продолжения терапии по показаниям; патогенетическая и симптоматическая терапия, ИП, ПП по показаниям,	Уплотнение и рассасывание воспалительных изменений (рентгенологически – полное и частичное). Подготовка к хирургическому вмешательству через 2 месяца (при необходимости).	90 дней	90 дней

		<p>Кровь на билирубин, трансаминазу, HBS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посев мочи на МБТ. Плевропункции по показаниям. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом. Осмотр женщин гинекологом ФВД. Бронхоскопия. Исследование мокроты на неспецифическую микрофлору (по показаниям). УЗИ внутренних органов по показаниям. Кровь на общий белок, белковые фракции, креатинин, мочевины. Реакция Манту с 2 ТЕ. Иммунологические реакции. Коагулограмма. Определение группы крови, RH-фактора. Посев мокроты на МБТ (ВАСТЕС) по показаниям</p>				
<p>1.2. Туберкулез органов дыхания с бактериовыделением и/ или распространённый либо осложнённый поражением различных органов: впервые выявленные больные</p>	<p>A 15.0- A 15.9</p>	<p>2 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализ мокроты на КУМ микроскопически. Посевы мокроты на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, ВИЧ, HBs Aq. Томография патологии в легких. 3 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализ мокроты на КУМ микроскопически. Посевы мокроты на МБТ.</p>	<p>I режим химиотерапии : фаза интенсивной терапии, фаза продолжения терапии (по показаниям)</p>	<p>Нормализация состояния больного, прекращение бактериовыделения (бактериоскопически), рассасывание воспалительных изменений (R-логически – полное и частичное). Подготовка к хирургическому лечению через 2 месяца (при необходимости).</p>	<p>180 дней</p>	<p>180 дней</p>

	<p>Кровь на билирубин, трансаминазу, HBS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посевы мочи на МБТ. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом (по показаниям). 4 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 4-х проекциях) или рентгенография. ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, HBS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посев мочи на МБТ. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом. Осмотр женщин гинекологом ФВД. Бронхоскопия. Исследование мочи на неспецифическую микрофлору (по показаниям). УЗИ внутренних органов по показаниям. Кровь на общий белок, белковые фракции, креатинин, мочевину. Реакция Манту с 2 ТЕ. Иммунологические реакции. Коагулограмма. Определение группы крови, RH-фактора. Посев мочи на МБТ (ВАСТЕС) по показаниям</p>				
--	--	--	--	--	--

<p>1.3 Туберкулез органов дыхания при повторном курсе химиотерапии после перерыва в лечении или по поводу рецидива при невысоком риске лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза</p>	<p>A 15.0- -A15.9</p>	<p>2 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, ВИЧ, HbS Aq. Томография патологии в легких.</p> <p>3 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, HbS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посевы мочи на МБТ. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом (по показаниям).</p> <p>4 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 4-х проекциях) или рентгенография. ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, HbS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких.</p>	<p>II A режим химиотерапии : фаза интенсивной терапии, фаза продолжения терапии (по показаниям)</p>	<p>Нормализация состояния больного, прекращение бактериовыделения (бактериоскопически), рассасывание воспалительных изменений (R-логически – полное и частичное). Подготовка к хирургическому лечению через 2 месяца (при необходимости).</p>	<p>180 дней</p>	<p>180 дней</p>
--	---------------------------	--	---	---	-----------------	-----------------

		Посев мочи на МБТ. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом. Осмотр женщин гинекологом ФВД. Бронхоскопия. Исследование мокроты на неспецифическую микрофлору (по показаниям). УЗИ внутренних органов по показаниям. Кровь на общий белок, белковые фракции, креатинин, мочевины. Реакция Манту с 2 ТЕ. Иммунологические реакции. Коагулограмма. Определение группы крови, RH-фактора. Посев мокроты на МБТ (ВАСТЕС) по показаниям				
1.4. Туберкулез органов дыхания с высоким риском лекарственной устойчивости микобактерий до получения результатов микробиологического исследования.	А 15.0- -А15.9 А 19.0 А 19.9	2 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализы мокроты на КУМ микроскопически. Посевы мокроты на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, ВИЧ, HbS Aq. Томография патологии в легких. 3 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализы мокроты на КУМ микроскопически. Посевы мокроты на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, HbS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посевы мочи на МБТ.	П Б режим химиотерапии : фаза интенсивной терапии, фаза продолжения терапии (по показаниям)	Нормализация состояния больного, прекращение бактериовыделения (бактериоскопически), рассасывание воспалительных изменений (R-логически – полное и частичное). Подготовка к хирургическому лечению через 4 месяца (при необходимости).	240 дней	240 дней

		<p>Осмотр окулистом, ЛОР-врачом (по показаниям).</p> <p>4 УРОВЕНЬ</p> <p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Кровь на RW.</p> <p>Флюорография грудной клетки (в 4-х проекциях) или рентгенография.</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Сахар крови.</p> <p>Анализ мочи на КУМ микроскопически.</p> <p>Посевы мочи на МБТ.</p> <p>Кровь на билирубин, трансаминазу, HBS ag, ВИЧ, HCV.</p> <p>Томография патологии в легких.</p> <p>Посев мочи на МБТ.</p> <p>Осмотр окулистом, ЛОР-врачом.</p> <p>Осмотр женщин гинекологом ФВД.</p> <p>Бронхоскопия.</p> <p>Исследование мочи на неспецифическую микрофлору (по показаниям).</p> <p>УЗИ внутренних органов по показаниям.</p> <p>Кровь на общий белок, белковые фракции, креатинин, мочевины.</p> <p>Реакция Манту с 2 ТЕ.</p> <p>Иммунологические реакции.</p> <p>Коагулограмма.</p> <p>Определение группы крови, RH-фактора.</p> <p>Посев мочи на МБТ (ВАСТЕС) по показаниям</p>				
1.5. Туберкулез органов дыхания у больных выделяющих МБТ с множественной лекарственной устойчивостью	A 15.0 A15.9	<p>2 УРОВЕНЬ</p> <p>Общий анализ крови.</p> <p>Общий анализ мочи.</p> <p>Кровь на RW.</p> <p>Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография</p> <p>ЭКГ.</p> <p>Сахар крови.</p> <p>Анализ мочи на КУМ микроскопически.</p> <p>Посевы мочи на МБТ.</p> <p>Кровь на билирубин, трансаминазу,</p>	IV Б режим химиотерапии : фаза интенсивной терапии, фаза продолжения терапии (по показаниям)	Нормализация состояния больного, прекращение бактериовыделения (бактериоскопически), рассасывание воспалительных изменений (R-логически – полное и частичное). Подготовка к хирургическому лечению	300 дней	300 дней далее МСЭ

	<p>ВИЧ, HbS Aq. Томография патологии в легких. 3 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 2-х проекциях) или рентгенография ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, HbS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посевы мочи на МБТ. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом (по показаниям). 4 УРОВЕНЬ Общий анализ крови. Общий анализ мочи. Кровь на RW. Флюорография грудной клетки (в 4-х проекциях) или рентгенография. ЭКГ. Сахар крови. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посевы мочи на МБТ. Кровь на билирубин, трансаминазу, HbS aq, ВИЧ, HCV. Томография патологии в легких. Посев мочи на МБТ. Осмотр окулистом, ЛОР-врачом. Осмотр женщин гинекологом ФВД. Бронхоскопия. Исследование мочи на неспецифическую микрофлору (по показаниям). УЗИ внутренних органов по показаниям. Кровь на общий белок, белковые фракции, креатинин, мочевины. Реакция Манту с 2 ТЕ. Иммунологические реакции.</p>		<p>через 4 месяца (при необходимости).</p>		
--	--	--	--	--	--

		Коагулограмма. IV режим (фаза интенсивной терапии + фаза продолжения терапии) Определение группы крови, RH-фактора. Посев мокроты на МБТ (ВАСТЕС) по показаниям				
I.6 Туберкулез органов дыхания с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, язвенная болезнь, бронхиальная астма и др. заболевания)	A15.0- -A16.9, A 19.0, A 19.8	3-4 УРОВЕНЬ Обследование, соответствующее категории туберкулеза органов дыхания, с применением стандартов обследования сопутствующих патологий	Лечение, соответствующее категории туберкулеза органов дыхания с применением стандартов обследования сопутствующих патологий	Те же что и при лечении всех форм туберкулеза органов дыхания	Срок лечения, соответствующий категории туберкулеза органов дыхания, + 60 дней	150-360 дней, далее МСЭ

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГРУППА БОЛЬНЫХ, НАПРАВЛЯЕМАЯ В ОБЛАСТНОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ-Х	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения в стационаре	Ориентировочные сроки ВН
Очаговый туберкулез неясной активности, плотные очаги, фиброз. 0А ГДУ	В 90.9 Z 03	<p>2 УРОВЕНЬ</p> <p>Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на билирубин, АлАТ, тимол. пробу, HBsAg, антиген гепатита С, анализ кала на яйца глист, мазок из зева на дифтерию, исследование мокроты на МБТ (бактериоскопия), пр. Манту с 2ТЕ, R-графия грудной клетки, томограммы легких.</p> <p>Консультация гинеколога для женщины.</p> <p>Консультация окулиста и отоларинголога (по показаниям)</p> <p>3 УРОВЕНЬ</p> <p>Диагностические мероприятия 2-го уровня в динамике или при их отсутствии.</p> <p>Посевы мокроты и мочи на МБТ+ бактериоскопия, ИФА, РТМЛ, «Серочек»-тест пробы Манту.</p> <p>Дополнительные:</p> <p>бронхоскопия с аспиратом (или БАЛ, биопсией) с последующим бактериологическим исследованием на МБТ, цитологическим, гистологическим исследованием.</p> <p>4 УРОВЕНЬ</p> <p>Диагностические мероприятия 1-3-го уровня в динамике или при их отсутствии</p> <p>Общий анализ крови, общий анализ мочи, пр. Манту с 2ТЕ, кровь на сахар, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, мочевины, креатинин сыворотки крови, гликированный гемоглобин, церулоплазмин, гаптоглобин, СРБ, общий белок и белковые фракции сыворотки крови, РТМЛ, ИФА, иммунограмма, кровь на свечение (анализы</p>	<p>Противотуберкулезные препараты:</p> <p>I режим химиотерапии, по показаниям - IIБ режим химиотерапии.</p> <p>Витамины, биогенные стимуляторы, лидаза, антиоксиданты, ФТЛ</p>	<p>При отсутствии R-динамики перевод в R+ группу под наблюдение терапевта. В случае частичного или полного рассасывания очагов при R- контроле – перевод в IA ГДУ с последующим долечиванием по I режиму химиотерапии или по IIБ режиму химиотерапии</p>	90 дней	<p>До 90 дней</p> <p>При переводе в IA ГДУ – до 120 дней</p>

		<p>крови и мочи в динамике), посевы мокроты и мочи на МБТ, люминисц. микроскопия мокроты на МБТ, R- графия грудной клетки, бронхоскопия с аспиратом (или БАЛ, биопсией) с последующим бактериологическим исследованием на МБТ, цитологическим, гистологическим исследованием. Исследования мокроты на МБТ (Vactec)</p> <p>Дополнительные (по показаниям): консультации окулиста, отоларинголога, терапевта и др. узких специалистов, иммунограмма, радиотермометрия, белково-туберкулиновые пробы.</p> <p>При наличии сопутствующих заболеваний – диагностические мероприятия, проводимые при данной патологии.</p>				
<p>Дифференциально-диагностическая группа заболеваний легких, ОБ. Туберкулез легких. Пневмонии.</p> <p>Саркоидоз.</p> <p>Злокачественные новообразования.</p> <p>Доброкачественные образования.</p> <p>Проф заболевания.</p> <p>Пневмокониоз, связанный с туберкулезом. Альвеолиты.</p> <p>Коллагенозы.</p> <p>Плеврит неспецифической этиологии, и прочие.</p>	<p>A15.0- A15.9 A16.0- A16.9 J13- J16 J18 D86.0- D86.9 C34.0- C34.9 D14.3 J60-J63</p> <p>J65</p> <p>J67.0- J67.9 M32.0- M32.9 D 19.0</p> <p>J94.9</p>	<p>2 УРОВЕНЬ</p> <p>Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на билирубин, АлАТ, тимол. пробу, HBsAg, антигены гепатита С, анализ кала на яйца глист, мазок из зева на дифтерию, исследование мокроты на МБТ (бактериоскопия), исследование мокроты на атип. кл., посев мокроты на флору, пр. Манту с 2ТЕ, R-графия грудной клетки, томограммы легких, УЗИ органов брюшной полости, консультация окулиста, консультация гинеколога для женщины, при подозрении на метастатический процесс – обследование др. органов и систем, по показаниям - плевропункция с цитологическим и бактериологическим исследованием экссудата.</p> <p>3 УРОВЕНЬ</p> <p>Диагностические мероприятия 2-го уровня в динамике или при их отсутствии</p> <p>Посевы мокроты и мочи на МБТ. Исследование мокроты на МБТ методом люмикроскопии. ИФА, РТМЛ, «Серочек»-тест пробы Манту.</p> <p>Дополнительные: бронхоскопия с различными видами биопсий, аспиратом, БАЛ с</p>	<p>Отхаркивающие, противокашлевые, бронхолитики, антибиотики.</p> <p>В случае установления диагноза «туберкулез» - противотуберкулезное лечение по основному курсу в соответствии с формой заболевания.</p> <p>В случае установления диагноза «саркоидоз» – лечение по поводу саркоидоза.</p>	<p>Установление диагноза заболевания.</p> <p>Если диагноз не установлен - перевод больного на 4 уровень</p> <p>Установление диагноза заболевания.</p>	90 дней	90 дней

	<p>цитологическими, гистологическими и бактериологическими исследованиями в т.ч. на МБТ, по показаниям - плевропункция с цитологическим и бактериологическим исследованием экссудата.</p> <p>4 УРОВЕНЬ</p> <p>Диагностические мероприятия УРОВНЕЙ 1-3 в динамике или при их отсутствии.</p> <p>Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, коагулограмма, группа крови и резус-фактор, мочевины, креатинин, общий белок и белковые фракции, сыворотки крови, коагулограмма, гаптоглобин, церулоплазмин, СРБ, РТМЛ, ИФА, «Серочек»-тест пробы Манту, кровь на свечение, проба Манту с 2ТЕ, Р-графия грудной клетки, томограммы легких (или через средостение), бронхоскопия с различными видами биопсии, аспиратом, БАЛ с последующим цитологическим и бактериологическим исследованием бронхологического материала, по показаниям - плевропункция с цитологическим и бактериологическим исследованием экссудата, исследования материала на МБТ (Bactec)/</p> <p>Консультация гинеколога для женщин.</p> <p>Дополнительные (по показаниям):</p> <ul style="list-style-type: none"> • иммунограмма • исследование мокроты на антип. кл., флору, грибы • белково-туберкулиновые пробы • трансторакальная игловая биопсия легкого • трансторакальная биопсия плевры • при наличии периф. лимфатических узлов их игловая или хирургическая биопсия • компьютерная томография грудной клетки • диагностическая медиостинотомия • диагностическая тораскопия 			90 дней	90 дней
--	--	--	--	---------	---------

	<ul style="list-style-type: none"> • диагностическая торакотомия • цитологическое, гистологическое и бактериологическое исследование материалов, полученных при различных видах биопсий • консультации узких специалистов • при подозрении на метастатический процесс обследование др. органов и систем для выявления первичной опухоли • при отсутствии возможности морфологической диагностики – тест-терапия противотуберкулезными препаратами в течении 1 месяца <p>При наличии сопутствующих заболеваний перечень диагностических мероприятий дополняется мероприятиями, проводимыми при данном виде патологии.</p>				
--	---	--	--	--	--

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ (4 УРОВЕНЬ)

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ -Х	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения в стационаре	Ориентировочные сроки ВН
<p>I.Резекции легких:</p> <p>1. Сегментарные резекции.</p> <p>2. Комбинированные резекции.</p> <p>Комбинированные двухсторонние поэтапные, одномоментные.</p> <p>3. Лоб и билобэктомии.</p>	<p>A 15.0- A15.4</p> <p>A16.0 A16.1 A16.2 A16.3</p>	<p>Обязательный:</p> <p>Анализ крови и мочи, посев мокроты на МБТ и на флору.</p> <p>ЭКГ, ФВД.</p> <p>Бронхоскопия.</p> <p>Билирубин, ферменты.</p> <p>Антигены, сахар крови, гликолизир, гемоглобин, пр. Зимницкого, РW, ВИЧ, группа крови, Rh-фактор, коагулограмма.</p> <p>По показаниям:</p> <p>УЗИ.</p> <p>ФГС.</p> <p>Мокрота на грибы леоса</p> <p>Креатинин и мочевины.</p> <p>R-обследование.</p> <p>КЩБ.</p> <p>Сканирование.</p> <p>Моча по Ничипоренко.</p>	<p>Обязательный :</p> <p>1. I режим химиотерапии</p> <p>2. III режим химиотерапии</p> <p>3. II A режим химиотерапии</p> <p>4. IV режим химиотерапии</p> <p>3 мес. интенсивная фаза</p> <p>3 мес. фаза продолжения</p> <p>3 мес. интенсивная фаза</p> <p>3 мес. фаза продолжения</p> <p>3 мес. интенсивная фаза</p> <p>3 мес. фаза продолжения</p> <p>1 мес. интенсивная фаза 5м фаза продолжения</p> <p>IV режим химиотерапии 6 мес. после операции</p>	<p>Заполнение гемиторакса.</p> <p>Отсутствие жидкости в плевр. полости расправлен. легкого.</p>	<p>40 дней после операции</p> <p>50 дней после операции</p> <p>60 дней после операции</p> <p>80 дней после операции</p> <p>60 дней после операции</p> <p>100 дней после операции</p>	<p>до 100 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение п/оп.</p> <p>120 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение</p> <p>150 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение, напр. на МСЭ</p> <p>120 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение</p> <p>До 150 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение, напр. на МСЭ</p>
<p>II Коляпсохирург. Операции :</p>						

7. Торокопластика.					50 дней после операции	120 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение, напр. на МСЭ
8. Кавернотомия с торокопластикой.					60 дней после операции	120 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение, напр. на МСЭ
9. Кавернотомия с перевязкой бронхов.					70 дней после операции	120 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение
10. Удаление внутригрудных лимфоузлов.					50 дней после операции	90 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение
11. Эмпиема плевры-схема индивид. лечения.					180 дней	180 дней в т. ч. амбулаторное или санаторное лечение, напр. на МСЭ

МОЧЕПОЛОВОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ -X	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения в усл. стационара	Срок ВН
МПТ ограниченный, неструктивный Паренхиматозный туберкулез почек. Туберкулезный папиллит. Туберкулез мужских половых органов. (Без хирургического лечения).	A18.1	ОКО. Посев мочи на МБТ. Посев сока простаты и эякулята на МБТ. Экскр. и ретр. урография УЗИ. Цистоскопия. Генитография. Простатография. КТ. Радиоизотопные исследования (по показаниям), туберкулиновые пробы. Иммунологические исследования. ИФА.	Интенсивная фаза Химиотерапия HREZ. Патогенетическая терапия. (Физиолечение: эл/форез, лидазы, УЗ). Рассасывающие препараты. Биостимуляторы. Местное лечение: массаж простаты, магнитолазеротерапия на наружные половые органы. Фаза продолжения Химиотерапия HR/H ₃ R ₃ Патогенетическая терапия.	Абациллирование. Снятие интоксикации. Ликвидация воспаления в наружных половых органах. Завершение противовоспалительной терапии. Восстановление функции органов. Восстановление трудоспособности.	90 дней 60 дней в санатории, затем амбулаторно.	180-240 дней
Паренхиматозный туберкулез почек. Туберкулезный папиллит. Туберкулез мужских половых органов. (С хирургическим лечением).		ОКО. Посев мочи на МБТ. Посев сока простаты и эякулята на МБТ. Экскр. и ретр. урография УЗИ. Цистоскопия. Генитография. Простатография. КТ. Радиоизотропные исследования (по показаниям), туберкулиновые пробы. Иммунологические исследования. ИФА. ОКО. Посев мочи на МБТ.	Интенсивная фаза Химиотерапия HREZ. Патогенетическая терапия. (Физиолечение: эл/форез, лидазы, УЗИ). Рассасывающие препараты. Биостимуляторы. Местное лечение: массаж простаты, магнитолазеротерапия на наружные половые органы. Фаза продолжения I этап Операция на мужских половых органах. Химиотерапия HRE. Рассасывающая терапия, местное лечение. Фаза продолжения II этап HZ, физиолечение, рассасывающая терапия.	Абациллирование. Снятие интоксикации. Ликвидация воспаления в наружных половых органах. Заживление после опер. раны. Рассасывание инфильтративных и рубцовых изменений. Завершение противовоспалительного лечения. Восстановление трудоспособности.	60 дней 60 дней в санатории, затем амбулаторно 60 дней.	180-240 дней

<p>МПТ ограниченный, деструктивный, монокавернозный туберкулез почки.</p>		<p>ОКО. Посев мочи на МБТ. Экскр. и ретр. пиелография. УЗИ. Цистоскопия. КТ. Радиоизотопные исследования. Туб. пробы. Иммунологические исследования, ИФА.</p> <p>ОКО. Посев мочи на МБТ.</p> <p>ОКО. Посев мочи на МБТ.</p>	<p>Интенсивная фаза HREZ, патогенет. терапия. Физиолечение.</p> <p>Фаза продолжения I этап Операция. Резекция почки. HREZ с переходом на HRE. Физиолечение. Патогенетическое лечение. ЛФК. Массаж п/области.</p> <p>Фаза продолжения II этап Физиолечение. Патогенетическая терапия.</p>	<p>Абацилирование. Снятие туб. интоксикации. Ликвидация вторичного пиелонефрита. Подготовка к операции. Заживление п/о раны. Восстановление функции оперированной почки. Ликвидация вторичного пиелонефрита. Завершение противовоспалительной терапии.</p>	<p>60 дней</p> <p>90 дней.</p> <p>60 дней в стационаре, амбулаторно 60 дней.</p>	<p>150-210 дней</p>
<p>МПТ распространенный, деструктивный: Поликавернозный туберкулез почки (пионефроз, фиброзно-кавернозный туберкулез, выключенный туб.), в т.ч. с вовлечением туб. мочеточника, туберкулеза мочевого пузыря, туберкулеза мужских половых органов. С хронической почечной недостаточностью. С ренальной гипертензией.</p>		<p>ОКО. Посев мочи на МБТ.</p> <p>ОКО. Посев мочи на МБТ. Экскреторная урография, цистоскопия</p>	<p>Интенсивная фаза HREZ/S Патогенетическая терапия. Инстиляции в мочевой пузырь. Гипотензивная терапия. Физиолечение. При выраженной интоксикации и явлениях почечной недостаточности - гемодиализ, гемосорбция.</p> <p>Фаза продолжения I этап (при хирургическом лечении). HREZ. При ХПН HRE-интермитирующим методом. Операция: нефрэктомия. Резекция почки. Пластические операц. на мочевом пузыре и мочеточнике. Патогенетическое лечение. Физиолечение.</p>	<p>Снятие симптомов тубинтоксикации. Подготовка к оперативному лечению. Коррекция ХМП. Коррекция ренальной гипертензии. Коррекция дизурия.</p> <p>Заживление послеоперационной раны. Абацилирование. Восстановление функции и емкости мочевого пузыря. Коррекция вторичного пиелонефрита и цистита. Коррекция ХПН. Коррекция реналь-</p>	<p>60 дней</p> <p>120 дней в стационаре (при ХПН до 180 дней).</p>	<p>300-360 дней, затем – МСЭ</p> <p>120-180 дней. БМСЭ</p>

		ОКО. Посев мочи на МБТ.	Фаза продолжения II этап 3 этап. HRE с переходом на HZ (интермиттирующим методом при ХПН). Физиолечение. Патогенетическая терапия.	ной гипертонии. Восстановление функциональных способностей почек. При ХПМ снижение азотемии. Восстановление трудоспособности.	90 дней в санатории (при ХПН санаторное лечение противопоказано) Амбулаторно до 12 мес. При неблагоприятном трудовом прогнозе направление на МСЭК.	300-360 дней, МСЭ
--	--	-------------------------	--	---	--	----------------------

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МПТ

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ -Х	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения в усл. стационара	Срок ВН
Дифференциальная диагностика МПТ. 1. Отсутствие функции почки: МПТ. Рак почки. Врожденная аплазия почки. Гидронефротическая трансформация. Мочекаменная болезнь. Хронический пиелонефрит в терминальной стадии. Поликистоз почки.	A18.1 C 64 Q 60.3 N 13.0 N 20.0- N20.9 N11.1 Q 61.2	ОКО. Посев мочи на МБТ. Внутривенная урография, цистоскопия, КТ, УЗИ	Пробное лечение HER	Морфологическое. Бактериологическое. Клиническое. Р-лабораторное. Отсутствие признаков МПТ.	30 дней	В зависимости от нозологии
2. Полостное образование почки: МПТ-каверна. Солитарная киста почки. Гидрокаликоз.	A 18.1 N 28.1 N 13.0	ОКО. Посев мочи на МБТ. Рентгеноурологическое обследование. КТ. УЗИ	Пробное лечение HER	Морфологическое. Бактериологическое. Клиническое. R-лабораторное отсутствие признаков МПТ.	30 дней	В зависимости от нозологии
3. Реконтрастные участки, петрификаты в проекции почек: МПТ - кальцинированная каверна. Мочекаменная болезнь (камни в проекции полостей почки).	A 18.1 N 20.0	ОКО. Посев мочи на МБТ. Рентгеноурологическое обследование. КТ. УЗИ	Пробное лечение HER	Морфологическое. Бактериологическое. Клиническое. R-лабораторное. отсутствие признаков МПТ.	30 дней 30 дней	В зависимости от нозологии
4. Циститы разной этиологии: МПТ с поражением мочевого пузыря.	A 18.1	ОКО, посев мочи на МБТ. Спиртовые смывы со слизистой мочевого пузыря на атипичные клетки. Цистоскопия. Цистография. УЗИ моче-	Пробное лечение HER	Морфологическое. Бактериологическое. Клиническое.	60 дней.	В зависимости от нозологии

Рак мочевого пузыря. Хронический цистит (не специфический). Цистальгия. Камни мочевого пузыря.	С 67 N 30.1 N31 N 21.0	вого пузыря. Эндовизикальная биопсия мочевого пузыря. При необходимости индивид. показаний назначаются другие методы обследования.		Р-лабораторное. отсутствие признаков МПТ.		
5. Простатиты: МПТ с поражением простаты. Рак простаты. ДГП (доброкачественная гиперплазия простаты).	А 18.1 С 61 N 40	ОКО. Посев мочи на МБТ. Посев сока простаты и эякулята на МБТ. УЗИ простаты. Цистография. Генитография. Биопсия простаты. КТ простаты.	Пробное лечение HER.	Морфологическое. Бактериологическое. Клиническое. Р-лабораторное. отсутствие признаков МПТ.	30 дней.	В зависимости от нозологии
6. Орхоэпидидимиты и уретриты: МПТ с поражением яичка, придатка яичка и уретры. Хронический неспецифический орхит, эпидидимит, уретрит. Рак яичка. Доброкачественная опухоль (кисты, аденомы, липомы, водянки). Структуры уретры нетуберкулезной этиологии. Паховые грыжи.	А 18.1 N 45 N 34 С 62 D 29 N 35 К 40	ОКО. Посев мочи на МБТ. Посев сока простаты и эякулята на МБТ. УЗИ яичка и придатка. Уретроскопия. Уретрография. Биопсия яичка и придатка.	Пробное лечение HER. Операции: эпидидимэктомия. Орхэктомия. Пластика уретры. Бужирование уретры. Операция Винкельмана, гистологическое исследование и бак. исследование после операции.	Морфологическое. Бактериологическое. Клиническое. Р-лабораторное. отсутствие признаков МПТ.	60 дней.	В зависимости от нозологии

КОСТНО-СУСТАВНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ -X	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения в усл. стационара	Срок ВН
1. 1. Туберкулез суставов активный, I Ф ГДУ	А 18.0	<p>4 УРОВЕНЬ</p> <p>ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции.</p> <p>Туберкулинодиагностика.</p> <p>Микроскопия и посев мокроты на МБТ 3х-кратно, посев мочи на МБТ 3х-кратно.</p> <p>Рентгено-томографическое исследование – при поступлении, далее через 1, 2, 4-5 мес.</p> <p>Фистуло- и абсцессография.</p> <p>УЗИ</p> <p>Пункция абсцесса, полости сустава с исследованием цитологическими, бактериологическими, серологическими методами.</p> <p>Исследование материала (пунктатов, отделяемого свищей) на МБТ и неспецифическую флору с определением чувствительности к противотуберкулёзным препаратам и антибиотикам.</p>	<p>I, III, II А режимы химиотерапии,</p> <p>По показаниям – II Б режим химиотерапии,</p> <p>При наличии множественной лекарственной устойчивости – IV режим химиотерапии,</p> <p>Патогенетическая терапия, лечение сопутствующей патологии.</p> <p>Хирургическое лечение – по показаниям.</p>	<p>Определение степени активности и характера процесса, снятие симптомов интоксикации, профилактика осложнений, улучшение функции внутренних органов, определение необходимости и возможности хирургического лечения.</p> <p>Ликвидация костных очагов, нормализация общего состояния.</p> <p>Общезональная реабилитация оперированного сустава и восстановление опороспособности конечности.</p>	180 дней	180 дней, далее - МСЭ.

1.2. Туберкулез суставов неактивный и его последствия.	В 90.0- В 90.2	Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы: ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции. Микроскопия и посев мокроты на МБТ 3х-кратно, посев мочи на МБТ 3х-кратно – на 1-ой неделе. Рентгено-томографическое исследование - при поступлении, через 1 месяц, далее - по показаниям, Туберкулинодиагностика. Осмотр специалистов по сопутствующей патологии и проведение необходимого комплекса обследования – по показаниям.	Противорецидивная терапия HR/HZ Физиотерапевтическое Симптоматическая терапия Хирургическое лечение по показаниям	Определение степени активности и характера процесса, улучшение функции внутренних органов, определение необходимости и возможности хирургического лечения.	90 дней.	
2.1. Туберкулез позвоночника активный	А 18.0	Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы: ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции. Микроскопия и посев мокроты на МБТ 3х-кратно, посев мочи на МБТ 3х-кратно. Рентгено-томографическое исследование - при поступлении, через 2 месяца, далее – по показаниям через 3 и 6 месяцев. УЗИ – по показаниям. Туберкулинодиагностика. Осмотр специалистов по сопутствующей патологии и проведение необходимого комплекса обследования – по показаниям. Исследование операционного материала на МБТ с определением чувствительности к противотуберкулёзным препаратам.	Химиотерапия по режиму I, II А, По показаниям – режим II Б, IV Местное лечение – с 7 недели Патогенетическое лечение Лечение сопутствующей патологии. Хирургическое лечение – по показаниям	Снятие симптомов интоксикации, уменьшение воспалительного процесса. Определение необходимости и возможности хирургического лечения.	210 дней	210 дней, далее - МСЭ
2.2. Туберкулез позвоночника, осложненный спинномозговыми расстройствами и большими абсцессами незави-	А 18.0	Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы: ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фрак-	Химиотерапия по режиму I, II А, По показаниям – режим II Б, IV Патогенетическое лечение Лечение сопутствующей патологии. Хирургическое лечение – по показаниям	Снятие симптомов интоксикации, уменьшение воспалительного процесса в пораженном	240 дней	240 дней, далее - МСЭ

симо от распространенности и степени активности деструктивного процесса.		ции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции. При пункции – исследование пунктата на МБТ с определением чувствительности к противотуберкулёзным препаратам. Рентгено-томографическое исследование – 1-я, 9-я, 16-я, 20-я, 32-я недели. УЗИ – по показаниям. ЭКГ, ФВД, КЩБ – по показаниям. Бронхоскопия – 1-я-2-я недели по показаниям. Туберкулинодиагностика Морфологическое исследование при операции. Осмотр специалистов по сопутствующей патологии и проведение необходимого комплекса обследования – по показаниям		органе, стимуляция иммунитета. Определение необходимости и возможности хирургического лечения. Профилактика осложнений.		
2.3. Туберкулез позвоночника. Последствия туберкулеза позвоночника в виде выраженной нестабильности позвоночника спинномозговых и других неврологических расстройств.	В 90.2	Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы: ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции. Микроскопия и посев мокроты на МБТ 3х-кратно, посев мочи на МБТ 3х-кратно – на 5-ой неделе. Рентгено-томографическое исследование – 2-я, 4-я, 6-я, 10-я, 14-я, 20-я недели. УЗИ – по показаниям. ЭКГ, ФВД, КЩБ – по показаниям. Бронхоскопия – по показаниям Осмотр специалистов по сопутствующей патологии и проведение необходимого комплекса обследования – по показаниям.	Противорецидивный курс химиотерапии – НР. Патогенетическое лечение Симптоматическая терапия	Снятие симптомов интоксикации, предупреждение развития грубого фиброза, стимуляция иммунитета, предупреждение развития устойчивых к ПТП штаммов МБТ. Определение необходимости и возможности хирургического лечения. Профилактика осложнений.	90 дней	
3.1. Туберкулез периферических лимфоузлов (ТПЛУ).	А18.2	Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы: ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции.	Химиотерапия по режиму III Патогенетическое лечение. Лечение сопутствующей патологии. Хирургическое лечение – 2-я или 3-я неделя.	Удаление очага деструкции, снятие симптомов интоксикации, рассасывание местных воспалительных изменений, купи-	120 дней	120 дней

		<p>Микроскопия и посев мокроты на МБТ 3х-кратно, посев мочи на МБТ 3х-кратно – 2-я - 3-я неделя, туберкулинодиагностика по показаниям.</p> <p>ИФА с туберкул. антигеном – 1-я, 12-я недели.</p> <p>Осмотр специалистов по сопутствующей патологии и проведение назначенного обследования – по показаниям</p>		<p>рование осложнений.</p> <p>Восстановление функциональных возможностей, коррекция побочного эффекта ПТП, профилактика устойчивости МБТ к ПТП.</p>		
3.2. ТПЛУ, осложненный абсцедированием или свищеобразованием.	А 18.2	<p>Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы:</p> <p>ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции.</p> <p>МБТ – 1-я и 4-я недели.</p> <p>Туберкулинодиагностика – по показаниям.</p> <p>ИФА с туберкул. антигеном – 12-я и 24-я недели.</p> <p>ЭКГ, ФВД, УЗИ – по показаниям.</p> <p>Осмотр специалистов по сопутствующей патологии и проведение назначенного обследования – по показаниям</p>	<p>Химиотерапия по режиму I, II А, По показаниям – режим II Б, IV</p> <p>Местное лечение – с 7 недели</p> <p>Патогенетическое лечение</p> <p>Лечение сопутствующей патологии.</p> <p>Хирургическое лечение – 1-я или 4-я неделя.</p>	<p>Удаление очага деструкции, снятие симптомов интоксикации, рассасывание местных воспалительных изменений, исключение прогрессирования осложнений.</p>	180 дней	180 дней
4. Абдоминальный туберкулез (АТ).	А 18.3	<p>Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы:</p> <p>ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции.</p> <p>Микроскопия и посев мокроты на МБТ 3х-кратно, посев мочи на МБТ 3х-кратно – 2-я - 3-я неделя – 1-я и 4-я недели.</p> <p>Туберкулинодиагностика – по показаниям.</p> <p>ИФА с туберкул. антигеном – 12-я и 24-я недели.</p> <p>Ректороманоскопия, ирригоскопия, рентгенография брюшной полости в 2 проекциях – по показаниям.</p> <p>Осмотр специалистов по сопутствующей</p>	<p>Химиотерапия по режиму I, III, II А, По показаниям – режим II Б, IV</p> <p>Патогенетическая терапия</p> <p>Лечение сопутствующей патологии.</p> <p>По показаниям – хирургическое лечение</p>	<p>Удаление очага деструкции, снятие симптомов интоксикации, рассасывание местных воспалительных изменений, профилактика осложнений.</p>	180 дней	240 дней.

		патологии и проведение назначенного обследования – по показаниям.				
5. Туберкулез кожи и подкожной клетчатки.	А 18.4	<p>Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы:</p> <p>ОКО – 1 раз в месяц: общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин и его фракции, АсАТ, АлАТ, общий белок и его фракции.</p> <p>Микроскопия и посев мокроты на МБТ 3х-кратно, посев мочи на МБТ 3х-кратно – 2-я - 3-я неделя – 2-я неделя.</p> <p>Туберкулинодиагностика – по показаниям.</p> <p>ИФА с туберкул. антигеном – 1-я, 12-я, недели.</p> <p>Осмотр специалистов по сопутствующей патологии, осмотр дерматолога – 1-я неделя с биопсией очага патологии и морфологическим исследованием.</p>	<p>Химиотерапия по режиму I, III, II A, По показаниям – режим II Б, IV</p> <p>Патогенетическая терапия</p> <p>Лечение сопутствующей патологии.</p> <p>Патогенетическая терапия.</p> <p>Местно – фтивазидовая мазь, раствор рифампицина с тубазидом.</p> <p>Лечение сопутствующей патологии.</p>	<p>Снятие симптомов интоксикации, рассасывание воспалительных изменений, коррекция побочного эффекта ПТП, стимуляция иммунитета.</p> <p>Рассасывание очага воспаления, коррекция побочного эффекта ПТП.</p>	90 дней	90 дней

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖЕНСКИХ ГЕНИТАЛИЙ

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ -X	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения	Ориентировочные сроки ВН
Туберкулез женских гениталий. Категории больных активным (впервые выявленным, обострение, рецидив и хроническое течение) ТЖГ:	A18.1+ N74.0* N74.1*	Обследование проводится до начала лечения в полном объеме, а в ходе лечения применяются следующие комплексы:				
6.1. Ограниченный ТЖГ (сальпингит, сальпингоофорит, эндометрит)	A18.1+ N74.1*	ОКО – 1раз в месяц На МБТ менкрови ежемесячно 3-4 месяца и перед выпиской: пунктата из заднего свода влагалища (с цитолог. исследованием перитонеальной жидкости) через 3-4 месяца от начала лечения по показаниям. K1 (УЗИ) в динамике по показаниям, планово 1 раз в месяц. K2 (С реактивный белок ИФА с тубантигеном) по показаниям в динамике 1 раз в месяц. K3 (диагностическое выскабливание) через 2-3 месяца от начала лечения и перед выпиской. K4 (ГСГ) через 6-8 месяцев (после окончания основного курса).	I Этап – стационарный интенсивная фаза 3 месяца режим № 1 Патогенетическая терапия: схема 1, ЛТ, ФТЛ, местное лечение: тампоны, свечи, инстилляции (ДМСО, лидаза, рифампицин, стрептомицин, гидрокортизон) II Этап – фаза продолжения лечения (стационар, дневной стационар, санаторий) Патогенетическая терапия схема 4,5 + пирогенал, лидаза, ЛТ, ФТЛ. Оперативное лечение при наличии сопутствующих гинекологических заболеваний, требующих оперативного лечения (опухоли и опухолевидные образования).	Нормализация менструального цикла, ликвидация остаточных явлений воспаления в пораженном органе	240 дней	240 дней
6.2. Казеозные формы туберкулеза гениталий.	A18.1+ N74.1*	Обследование в полном объеме до начала лечения, а в ходе лечения: ОКО – 1 раз в месяц МБТ – 1 раз в месяц 3 месяца (менкровь, аспират, пунктат с цитологическим исследованием перитонеальной жидкости). K1 (УЗИ) 1 раз в месяц 4 месяца в динамике по показателям. K2 1 раз в месяц по показаниям. K3 через 2-3 месяца от начала лечения при отсутствии противопоказаний или аспират эндометрия.	I Этап – стационарный – интенсивная фаза 2-3 месяца патогенетическая схема Решение вопроса об оперативном лечении через 2 месяца от начала лечения, объем операций в зависимости от локализации казеомы и сопутствующих гинекологических заболеваний, требующих оперативного лечения. II Этап – стационар 2 месяца, режим 1, патогенетическая схема 3,7, местное лечение: свечи, тампоны, ФТЛ. III Этап – амбулаторный, санаторий 1-2	Выздоровление, улучшение (ликвидация болей, температуры) спаечного процесса, улучшение самочувствия, формирование минимальных изменений в пораженном органе, удаление казеоза, восстановление	305 дней	300-360 дней МСЭ.

			<p>месяца фаза продолжения лечения. Продолжительность 2 и 3 этапов определяется распространенностью, выраженностью туб. процесса, объемом операций, результатами гистологического исследования операционного материала, эффективностью лечения.</p>	<p>резистентности организма, устранение симптомов интоксикации.</p>		
<p>6.3. ТЖГ, осложненный пельвиоперитонитом, метроэндометритом, кровотечением.</p>	<p>A18.1+ N74.1*</p>	<p>Обследование в полном объеме до начала лечения, а в ходе лечения применяются следующие комплексы: ОКО – 1 раз в месяц Посевы менкрови на МБТ ежемесячно в течение 4 месяцев и перед выпиской, пунктата из заднего свода влагалища (с цитологическим исследованием перитониальной жидкости). К1 (УЗИ) в динамике по показаниям, планово 1 раз в месяц. К2 (С реактивный белок ИФА с тубантигеном) 1 раз в месяц. К3 (диагностическое выскабливание) или аспират эндометрия через 2-3 месяца от начала лечения и перед выпиской. К4 (ГСГ) через 10 месяцев.</p>	<p>I Этап – интенсивная фаза – стационар. Химеотерапия 4-5 месяцев. Патогенетическое лечение – схема 1, 4, 7 через 2-3 недели после начала химиотерапии + АТ, ФТЛ лидаза, гидрокортизон или преднизолон, пирогенал, местное лечение: свечи, тампон, безаппаратный форез, инстилляции. Решение вопроса об оперативном лечении, при сопутствующих заболеваниях (опухоли) показано через 2-3 месяца от начала лечения II Этап – фаза продолжения, стационар 2-3 месяца режим 1 Патогенетическое лечение схема 3,7 с переходом на схему 4 + ЛТ, ФТЛ пирогенал, туберкулин с учетом показаний, местное лечение: свечи, тампон, ФТЛ, ЛТ. III Этап – фаза продолжения амбул. санаторного лечения НЗ / НЗЗ интермиттирующим методом 3-4 месяца. Патогенетическая терапия схемы 5,6 + ЛТ, ФТЛ, пирогенал, туберкулин.</p>	<p>Выздоровление. Улучшение, ликвидация остаточных явлений, воспалений, формирование мин изменений в пораженном органе. Восстановление резистентности организма, нормализация менструальной функции.</p>	<p>365 дней</p>	<p>365 дней, далее - МСЭ.</p>
<p>5.4. ТЖГ (перевод в неактивную фазу ГДУ и снятие ДУ, исключение обострения или рецидива.</p>	<p>A18.1+ N74.1* B 90.0- B 90.8</p>	<p>Обследование проводится в полном объеме при поступлении ОКО, посевы менкрови на МБТ 2 месяца. К1 (УЗИ) в динамике по показаниям. К2 1 раз в месяц. К3 (диагностическое выскабливание полости матки). К4 (ГСГ). Провокационная п/к туб. проба с 50 ТЕ. Кольпоскопия. Ляпароскопия по показаниям.</p>	<p>Лечение стационарное: 1-2 мес. – дневной, 1 мес. – стационар, режим 1. Патогенетическая терапия, схема 1, 2, 5, 6 + ЛТ, местно: свечи, мазевые аппликации с ДМСО, тампоны.</p>	<p>Выздоровление, ликвидация остаточных явлений, воспалений и спайочного процесса, трудовая реабилитация.</p>	<p>60 дней</p>	<p>60 дней.</p>

		Гистероскопия по показаниям.				
5.5 ТЖГ (снятие с диспансерного учета).	В 90.1. В 90.2	Обследование проводится в полном объеме при поступлении: ОКО МБТ – посевы менкрови МБТ 2 месяца. К1 (УЗИ) в динамике по показаниям. К2 1 раз в месяц. К3 (диагностическое выскабливание полости матки). К4 (ГСГ). Провокационная п/к туб. проба с 50 ТЕ. Кольпоскопия. Ляпароскопия по показаниям. Гистероскопия по показаниям.	Стационар, дневной стационар, режим 1 или непрерывный интермиттирующий.	Выздоровление, ликвидация остаточных явлений, воспалений и спечного процесса, трудовая реабилитация.	30 дней	30 дней

СТАНДАРТ МИНИМАЛЬНОГО ОБЪЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ЛПУ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ ГЕНИТАЛИЙ (ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ГРУППА)

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ -Х	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения	Ориентировочные сроки ВН
1. Хроническое воспаление женских гениталий, неподдающееся неспецифической терапии	N 73.9	1 УРОВЕНЬ RW, анализ мочи, анализ крови, флюорограмма, реакция Манту, мазки на gn, степень чистоты, данные о БУЖ, реакциях Манту у детей и подростков. 2 УРОВЕНЬ + ВИЧ, обследование на GN с провокацией, посевы на микрофлору и чувствительность к АБ, УЗИ 1, 2 УРОВНИ + обследование на ЗППП, посевы мекроби, выделений, эндометрия на микрофлору и МБТ. Пункция заднего свода с посевом на микрофлору, МБТ цитологией перитонеальной жидкости по показаниям; лапароскопия по показаниям с взятием биоптата, перитонеальной жидкости с цитологическим, бактериологическим исследованием (посев на микрофлору и МБТ), гистологическим исследованием биоптата, ГСГ по показаниям; диагностическое выскабливание за 2-3 дня до менструации с посевом на МБТ, флору по показаниям.	1, 2, 3 УРОВНИ + туб. пробы терапия, ex juvantibus, медикаментозно-биохимические пробы.		60 дней	60 дней
2. Острый и хронический перитонит адгезивно-экссудативный	K65.8 N 73.5	1 УРОВЕНЬ RW, анализ мочи, анализ крови, флюорограмма, реакция Манту, мазки на gh, hog, степень чистоты, данные о БУЖ, реакциях Манту у детей и подростков. 2 УРОВЕНЬ + ВИЧ, обследование на GN с провокацией посева на микрофлору и чувствительность к АБ, УЗИ 3, 4 УРОВЕНЬ + обследование на ЗППП, посевы мекроби, выделений, эндометрия на микрофлору и МБТ. Пункция заднего свода с посевом на микрофлору, МБТ цитологией перитонеальной жидкости по показаниям; лапароскопия по показаниям взятием биоптата, перитонеальной жидкости с цитологическим бактериологическим исследованием (посев на микрофлору и МБТ), гистологическим исследованием биоптата, ГСГ по показанием; диагностическое выскабливание за 2-3 дня до менструации с посевом на МБТ, флору по показаниям	1, 2, 3 УРОВНИ + туб. пробы терапия ex juvantibus медикаментозно-биохимические пробы.		60 дней	60 дней

3. Бесплодие	N 97.9	<p>1 УРОВЕНЬ RW, анализ мочи, анализ крови, флюорограмма, реакция Манту, мазки на gh, hog, степень чистоты, данные о БЦЖ</p> <p>2 УРОВЕНЬ 1 УРОВЕНЬ + ВИЧ, обследование на gh с провокацией, посевы на микрофлору и чувствительность к АБ, УЗИ.</p> <p>3 УРОВЕНЬ 1, 2 УРОВНИ + обследование на ЗППП, посевы микробиологии, выделений, эндометрия на микрофлору к МБТ. Пункция заднего свода с посевом на микрофлору, МБТ, цитологией перитонеальной жидкости по показаниям; лапароскопия по показаниям с взятием биоптата, перитонеальной жидкости с цитологическим бактериологическим исследованием (посев на микрофлору и МБТ), гистологическим исследованием биоптата, ГСГ по показаниям; диагностическое выскабливание за 2-3 дня до менструации с посевом на МБТ, флору по показаниям, гистероскопия по показаниям с взятием биоптата, аспирата за 2-3 дня до менструации с посевом, цитологией, гистологией.</p>	1, 2, 3 УРОВНИ + туб. пробы, терапия ex juvantibus, медикаментозно-биохимические пробы			
4. Нарушение менструального цикла.	N 91.2 N 92.6 N 91.5	<p>1 УРОВЕНЬ RW, анализ мочи, анализ крови, флюорограмма, мазки на gh, степень чистоты, реакция Манту с 2 ТЕ, данные о БЦЖ у детей и подростков.</p> <p>2 УРОВЕНЬ 1 УРОВЕНЬ + ВИЧ, обследование на gh с провокацией, диагностическое выскабливание по показаниям с гистологией, цитологией.</p> <p>3 УРОВЕНЬ 1, 2 УРОВНИ + гормональное обследование, лапароскопия по показаниям с взятием биоптата, перитонеальной жидкости с посевом на микрофлору и МБТ, цитологией, гистологией, гистероскопия по показаниям за 2-3 дня до менструации с взятием соскоба эндометрия, аспирата цитологией, гистологией, посевами на микрофлору и МБТ, ГСГ по показаниям, кольпоскопия по показаниям.</p>	1, 2, 3 УРОВНИ + провокационные туберкулиновые пробы, медикаментозно-биохимические пробы, терапия ex juvantibus посев на МБТ выделений после туб. проб, Р-томографическое обследование легких по показаниям, Р-логическое обследование желудочно-кишечного тракта по показаниям.			
5. Эндометриоз	N 80.9	<p>1 УРОВЕНЬ RW, анализ мочи, анализ крови, флюорограмма, мазки на gh, степень чистоты, реакция Манту с 2 те, данные о БЦЖ и реакции Манту у детей и подростков.</p> <p>2 УРОВЕНЬ гормональное обследование, лапароскопия по показани-</p>	1, 2, УРОВНИ + провокационные туберкулиновые пробы, медикаментозно-биохимические пробы, терапия ex juvantibus, посев на МБТ выделений после туб.			

		ям с взятием биоптата, перитонеальной жидкости с посевом на микрофлору и МБТ, цитологией, гистологией, гистероскопия по показаниям за 2-3 дня до менструации с взятием соскоба эндометрия, аспирата цитологией, гистологией, посевами на микрофлору и МБТ, ГСГ по показаниям, кольпоскопия по показаниям.	проб, R-томографическое обследование легких по показаниям, R-логическое обследование желудочно-кишечного тракта по показаниям.			
<p>Больные направляются в ОПТД с подробными выписками о проводимом обследовании и лечении на всех уровнях, данными гистологического исследования при оперативных вмешательствах с указанием № гистологии, даты исследования, учреждения, где проводилось исследование, + стекла для пересмотра, флюорограммами (флюорограф. кадры). При исключении туберкулеза гениталий показано лечение в общей лечебной сети, при подтверждении диагноза туберкулеза лечение в ОПТД согласно группам учета, категориям больных 5.1, 5.2, 5.3.</p>						

ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ЗРЕНИЯ

Наименование заболевания (групп заболеваний)	Шифр по МКБ -Х	Стандарт обследования	Стандарт лечения	Критерии результатов лечения	Сроки лечения в усл. стационара	Ориентировочные сроки ВН
6.1. Больные активным ТОЗ а) впервые выявленные б) рецидивы	A18.5	Обязательный: сбор анамнеза, жалоб, офтальмологический статус. Анализ крови общий, общий анализ мочи. Рентгенограмма (флюорограмма) грудной клетки в прямой и боковой проекции. Посев мокроты на МБТ. HCV, HbsAg, RW, ВИЧ, ИФА на АТ к МБТ, билирубин, АСТ, АЛТ крови. Общий белок крови и его фракции. Сахар крови. Осмотр гинеколога. ЭКГ. Осмотр ЛОР перед назначением антибиотиков. Анализ мочи на КУМ микроскопически. Посев мочи на МБТ, посев мокроты на МБТ По показаниям: периметрия. Тонометрия. Флюоресцентная ангиография. ЭФИ. Пробы Коха с 10 ТЕ, 2 ОТЕ, 5 0 ТЕ. В ходе лечения обязательное обследование: Визометрия 1 раз в неделю, общий анализ мочи, крови, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок и его фракции – 1 раз в месяц. По показаниям: периметрия, тонометрия.	1 этап. (в условиях стационара или дневного стационара). Обязательный: а) Химиотерапия по III режиму Режим HNZ. Патогенетическое лечение, симптоматическое лечение б) Химиотерапия по режиму ПА с заменой этамбутола на препарат резервного ряда 2 этап (в условиях дневного стационара или санатория). Обязательный: а) III режим химиотерапии б) ПА режим химиотерапии с заменой этамбутола на препараты резервного ряда Патогенетическое лечение Симптоматическое лечение По показаниям: микрохирургическое лечение.	Уменьшение экссудативных изменений в очаге и перифокальных параспецифических реакций. Исчезновение воспалительных изменений, полное или частичное восстановление функциональных возможностей органа зрения.	90 дней	90 дней
6.2. Больные ТОЗ с не уточненной активностью и больные ТОЗ активной формой с хроническим течением, у которых в результате лечения может быть достигнуто клиническое излечение	A 18.5	Обязательный: сбор анамнеза, жалоб, офтальмологический статус. ОАК, ОАМ ФЛГ в 2-х проекциях, RW, HbsAG, HCV, ВИЧ, ИФА на АТ к МБТ, билирубин, АЛТ, АСТ, общий белок крови и его фракции, сахар крови. Пробы Манту с 5,6 разведением, 2 ТЕ – в зависимости от локализации. По показаниям: ФАГ, ЭФИ	При выявлении активности – курс ZR + H в периокулярных инъекциях (Проводится в условиях стационара, дневного стационара, санатория)	Исчезновение признаков активности	60 дней	
6.3. Больные, нуждающиеся в диф. диагности-		Обязательно: сбор жалоб, анамнез, офтальмологический статус, ОАМ, ОАК,	Тест-терапия HZ	Уменьшение воспалительных изме-	45 дней	

ке ТОЗ с другими заболеваниями	<p>ФЛГ в 2-х проекциях, RW, HBsAG, HCV, ВИЧ, ИФА на АТ к МБТ, иммунограмма, РТМЛ с концентрацией 20мг/мл с концентрацией 50 мл/мл, билирубин, АлАт, АсАт, общий белок и его фракции, сахар крови 3-хкратно, моча на МБТ, мокрота на МБТ, ЭКГ; осмотр гинеколога; ЛОР; стоматолога. В зависимости от локализации – пробы Манту с 5,6 разведением с 2 ТЕ.</p> <p>По показаниям: пробы Коха с 10,20,50ТЕ, ФАГ, ЭФИ, В-сканирование, ИФА на АТ к токсоплазмам, вирусу простого герпеса, цитомегаловирусу</p>		нений, улучшение функций ОЗ		
--------------------------------	--	--	-----------------------------	--	--

СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СТАНДАРТЫ С ЦЕЛЬЮ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ в ЛПУ

- I. Флюорография органов грудной клетки следующим контингентам (все уровни I-IV):
1. Работники учреждений, предприятий, профессий, для которых обязательны предварительные и периодические медицинские осмотры – 1 раз в год.
 2. Лица, проживающие в общежитиях – 1 раз в год.
 3. Учащиеся средних и высших учебных заведений – 1 раз в год.
 4. Лица, имеющие остаточные изменения в легких и плевре любой этиологии – 1 раз в год.
 5. Освобожденные из исправительно-трудовых учреждений в течение 3-х лет после освобождения и лица без определенного места жительства – 1 раз в год.
 6. Все лица старше 40 лет – 1 раз в год.
 7. Больные сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, с оперированным желудком, психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, пылевыми заболеваниями легких, длительно лечившиеся кортикостероидными препаратами, больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких – 1 раз в год.
 8. Лица до 40 лет, не входящие в группы повышенного риска и не относящиеся к обязательным контингентам – 1 раз в 2 года.

Внеочередному флюорографическому обследованию подлежат:

1. Все лица, обратившиеся в ЛПУ с жалобами на заболевания органов грудной клетки и с симптомами, подозрительными в отношении туберкулеза легких.
 2. Лица, допущенные в детские отделения и больницы по уходу за детьми, не проходившие флюорографию более года.
 3. Приезжающие из других территорий при поступлении на учебу или работу.
 4. Работники предприятий, учреждений – при выявлении в них заболевших туберкулезом легких.
 5. Работники родильных домов (отделений), отделений для недоношенных, часто болеющие ОРЗ.
 6. Лица из окружения беременной женщины и новорожденного.
- II. Исследование мокроты на микобактерии туберкулеза методом бактериоскопии у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких и нетранспортабельных лиц, выделяющих мокроту, а также у длительно кашляющих и выделяющих мокроту больных.
- III. Рентгенография органов грудной клетки – всем больным, находящимся в стационаре с заболеваниями органов дыхания и больным с симптомами, подозрительными на туберкулез.

Диагностический минимум обследования для раннего выявления внелегочных форм туберкулеза

I. Анамнез жизни и развития болезни. Целенаправленный и искусно собранный анамнез является важнейшим элементом врачебной диагностики. Для распознавания туберкулеза любой локализации имеют существенное значение выяснение следующих обстоятельств:

- наличие контакта с больными туберкулезом, особенно с бактериовыделителями;
- сведения о перенесенных заболеваниях, в том числе и туберкулеза других локализаций;
- данные о сроках и кратности вакцинации БЦЖ;
- данные о динамике туберкулиновых проб;
- данные о физическом и умственном развитии с точки зрения выяснения различных хронических заболеваний, интоксикации и пр.

Анамнез развития заболевания – важная часть обследования и вместе с анализом жалоб и данных объективного исследования позволяет воссоздать клиническую картину болезни. Необходимо отметить, что одной из причин ошибочной диагностики является представление о туберкулезе как первично хроническом заболевании с длительным развитием. Однако в клинике внелегочных форм туберкулеза все чаще встречаются остро текущие формы заболевания, нередко с множественными локализациями.

II. Объективное обследование.

1. Флюорография. Общим элементом клинического минимума обследования для раннего выявления больных туберкулезом является обязательная флюорография грудной клетки всем впервые обратившимся в течение текущего года или не прошедшим плановую ежегодную флюорографию – для выявления легочного компонента заболевания и оценки его активности.
2. Бактериологическое исследование на выявление микобактерий туберкулеза (МБТ) – обязательный общий элемент диагностического минимума, с использованием соответствующего патологического материала (мокроты, пунктата, гноя, отделяемого свищей, менструальной крови, мочи и др.).
3. Туберкулиновая чувствительность по пробе Манту с 2 ТЕ или другим тестам может подтвердить диагноз туберкулеза при выявлении высокой чувствительности, однако отрицательные результаты проб не могут исключить наличие активных форм внелегочного туберкулеза.
4. Осмотр больного и специальные методы диагностики зависят от локализации болезненного процесса.

Ранняя диагностика костно-суставного туберкулеза

Группа риска. К группе риска относятся больные, обратившиеся к врачам общей лечебной сети (хирургам, нейрохирургам, ортопедам-травматологам, терапевтам, невропатологам и др.) и стоящие на учете по поводу деформирующих артрозов, хронических (рецидивирующих) артритов, полиартритов, синовитов, остеомиелитов, нетипичных опухолей суставов.

Для своевременного выявления или исключения туберкулезной природы заболевания каждый больной из указанных групп, особенно с атипичным течением заболевания и недостаточной эффективностью лечения, должен быть обследован с учетом характерных особенностей клиники туберкулеза крупных костей и суставов.

Жалобы. Признаки общей интоксикации – слабость, потливость, субфебрильная температура тела, потеря веса. Боли вначале непостоянные, постепенно усиливающиеся, приводящие к нарушению осанки, хромоте. Хромота и нежелание ходить являются наиболее ранними проявлениями болезни у детей младшего возраста. Однако не исключается и острое начало заболевания, связанное с прорывом бессимптомного костного очага в полость сустава.

Осмотр больного. При исследовании пораженного сустава определяют припухлость, сглаженность контуров, повышение местной температуры без гиперемии кожи – «болевая опухоль» сустава с ригидностью и атрофией мышц конечности. При ощупывании находят умеренную болезненность, ограничение движений, выпот в полости сустава. Скопление выпота определяют по наличию флюктуации, флотирования надколенника, вынужденному положению конечности. Например, при поражении тазобедренного сустава отмечается вынужденное положение в состоянии ротации конечности кнаружи при полусогнутом положении в тазобедренном и коленном суставах. При далеко зашедшем поражении – контрактура сустава, натечные абсцессы, кожные свищи.

Специальные методы исследования.

Рентгенография сустава в двух проекциях. При туберкулезном артрите находят признаки первичного костного поражения (остита) в виде очага деструкции, на фоне остеопороза, мелкие секвестры и сужение межсуставной щели.

Пункция сустава с исследованием экссудата (клеточный состав, бактериоскопия, посев на МБТ). При наличии свищей – исследование отделяемого на МБТ.

Отобранные на основе диагностического минимума больные с подтвержденным диагнозом или подозрением на туберкулез должны быть немедленно направлены к специалисту в противотуберкулезный диспансер.

Ранняя диагностика туберкулеза позвоночника

Группа риска. Туберкулезный спондилит следует заподозрить у больных, впервые обратившихся, а также состоящих на учете по поводу различных заболеваний, сопровождающихся болями и нарушением функции позвоночника, особенно при упорном течении болезни, не поддающихся обычным методам лечения – остеохондрозов, радикулитов, спондилитов, межреберных невралгий и миозитов, а также – при синдромах, связанных с рефлекторными нарушениями функции внутренних органов неясной этиологии (парезы кишечника, холецистопатии, панкреатопатии, нефропатии и др.).

Жалобы. Наряду с симптомами общей специфической интоксикации, больные предъявляют жалобы на боли в позвоночнике. Боли могут быть «глубокими», связанными с нарушением костных структур позвоночника, и неврологическими, связанными со сдавлением или раздражением спинного мозга и его корешков с иррадиацией по ходу межреберных нервов, мышечной слабостью конечностей, вплоть до параличей или с нарушениями типа указанных выше висцеральных синдромов.

Осмотр больного. Обычно находят вынужденное положение туловища, ограничение движений в позвоночнике, кифотическую деформацию, выстояние остистых отростков в зоне костной деструкции позвонков (поздний симптом). При ощупывании определяют болезненность, мышечную ригидность, боль усиливается при осевой нагрузке на позвоночник. Для обнаружения натечных абсцессов (также поздний симптом, однако нередко выявляется первым) – следует исследовать области, типичные для их локализации: надключичную область, поясничный сухожильный промежуток Лесгафта-Гринфельта, поясничный треугольник ПТИ, бедренный треугольник и наружное кольцо бедренного канала, брюшная полость в паравертебральных отделах.

Специальные исследования.

Рентгенография пораженного отдела позвоночника в двух проекциях позволяет обнаружить следующие характерные изменения: сужение межпозвоночной щели, очаги деструкции в телах позвонков, их клиновидную деформацию и спадение, паравертебральные тени натечных абсцессов.

Больные с подозрением на туберкулез позвоночника направляются для дальнейшего уточнения диагноза в специализированные отделения.

Ранняя диагностика туберкулеза женских половых органов

Группа риска. Больные, обратившиеся к врачам общей лечебной сети (гинекологам, урологам, терапевтам) и стоящие на учете по поводу хронического воспаления женских половых органов, не поддающиеся неспецифической терапии, бесплодия (особенно первичного), стойкого нарушения менструальной функции, эндометриоза женских половых органов, должны быть обследованы в объеме диагностического минимума на выявление туберкулеза.

Жалобы.

Наиболее частыми и характерными жалобами больных туберкулезом женских половых органов являются следующие:

- боли внизу живота с иррадиацией в поясницу и наружные половые органы, усиливающиеся перед месячными и не исчезающие в межменструальный период; наличие признаков туберкулезной интоксикации (субфебрильная температура тела, слабость, быстрая утомляемость, повышенная потливость, снижение аппетита, плохой сон, потеря веса, отставание в учебе у девочек); нарушение менструальной функции (позднее начало месячных, скудные месячные, задержка их от нескольких дней до месяцев, отсутствие месячных);
- бесплодие, как правило, первичное (при отсутствии патологии со стороны мужа); периодические (чаще сезонные) обострения воспалительного процесса без видимых предрасполагающих моментов;
- неэффективность проводимой неспецифической терапии на протяжении длительного времени.

Осмотр больной позволяет выявить характерные симптомы:

- бледность кожных покровов, пониженная упитанность; гиперплазию периферических лимфоузлов; наличие болезненности опухолевых образований при пальпации живота, а также свободную жидкость в брюшной полости; при влагалищном (ректальном) исследовании увеличение размеров и изменение положения матки, яичников, маточных труб, наличие спаек в области малого таза, опухолевидные образования; наличие просовидных высыпаний, язв, эрозий шейки матки при осмотре влагалища и шейки матки в зеркалах.

Специальное исследование.

Обзорная рентгенография брюшной полости (наличие петрификатов, казеом).

Гисторосальпингография (ГСГ) выявляет деформацию полости матки, маточных труб, нарушение их проходимости.

Бактериоскопическое исследование и посев мазков из влагалища, цервикального канала и уретры на выделение МБТ – обязательно!

При подозрении на туберкулез больную направляют для уточнения диагноза в противотуберкулезный диспансер к фтизиогинекологу.

Ранняя диагностика туберкулеза периферических и мезентериальных лимфатических узлов

Группа риска. К группе риска относят больных, обратившихся к врачам общей лечебной сети (травматологам, хирургам, онкологам, отоларингологам) по поводу хронических рецидивирующих лимфаденитов в области шеи, подмышечных и паховых областях, длительно незаживающих язв, свищей в этих зонах. У больных с атипичными формами хронических заболеваний органов брюшной полости – холециститов, аппендицитов, колитов, язвенной болезни, частичной непроходимости кишечника, которые не поддаются хирургическим и общим консервативным методам лечения при наличии опухолевидных образований в брюшной полости и малом тазу.

Жалобы. Длительное течение заболевания, не поддающееся обычной неспецифической терапии; повторные обострения местного процесса (особенно без видимых причин); признаки интоксикации (субфебрильная температура тела, слабость, быстрая утомляемость, повышенная потливость, снижение аппетита, потеря веса).

Осмотр больного. При туберкулезе периферических лимфоузлов находят характерные признаки наличия припухлости, увеличение в размерах лимфоузла, слабая болезненность, появление размягчения в центре припухлости, образование свищей, повышение местной температуры (в период обострения); при туберкулезе мезентериальных лимфоузлов – наличие болезненной припухлости в области задней стенки живота или в малом тазу, расстройство функции желудка и кишечника.

Специальные исследования.

Туберкулиновая проба Манту (учитываются положительные и гиперергические реакции); реакция Вассермана; обзорная рентгенография органов брюшной полости (кальцинаты в области мезентериальных лимфоузлов); анализ желудочного сока (низкая кислотность); копрограмма; пункция брюшной полости при наличии экссудата; анализ экссудата (цитологический состав, посев на МБТ).

Все больные с предполагаемым диагнозом туберкулеза лимфатических узлов (периферических, мезентериальных) направляются в противотуберкулезный диспансер к фтизиатру и специалисту по лимфоабдоминальному туберкулезу.

Ранняя диагностика туберкулеза глаз

Группа риска. К группе риска относят больных с хроническими рецидивирующими или вялотекущими воспалительными заболеваниями органа зрения неясной этиологии. Они подлежат специальному учету в глазных кабинетах поликлиник, нуждаются в подробном обследовании по выявлению этиологии, и при показаниях, в направлении к фтизиоофтальмологу краевого, областного или городского противотуберкулезного диспансера для подтверждения (или исключения) туберкулезной этиологии заболеваний глаз.

Жалобы. Особое внимание заслуживают указания на постепенное начало заболевания, длительное торпидное течение, не поддающееся или временно поддающееся неспецифической терапии.

Осмотр больного. Выявление и оценка объективных симптомов воспалительных заболеваний глаз с помощью обычных офтальмологических методик, щелевой лампы, электроофтальмоскопа, большого безрефлексного офтальмоскопа, офтальмотонометра и др.. При этом у одних больных выявляются характерные для туберкулезных увеитов (хориоретинитов) клинические симптомы: крупные преципитаты, плоскостные, стромальные задние синехии, типичные хориоретинальные очаги и т.д. У других отчетливые, свойственные туберкулезу глаз проявления отсутствуют.

Исследование зрительных функций: острота зрения (с коррекцией), поля зрения (периферических границ, скотом, слепота пятна), темновой адаптации (при обширных поражениях внутренних оболочек глаза). Для исследования поля зрения рекомендуется периметрия не менее чем двумя тест-объектами (5 мм и 1-2 мм) и кампиметрия.

Специальные исследования.

- * исследование крови на реакцию Вассермана;
- * консультация смежных специалистов – терапевта (состояние сердечно-сосудистой системы, наличие признаков ревматизма, полиартрита и т.д.), отоларинголога, стоматолога, при показаниях – гинеколога, невропатолога;
- * консультация фтизиатра районного противотуберкулезного диспансера (заключение о наличии или отсутствии активного внеглазного туберкулеза или его последствий).

Дальнейшая тактика окулиста зависит от результатов вышеописанного диагностического обследования: окулист поликлиники направляет больного на консультации к фтизиоофтальмологу противотуберкулезного диспансера (с выпиской из истории болезни) без более углубленного обследования в двух случаях:

- * при выявлении у больного офтальмологических симптомов, характерных для туберкулезных поражений органа зрения;
- * при выявлении активных туберкулезных заболеваний легких и других органов.

Туберкулиновые пробы и другие специальные исследования для диагностики туберкулеза глаз осуществляются фтизиоофтальмологами противотуберкулезных диспансеров или специально подготовленными окулистами общей лечебно-профилактической сети.

Ранняя диагностика туберкулеза почек

Организация раннего выявления больных с туберкулезом мочеполовой системы. Под термином «раннее выявление» следует понимать установление диагноза в той стадии заболевания, когда оно может быть излечено только консервативным путем. К настоящему времени четко определены так называемые «группы риска» по туберкулезу мочеполовой системы, то есть категории больных, которые должны находиться на диспансерном наблюдении у врачей разных специальностей городских и районных поликлиник и подлежать ежегодному обследованию на предмет раннего выявления туберкулеза почек и половых органов. Приводим перечень групп риска у разных специалистов.

Группа риска по туберкулезу мочеполовой системы на приеме у урологов и хирургов.

1. Мочекаменная болезнь, осложненная вторичным пиелонефритом.
2. Повторные атаки почечной колики без наличия конкрементов.
3. Рубцовые поражения уретры нетравматической и негонорейной этиологии.
4. Хронические простатиты в сочетании с заболеваниями органов мошонки, а также осложненные вторичным бесплодием и камнеобразованием в паренхиме простаты.
5. Хронические эпидидимиты, особенно двухсторонние, с повторными обострениями, с образованием сращений с кожей мошонки и свищей.
6. Различные урологические заболевания у лиц с туберкулезом легких, костно-суставным туберкулезом, туберкулезом женских половых органов, дети и подростки с виражом туберкулиновых проб, а также лица, состоящие в контакте с больными активным туберкулезом.

Группы риска по туберкулезу мочеполовых органов на приеме у терапевтов.

1. Хронические рецидивирующие пиелонефриты, осложненные гематурией и протеинурией.
2. Хронические рецидивирующие циститы, особенно при наличии уменьшения емкости мочевого пузыря.
3. Гипертоническая болезнь, стойкая к воздействию гипотензивных препаратов.
4. Гипертоническая болезнь и стойкие изменения в анализе мочи.
5. Больные, имеющие в анамнезе ранее перенесенный туберкулез других органов и систем.

Жалобы. Наряду с симптомами специфической интоксикации, больные предъявляют жалобы на тупые боли в области почек, временные или постоянные, дизурию (учащенное и болезненное, иногда затрудненное мочеиспускание) – частый, но не обязательный симптом, боли в области мошонки и промежности возникают при распространении процесса на яички и предстательную железу.

Осмотр больного. Характерных только для туберкулеза мочевыделительной системы объективных данных нет. Бимануальное исследование через брюшную стенку позволяет обнаружить увеличение размеров и болезненность почки, болезненность при поколачивании поясничной области и появлении после исследования микрогематурии, болезненность при глубокой пальпации по ходу мочеточников.

Специальные исследования.

Анализ мочи. Характерна стойкая лейкоцитурия, но этот симптом не постоянен и отрицательные данные исследования не свидетельствуют об отсутствии специфического процесса. Микроскопическая гематурия наблюдается в различных периодах нефротуберкулеза. Источником ее может быть как почка, так и мочевого пузыря. Безболезненная микроскопическая гематурия чаще всего почечного происхождения.

Одним из ранних и почти постоянным признаком нефротуберкулеза является альбуминурия.

Обязательным элементом диагностического минимума является посев мочи на МБТ.

Обзорная рентгенография позволяет выявить увеличение размеров почки, неровные ее контуры, плотные включения.

При подозрении на туберкулезное заболевание мочеполовой системы больной направляется в противотуберкулезный диспансер к фтизиоурологу.

Клинический минимум обследования, необходимый при направлении больных к фтизиоурологу.

1. Указание жалоб – боли в пояснице, области мошонки, дизурические явления и др.
2. Хронические заболевания мочеполовых органов в прошлом и настоящем.
3. Хронические соматические заболевания – радикулиты, гипертоническая болезнь, парапроктиты, хронические интоксикации и др.
4. Лабораторные исследования:
 - 4.1. анализ крови – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, лимфоцитоз;
 - 4.2. анализ мочи – протеинурия, пиурия, гематурия;
 - 4.3. бактериоскопическое исследование мазка из осадка мочи на БК по Цилю-Нильсону;
 - 4.4. результаты посева мочи на БК и вторичную флору (по возможности).

Желательно провести три посева мочи на БК, для этого предварительно за 2-3 дня отменяются все антибиотики и уросептики. Собирается утренняя порция мочи после гигиенической обработки наружных половых органов. Моча собирается в стерильную посуду (желательно 200-миллилитровые флаконы с пробкой) в количестве не менее 100-150 мл мочи. Моча должна быть доставлена в бактериологическую лабораторию не позднее 3-х часов после сбора.

В Нижегородской области бактериологические лаборатории, где осуществляются посевы мочи на БК, находятся в Нижегородском областном противотуберкулезном диспансере (ул. Родионова, 198), Нижегородском городском противотуберкулезном диспансере (ул. Вокзальная, 18), Арзамасском, Богородском, Борском, Балахнинском, Кстовском, Кулебакском, Павловском противотуберкулезных диспансерах, Ветлужской, Городецкой, Выксунской ЦРБ. В Первомайской, Сергачской и Уренской ЦРБ организованы посевные пункты для посевов мочи на БК. Моча для посевов на БК принимается с 8 до 12 часов утра ежедневно кроме выходных дней. Для бактериологического исследования гнойного отделяемого из свищей, абсцессов и операционного материала, необходимо собрать материал в стерильную посуду, залить небольшим количеством стерильного физиологического раствора, плотно укупорить крышкой. Заполняется направление, в котором указывается Ф.И.О. больного, возраст, адрес, диагноз, характер материала, цель исследования, день и час забора материала. Бланки направлений имеются в каждой из указанных выше баклабораторий. При невозможности отправить материал на посев до 12 часов утра, в исключительных случаях, допускается хранение его в холодильнике до следующего утра.

5. Сведения о результатах туберкулиновой пробы Манту с 2 Т.Е.

6. Данные рентгенологического обследования:

6.1. флюорография грудной клетки;

6.2. обзорная рентгенограмма поясничной области;

6.3. экскреторная урография по возможности.

7. Результаты УЗИ.

Амбулаторный и консультативный прием фтизиоурологом больных г. Н. Новгорода и области проводится в Нижегородском городском противотуберкулезном диспансере по адресу: г. Н. Новгород, Канавинский район, ул. Вокзальная, 18. Телефон: 46-16-35.

Стационарное лечение фтизиоурологических больных города и области проводится в урологическом отделении Автозаводского противотуберкулезного диспансера г. Н. Новгорода по адресу: г. Н. Новгород, Автозаводский р-н, проспект Ильича, 54. Телефон: 93-37-24

**СТАНДАРТЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОРЯДОК ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И УЧЕТА КОНТИНГЕНТОВ
ВЗРОСЛЫХ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ**

Группа/ подгруппа учета	Характеристика контингентов	Периодичность по- сещений врача больным или боль- ного врачом	Срок наблюдения в группе учета	Лечебно-диагностические и профилак- тические мероприятия	Критерии эффективности диспан- серного наблюдения
Нулевая группа					
0-А	Лица, нуждающиеся в опре- делении активности туберку- лезного процесса	Определяется методи- кой диагностики	Не более 3-х месяцев	Комплекс диагностических методов, по показаниям химиотерапия	Установление диагноза
0-Б	Лица, нуждающиеся в прове- дении дифференциально- диагностических мероприятий	Определяется методи- кой диагностики	2-3 недели	Комплекс диагностических мероприятий	Установление диагноза
Первая группа (активный туберкулез)					
I-А	I-А (МБТ+) впервые выявленные больные с бактериовыделением I-А (МБТ-) впервые выявленные больные без бактериовыделения	При амбулаторном лечении – ежедневно, при интермиттиру- ющем лечении – 3 раза в неделю, в ис- ключительных случа- ях – 1 раз в 7-10 дней	Определяется дли- тельностью основно- го курса лечения, но не более 24 месяцев с момента взятия на учет	Основной курс лечения, при наличии по- казаний – хирургическое лечение, сана- торное лечение. Мероприятия по социально-трудовой реа- билитации. Санитарно-оздоровительные и профилактические мероприятия в очагах инфекции.	Достижение клиническо- го излечения и перевод в III группу учета 85% па- циентов после эффек- тивного основного курса лечения, но не позднее 24 месяцев с момента взятия на учет. Перевод больных во II группу – не более 10% численности I группы.
I-Б	I-Б (МБТ+) больные с рецидивом с бакте- риовыделением I-Б (МБТ-) больные с рецидивом без бак- териовыделения				
I-В	Больные, самовольно пре- рвавшие лечение и уклонив- шиеся от обследования		Перевод больных в I-В группу проводят через 1 месяц после утраты контакта. Срок пребывания – до возобновления лечения или получе- ния достоверных све- дений о судьбе боль- ного (смерть, пере- вод, отъезд).	Индивидуальная работа с больным. При необходимости – организация обязатель- ного обследования и лечения согласно статье 10 Федерального закона.	Число пациентов I-В подгруппе не должно превышать 5% числен- ности всей первой груп- пы

Вторая группа (активный туберкулез с хроническим течением)					
II-A	Больные, интенсивное лечение которых может привести к излечению туберкулеза	Определяется состоянием больного и проводимым лечением	Длительность наблюдения не ограничена	Индивидуализированная комплексная химиотерапия с учетом лекарственной чувствительности МБТ, хирургическое и санаторное лечение, дополнительные оздоровительные мероприятия, повышающие эффективность лечения. Профилактические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции.	Достижение клинического излечения туберкулеза ежегодно у 15% больных после перевода во II-A подгруппу
II-B	Больные, нуждающиеся в общеукрепляющем, симптоматическом лечении и при возникновении показаний – в противотуберкулезной терапии	Определяется состоянием больного и проводимым лечением	Длительность наблюдения не ограничена	Лечебные мероприятия, продлевающие жизнь. Хирургическое и санаторное лечение – по показаниям. Профилактические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции	Увеличение продолжительности жизни больных, уменьшение распространения туберкулезной инфекции за счет противоэпидемической и профилактической работы в очаге
Третья группа (излеченные больные)					
III	Лица с неактивным туберкулезным процессом после клинического излечения	Не реже 1 раза в 6 месяцев. В период проведения противорецидивных курсов лечения – в зависимости от методики их проведения.	Лица с большими либо малыми остаточными изменениями при наличииотягощающих факторов – 3 года. Лица с малыми остаточными изменениями без отягощающих факторов – 2 года. Лица без остаточных изменений – 1 год	Комплексное обследование пациентов не реже 1 раза в 6 месяцев (по показаниям – чаще). Проведение противорецидивных курсов химиотерапии по показаниям. При обнаружении в процессе операции активных туберкулезных изменений в органах – проведение комбинированной химиотерапии длительностью до 6 месяцев – по показаниям. Санаторное и общеукрепляющее лечение. Мероприятия по социально-трудовой реабилитации.	При клиническом благополучии – снятие с учета и перевод под наблюдение поликлиники общей лечебной сети по месту жительства с последующим проведением медицинских осмотров 2 раза в год в течение 3 лет после снятия с учета. Рецидив туберкулеза – не более, чем у 0,5% среднегодовой численности лиц, наблюдавшихся в III группе в отчетном году.

Четвертая группа (контактные)					
IV-A	Лица, состоявшие в бытовом (родственном, квартирном) и производственном контакте с больными активной формой туберкулеза с установленным или не установленным бактериовыделением	1 раз в 6 мес. при контакте с бактериовыделителем и 1 раз в год при контакте с больным активной формой туберкулеза без установленного бактериовыделения	Длительность наблюдения определяют сроком излечения больного плюс 1 год после прекращения контакта с бактериовыделителем	Комплексное обследование 2 раза в год. В первый год после выявления источника инфекции по показаниям проводят курс химиопрофилактики в течение 3-6 месяцев. По показаниям проводят также повторный курс химиопрофилактики, общеукрепляющие мероприятия, способствующие повышению иммунитета, в том числе санаторное лечение. Противоэпидемические мероприятия в очаге.	Общая заболеваемость контактных лиц в бациллярных очагах не более 0,25% от среднегодовой численности.
IV-A	Лица, имеющие профессиональный контакт с источником инфекции: работники противотуберкулезных (туберкулезных) учреждений, работники неблагополучных в отношении туберкулеза скота и птиц хозяйств и лица, имеющие постоянный контакт с источником инфекции	Не реже 1 раза в 6 месяцев	Определяется сроком работы в условиях профессионального контакта плюс 1 год после его прекращения.	Комплексное обследование 2 раза в год: первый раз – рентгенограмма органов грудной клетки, анализы крови и мочи, у женщин осмотр гинеколога; второй раз – осмотр врача-диспансеризатора; лабораторные, лучевые, инструментальные исследования – по показаниям. Контроль соблюдения правил техники безопасности. Ежегодно – курс общеукрепляющего лечения. Химиопрофилактика – по показаниям	Заболеваемость туберкулезом лиц из профессионального контакта – не более 0,25% от среднегодовой численности.

СХЕМА ОБСЛЕДОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, СОСТОЯЩИХ НА ДИСПАНСЕРНОМ УЧЕТЕ

Группа/ подгруппа учета	Лучевые методы исследования	Исследование бактериовыделения
0 (нулевая)	Рентгенограммы, томограммы, УЗИ (при туберкулезе мочеполовых органов) перед зачислением в группу, в дальнейшем не реже 1 раза в месяц (по показаниям – чаще).	Бактериоскопия (простая, люминесцентная), посев перед зачислением в группу, в дальнейшем ежемесячно.
I-A, II-B, II-A	Больные туберкулезом органов дыхания Во время курса химиотерапии: - в интенсивную фазу – не реже в 2 месяца; - перед решением о переходе к фазе продолжения; - в фазу продолжения – по показаниям; - перед завершением курса лечения; По завершении курса химиотерапии – по показаниям, но не реже 1 раза в 6 мес. Больные внелегочным туберкулезом По показаниям, но не реже 1 раза в 6 месяцев	Во время курса химиотерапии: - в интенсивную фазу – не реже 1 раза в месяц; - перед решением о переходе к фазе продолжения; - в фазу продолжения – в конце второго месяца и в дальнейшем по показаниям; - перед завершением курса лечения; По завершении курса химиотерапии – по показаниям, но не реже 1 раза в 6 мес.

II-B	По показаниям, но не реже 1 раза в 6 месяцев	По показаниям, но не реже 1 раза в 6 месяцев
III, IV	Рентгенограммы перед зачислением в группу учета (томограммы – по показаниям). В дальнейшем – не реже 1 раза в 6 месяцев, по показаниям чаще.	Исследование мокроты, мочи или другого диагностического материала перед зачислением в группу. В дальнейшем – не реже 1 раза в 6 месяцев, по показаниям чаще.

Примечания:

Анализ крови, мочи и другие лабораторные исследования (по показаниям) проводят пациентам 0 группы и больным I-A, I-B, II-A подгрупп в интенсивной фазе химиотерапии не реже 1 раза в месяц, в фазе продолжения – не реже 1 раза в три месяца; больным II-B подгруппы – 1 раз в 6 месяцев (по показаниям чаще), лицам из III и IV групп – 1 раз в 6 месяцев.

Дополнительные исследования, необходимые в ходе химиотерапии, определены в соответствующей инструкции

Всем пациентам с пиурией, гематурией и альбуминурией производят трехкратные исследования мочи на МБТ.