Государственное образовательное учреждение

дополнительного профессионального образования

институт повышения квалификации специалистов здравоохранения

министерства здравоохранения Хабаровского края

Кафедра туберкулеза и инфекционных заболеваний

Цикл "Сестринское дело во фтизиатрии ПС" с 10.10.2011г. по 21.11.2011г.

РЕФЕРАТ

Тема: "Противотуберкулезные препараты основного и резервного ряда"

Исполнитель: Ларионова А.А.

Научный руководитель: Карпенко О.Л.

Зав. Кафедры: Макарова Т.Е.

Дата выполнения 07.11.2011г.

Хабаровск 2011г.

План

Введение

. Заболеваемость туберкулезом в России

. Принципы лечения больных туберкулезом

. Основные принципы химиотерапии больных туберкулезом

. Организация химиотерапии больных туберкулезом

Заключение

Введение

Туберкулез - это инфекционное заболевание, вспышка и распространение которого во многом зависит от социальных условий, прежде всего от уровня жизни широких слоев населения.

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Российской Федерации начала ухудшаться с начала 90-х годов прошлого века, что было связано с целым рядом объективных и субъективных причин:

 ухудшением социально-экономических условий жизни;

 оживлением миграции, в том числе из неблагополучных по туберкулезу регионов (Чечня) и стран бывшего Советского Союза (Таджикистан, Узбекистан, Казахстан);

 ухудшением показателей общего здоровья населения;

 изменением патоморфоза туберкулезной инфекции;

 ликвидацией управленческой вертикали в здравоохранении, что негативно отразилось на формировании единой политики борьбы с туберкулезом;

 сокращением расходов на здравоохранение, в том числе и на противотуберкулезные мероприятия (профилактику, выявление, диагностику и лечение туберкулеза);

 ухудшением материально-технической базы противотуберкулезных учреждений;

 снижением кадрового потенциала противотуберкулезной службы;

 уменьшением уровня организационно-методической работы со стороны профильных научно-исследовательских институтов, что привело к отставанию нормативной базы противотуберкулезной службы и соответственно к просчетам в планировании противоэпидемических мероприятий и дефектам при реализации имеющихся возможностей.

В последнее время медики всех стран все чаще сталкиваются с новой угрозой - устойчивостью бактерий к противотуберкулезным лекарственным средствам.

1. Заболеваемость туберкулезом в России

Таблица 1. Впервые выявленные больные туберкулезом, зарегистрированные в 2005-2008 гг. в Российской Федерации (отчетные формы № 8 и № 33)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Источник (форма №) | 2005 | | 2006 | | 2007 | | 2008 | | 2009 | |
|  |  | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % | Абс. число | % |
| Впервые выявленные больные, всего | 8 | 119226 | 100,0 | 117646 | 100,0 | 118367 | 100,0 | 120835 | 100,0 | 117227 | 100,0 |
| В т. ч. впервые выявленные больные среди постоянного населения\* | 8 | 103432 | 86,8 | 102809 | 87,4 | 102379 | 86,5 | 103834 | 85,9 | 100938 | 86,1 |
| - из них зарегистрированные в ПТУ субъектов РФ | 33 | 96646 | 81,1 | 96867 | 82,3 | 96251 | 81,3 | 97886 | 81,0 | 94755 | 80.8 |
| Впервые выявленные больные среди иностранных граждан | 8 | 896 | 0,8 | 554 | 0,5 | 2123 | 1,8 | 2500 | 2,1 | 2217 | 1,9 |
| Впервые выявленные больные, зарегнстр. другими ведомствами | 8 | 16598 | 13,9 | 16180 | 13,8 | 15453 | 13,1 | 15677 | 13,0 | - | - |
| - из них зарегистрированные в учреждениях ФСИН | 8 | 14898 | 12,5 | 14283 | 12,1 | 13865 | 11,7 | 14501 | 12,0 | 14072 | 12,0 |

\* Общее число впервые выявленных больных по форме № 8, исключая данные по ФСИН и иностранным гражданам

Наиболее высокие показатели заболеваемости в 2009 г., как и в предыдущие годы, отмечались в Дальневосточном (124,1), Сибирском (100,8), Уральском (73,6) федеральных округах. В пятнадцати субъектах Российской Федерации показатель заболеваемости в 1,5 и более раза превышает средний по стране: Еврейской автономной области (159,5), Амурской (114,4), Омской (112,0), Кемеровской (110,9), Иркутской (101,2), Новосибирской (98,10), Курганской (94,94), Сахалинской (94,06) областях, республиках Тыва (164,2), Бурятия (129,8), Хакасия (103,6), Алтай (97,45), Приморском (188,3) Хабаровском (110,0), Алтайском краях (102,1).Среди всех впервые выявленных больных туберкулёзом бациллярные больные (бактериовыделители) в 2007 году составили 40 % (47 239 человек, показатель - 33,15 на 100 тыс. населения).

В России смертность <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BC%D0%B5%D1%80%D1%82%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C> от туберкулёза за 2007 год составила 18,1 человека на 100 тысяч жителей (на 7 % ниже, чем в 2006 г.), таким образом, в год умирает от туберкулёза около 25 000 человек (в среднем по Европе смертность от туберкулёза приблизительно в 3 раза меньше). В структуре смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний в России доля умерших от туберкулёза составляет 85 %.



2. Принципы лечения больных с туберкулезом

Целью лечения взрослых больных туберкулезом являются:

 Ликвидация клинических проявлений туберкулеза и стойкое заживление туберкулезных изменений с восстановлением трудоспособности и социального статуса.

 Излечение больного с наименьшим изменением их привычного образа жизни

 Предотвращение летальных исходов у тяжелобольных.

 Не допустить обширных поражений легких с последующими осложнениями.

 Предупредить развитие лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза.

 Защитить членов семьи и общество от туберкулезной инфекции.

Целью лечения детей, больных туберкулезом, является излечение без остаточных изменений или с минимальными изменениями. Принципы лечения

 Индивидуальность с учетом резистентности микобактерий туберкулеза и переносимости больным противотуберкулезных препаратов.

 Контроль медицинского персонала за приемом противотуберкулезных препаратов.

 Комплексное воздействие на возбудителя и звенья патогенеза, лечение сопутствующих заболеваний, хирургическое лечение.

 Комбинированное назначение не менее 3-4 противотуберкулезных препаратов, что необходимо для эффективного воздействия на бактериальную популяцию, состоящую из чувствительных микобактерий и мутантов, устойчивых к отдельным препаратам.

 Непрерывность приема лекарств от 6-8 мес у детей с нелокальными формами до 14-16 мес у детей с осложненными формами заболевания.

 Большая длительность лечения оказывает благоприятное воздействие на течение туберкулезной инфекции, но отрицательно сказывается на психосоциальном состоянии пациента.

 Этапность: больные с активным туберкулезом получают лечение только в условиях туберкулезного стационара, при стихании активности процесса возможно продолжение лечения в санатории, в дальнейшем больные наблюдаются амбулаторно врачом противотуберкулезного диспансера. Лечение больных туберкулезом проводят комплексно. Оно включает химиотерапию, хирургическое лечение и коллапсотерапию, а так же патогенетическую терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Лечение назначается с учетом формы и фазы туберкулезного процесса, определяется стандартами, которые представляют схемы лечения определенных групп больных туберкулезом.

3. Основные принципы химиотерапии больных туберкулезом

туберкулез бактерия лекарственный химиотерапия

 Химиотерапия является основным компонентом лечения туберкулеза и заключается в применении лекарственных препаратов, подавляющих размножение микобактерий туберкулеза (бактериостатический эффект) или уничтожающих их в организме больного (бактерицидный эффект).

 Химиотерапия должна быть начата в возможно ранние сроки после установления/подтверждения диагноза в противотуберкулезном учреждении и быть комбинированной (полихимиотерапия). Несколько противотуберкулезных препаратов применяют одновременно в течение достаточно длительного времени.

 Курс химиотерапии состоит из двух фаз.

Фаза интенсивной терапии направлена на ликвидацию клинических проявлений заболевания, максимальное воздействие на популяцию микобактерий туберкулеза с целью прекращения бактериовыделения и предотвращения развития лекарственной устойчивости, уменьшение инфильтративных и деструктивных изменений в органах. Фаза интенсивной терапии может быть составляющей частью подготовки к хирургической операции. Фаза продолжения терапии направлена на подавление сохраняющейся микобактериальной популяции. Она обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений и инволюцию туберкулезного процесса, а так же восстановление функциональных возможностей больного.

4. Организация химиотерапии больных туберкулезом

 Лечение больных туберкулезом проводят под наблюдением врача-фтизиатра, который обеспечивает правильность и эффективность лечения

 Весь курс лечения или его отдельные этапы можно проводить в стационаре с круглосуточным или только дневным пребыванием, в санатории, в амбулаторных условиях.

 Организацию лечения осуществляют с учетом тяжести течения заболевания, эпидемической опасности больного, материально-бытовых условий его жизни, психологических особенностей больного, степени социальной адаптации и местных условий.

 Независимо от организационной формы лечения должны быть соблюдены стандарт лечения и контроль за его проведением, а так же преемственность между лечебными учреждениями при переходе больного от одной организационной формы лечения к другой.

 Результат лечения оценивают с использованием всех критериев эффективности и оформлением соответствующей документации. Контроль эффективности лечения осуществляет вышестоящее противотуберкулезное учреждение.

Противотуберкулезные препараты подразделяют на основные и резервные. К основным противотуберкулезным препаратам относятся:

1. Изониазид (тубазид) - оказывает высокое бактерицидное и бактериостатическое действие на микобактерии туберкулеза, действует на внутриклеточно и внеклеточно расположение микобактерии. Показания: как првентивное средство для предотвращения передачи инфекции группам риска, при прогрессировании процесса, для предотвращения рецидива болезни как основной компонент противотуберкулезной терапии.

. Рифампицин - антибиотик широкого спектра действия. Действует на внеклеточно и внутриклеточно расположенные микобактерии туберкулеза, оказывая сильное стерилизующее и бактерицидное действие.

. Стрептомицин - аминогликозид, активен в отношении быстро размножающихся внеклеточно расположенных микобактерий туберкулеза.

. Этамбутол - антимикробное средство, действует на внеклеточные и внутриклеточные микобактерии, активен только в отношении размножающихся микобактерий туберкулеза.

. Пиразинамид - обладает бактерицидным и бактериостатическим свойством. Особенно эффективен в первые 2 мес лечения.

Резервные противотуберкулезные препараты: (таблица №2)

. Канамицин и амикацин - оказывают бактериостатическое и бактерицидное действие на микобактерии туберкулеза, резистентные к стрептомицину.

. Протионамид

. Этионамид - активен в отношении быстро и медленно размножающихся внеклеточно и внутриклеточно расположенных микобактерий туберкулеза. Активен в кислой среде. Назначается при лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза, тормозит развитие резистентности к другим препаратам.

. Препараты из группы фторхинолонов: ломефлоксацин - обладает бактерицидным свойством, активен в отношении внутриклеточно расположенных микобактерий туберкулеза, офлоксацин и другие.

. Капреомицин - действует бактериостатически на внутриклеточно расположенные микобактерии туберкулеза.

. Рифабутин - Резервный препарат, антибиотик широкого спектра действия.

. Циклосерин - Антибиотик широкого спектра действия, способен блокировать ферменты и разрушать нормальный метаболизм микробной клетки, что ведет к утрате ею кислотоустойчивости.

. Парааминосалициловая кислота (Паск) - действует бактериостатически на быстро размножающиеся микобактерии туберкулеза. Применяют в дозе 4000 мг 3 раза в сутки перорально с кислой пищей или питьем.

Режимы лечения туберкулеза легких. Согласно приказа Министерства Здравоохраниения РФ №109 от 21 марта 2003 года, лечение туберкулеза легких проводится по стандартным режимам: III, I, II А, II Б и IV. Также согласно этому приказу лечение подразделяется на две фазы: интенсивную фазу и фазу продолжения лечения. В интенсивной фазе лечения необходимо достигнуть максимально возможного рассасывания инфильтрации и закрытия распада, а также прекращения бактериовыделения. Интенсивная фаза лечения туберкулеза легких длится от 2 до 6 месяцев в зависимости от режима лечения. Фаза продолжения лечения непосредственно после окончания интенсивной фазы лечения и по срокам длится от 4 до 12 месяцев в зависимости от режима лечения.

III режим лечения проводится при ограниченных формах туберкулеза без распада и бактериовыделения. Этот режим лечения включает в себя 4 препарата (изониазид, рифампицин, этамбутол и пиразинамид) в течении 2 месяцев в интенсивной фазе лечения и 2 препарата (изониазид и рифампицин) в течении 4 месяцев в фазе продолжения лечения.режим лечения назначается при ограниченных и распространенных туберкулезных процессах с наличием распада и бактериовыделения. Этот режим лечения включает в себя 4 препарата (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол или стрептомицин) в течении 2 месяцев в интенсивной фазе лечения и 2 препарата (изониазид и рифампицин) в течении 4 месяцев в фазе продолжения лечения.А режим лечения назначается после прерывания лечения, а также при обширных туберкулезных процессах, таких как диссеминированный и милиарный туберкулез легких. Этот режим лечения включает в себя 5 препаратов (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол и стрептомицин) в течении 2 месяцев с последующим переходом на 4 препарата (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) в течении еще 1 месяца в интенсивной фазе лечения и 3 препарата (изониазид, рифампицин и этамбутол) в течении 4 месяцев в фазе продолжения лечения.Б режим назначается при подозрении на лекарственную устойчивость или при остропрогрессирующем туберкулезе легких. Этот режим лечения включает в себя препарата (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, канамицин, протионамид и фторхинолоны) в течении 3 месяцев в интенсивной фазе лечения. За 3 месяца будет готов результат посева мокроты на чувствительность микобактерии туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП), в связи с чем фаза продолжения назначается с учетом чувствительности МБТ к ПТП.

IV режим лечения назначается при обнаружении устойчивости МБТ к изониазиду и рифампицину. При этом режиме назначается не менее 5 противотуберкулезных препаратов с учетом чувствительности микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам сроком на 6 месяцев. В фазе продолжения назначается не менее 3 противотуберкулезных препаратов с учетом чувствительности сроком на 12 месяцев. В каждом режиме лечения есть интенсивная фаза в течение которой необходимо добиться значительного уменьшения симптомов туберкулеза <http://medzeit.ru/tuberkulez/simptomy-tuberkuleza-legkix.html>, а также уменьшения инфильтративно-деструктивных изменений и прекращения бактериовыделения. В фазе продолжения осуществляется долечивание и до полного исчезновения активности туберкулеза. Лечение туберкулеза требует дисциплинированного употребления противотуберкулезных препаратов, не допускающего необоснованных перерывов. При частом прерывании лечения или употребления не всех назначенных препаратов резко возрастает опасность развития лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза, что значительно осложняет дальнейшее лечение туберкулеза. Противотуберкулезные препараты при длительном лечении могут токсически воздействовать на печень, в связи с чем необходимо принимать гепатопротекторы (карсил, эссенциале-форте или др.) в течение всего периода лечения туберкулеза легких.

Таблица №1 Основные противотуберкулезные препараты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Препараты | Побочные реакции | Действия медперсонала |
| Изониазид | Сыпь Повышение активности печеночных ферментов Гепатит Периферическая нейропатия Незначительное воздействие на центральную нервную систему | Следить за активностью печеночных ферментов. Применение пиридоксина (витамин В6) может предотвратить развитие периферической нейропатии и снизить влияния на ЦНС. |
| Рифампицин | Рвота, понос Гепатит Кровотечения Гриппоподобные симптомы Сыпь Почечная недостаточность Жар | Следить за активностью печеночных ферментов, количеством тромбоцитов, показателями клинического анализа крови. |
| Пиразинамид | Сыпь Гепатит Рвота, понос Боль в суставах Гиперурикемия Подагра (редко) | Следить за активностью печеночных ферментов и содержанием мочевой кислоты |
| Этамбутол | Ретробульбарный неврит Сыпь | Ежемесячный контроль остроты зрения и цветовосприятия |
| Стрептомицин | Ототоксичность (потеря слуха или нарушение функции вестибулярного аппарата) Почечная токсичность | Необходимо проверять исходный уровень и показатели слуха и функции почек в динамике. |

Таблица №2 Резервные противотуберкулезные препараты

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Препарат | Способ применения | Ежедневная доза (максимальная доза) | Побочные реакции |
| Капреомицин | Внутримышечно, внутривенно | 15-30 мг/кг (1г) | Токсичность слуховая, вестибулярная, почечная |
| Канамицин | Внутримышечно, внутривенно | 15-30 мг/кг (1г) | Токсичность слуховая, вестибулярная, почечная. |
| Амикацин | Внутримышечно, внутривенно | 15-30 мг/кг (1г) | Токсичность слуховая, вестибулярная, почечная. |
| Этионамид | Перорально | 15-20 мг/кг (1г) | Расстройство желудка Гепатотоксичность Металлический привкус |
| Парааминосалициловая Кислота | Перорально | 150 мг/кг | Расстройство желудка, гепатотоксичность |
| Ципрофлоксацин | Перорально | 750-1500 мг/сут | Расстройство желудка Головокружение Головные боли Беспокойство |
| Офлоксацин | Перорально | 600-800 мг/сут | Расстройство желудка Головокружение Головные боли Беспокойство |
| Левофлоксацин | Перорально | 500 мг/сут | Расстройство желудка Головокружение Головные боли Беспокойство |
| Циклосерин | Перорально | 15-20 мг/кг (1г) | Психоз Конвульсии Депрессия Головные боли Сыпь |

Заключение

Туберкулез - инфекция управляемая и излечимая. Если улучшить социальные условия жизни пациента, обеспечить его необходимыми лекарственными препаратами, контролировать прием препаратов, придерживаться принципов комплексного лечения, то все это поможет снизить заболеваемость и смертность от туберкулеза.

Список литературы

1. Фтизиатрия Б.Е. Бородулин, Е.А. Бородулина Москва 2006г.

2. "Сестринское дело во фтизиатрии" Н.А. Митрофанова, Ю.В. Пылаева Москва 2010г.

. Интернет сайт "Лечение туберкулеза препаратами основного и резервного ряда"