

Лекция 6 апреля 2020 – постдипломное образование

Тема: «Принципы лечения и ухода за пациентами

При туберкулезе. Неотложные состояния».

1. Общие принципы лечения туберкулеза.

Современное лечение туберкулеза любой локализации базируется как на общих принципах организации, так и на частных принципах построения собственно антибактериальной или этиотропной туберкулостатической терапии:

1. лечение туберкулеза всегда этапное, начинают его в стационаре. После достижения основного эффекта продолжают в санатории и завершают поддерживающую терапию в амбулаторных условиях. На первом этапе добиваются ликвидации деструктивных процессов (полостей, язв, свищей), на втором этапе закрепляют результаты, полученные в стационаре, и проводят трудовую реабилитацию. На третьем этапе в амбулаторных условиях добиваются затихания процесса;
2. комплексность терапии: сочетание этиотропных препаратов, действующих исключительно на МБТ, с патогенетическими, симптоматическими средствами и методами прямого воздействия на очаг поражения (коллапсотерапией, хирургическими вмешательствами);
3. принцип индивидуализации терапии: есть одинаковые болезни, но нет одинаковых больных. Учитывают возраст пациента, сопутствующие заболевания, социальные факторы, форму туберкулеза.

Антибактериальная терапия туберкулеза.

За прошедшие полвека антибактериальная терапия (АБТ) непрерывно совершенствуется как путем пополнения арсенала туберкулостатиков, так и за счет разработки новых режимов лечения. Список антибактериальных препаратов (АБП) включает чуть более 10 оригинальных соединений.

По эффективности все препараты подразделяются на 3 категории:

1. **категория А включает наиболее эффективные** – изониазид, фтивазид, рифампицин, метагид, салюзид;
2. **категория В** - менее эффективные: этамбутол, стрептомицин, протионамид (этионамид), пипразинамид, канамицин, циклосерин, флоримицин (виомицин);
3. **категория С** - наименее эффективные: ПАСК и тибон (тиоацетазон). Чтобы грамотно распорядиться упомянутым аналогом средств, следует руководствоваться целым рядом принципов, выработанных наукой и практикой за долгие годы борьбы с туберкулезом.

Общие принципы антибактериальной терапии (АБТ).

1. **Принцип ранней АБТ** предполагает требование выявления туберкулеза на обратимых стадиях эволюции, когда возможно наиболее полное восстановление поврежденных структур.

2. **Принцип длительности терапии** соблюдается для предупреждения возврата болезни (обострения и рецидива). АБТ не должна быть менее 9 месяцев, так как при кратковременном лечении измененные формы МБТ могут реверсировать в вирулентные.

3. **Этиотропное лечение должно быть непрерывным**, а иначе возникает вторичная устойчивость МБТ к лекарственным препаратам, снижается лечебный эффект, создаются условия для хронизации процесса.

4. **Принцип комбинированного назначения этиотропных препаратов:** включение 3-4 эффективных медикаментов с разным механизмом противомикробного действия для предупреждения устойчивости МБТ и синергизма противомикробного действия. Монотерапия недопустима.

5. **Принцип оптимальных доз АБП** вытекает из необходимости создания бактериостатических концентраций препаратов в очаге поражения на протяжении длительного курса терапии при минимуме побочных явлений.

6. **Принцип выбора наиболее рациональных путей и методов введения** препаратов позволяет индивидуализировать АБТ в ее техническом исполнении. Наиболее употребительные пути: пероральный, внутримышечный, внутривенный, ингаляционный, внутрикавернозный, электрофоретический.

7. **Принцип контроля чувствительности МБТ к АБП** регламентирует возможности современной замены последних в комбинации для достижения лечебного эффекта.

8. **Принцип предупреждения побочных явлений от АБП:** с самого начала этиотропное лечение сопровождается лекарственным защитным комплексом, в который входят витамины, десенсибилизирующие препараты, гепатопротекторы, нейропротекторы (глутаминовая кислота, диазепам, ноотропил), некоторые нелекарственные приемы (запивание молоком, временный разрыв в приеме отдельных средств).

9. Наиболее присущим фтизиатрии принципом является соблюдение **контроля за приемом каждой дозы препаратов** на протяжении всего основного курса терапии.

В курсе химиотерапии выделяют две фазы, отличающиеся по своим задачам.

1. Начальная (интенсивная) – проводится 4 месяца, сочетание 4-5 препаратов. Основная задача – ликвидация клинических проявлений, прекращение бактериовыделения.

2. Восстановительная (фаза продолжения химиотерапии на стадии долечивания) – проводится 2-4 месяца, сочетание 2-3 препаратов с чередованием через день (2-3 раза в неделю). Обеспечивает дальнейшее рассасывание воспалительных изменений и восстановление утраченных функций организма.

Наиболее эффективная схема в лечении – это сочетание препаратов: рифампицин, изониазид, пиразинамид, этамбутол.

В настоящее время выпускают комбинированные препараты, которые эффективны в целях осуществления контроля за лечением:

1. Рифанаг – (изониазид+рифампицин);

2. Рифатер – (изониазид+рифампицин+пиразинамид);

3. Майрин – (изониазид+рифампицин+пиразинамид+этамбутол).

Всем противотуберкулезным препаратам свойственны общие побочные действия:

- аллергические реакции вплоть до анафилактического шока;
- токсическое действие: ототоксическое, нефротоксическое, гепатотоксическое, кардиотоксическое, ulcerогенное;
- дисбактериоз кишечника;
- нарушение обмена витаминов.

Чтобы максимально уменьшить побочные действия препаратов, необходимо давать пациентам общие рекомендации пациентам по их приему:

- принимать лекарства после еды;
- запивать их достаточным количеством воды;
- в день выпивать не менее 0,5 л молока, кефира или другого кисломолочного продукта;
- соблюдать все рекомендации врача;
- регулярно проводить анализы крови и мочи;
- в период приема лекарств исключить прием алкоголя в том числе и пива.

Патогенетическая терапия.

Среди патогенетических средств, то есть воздействующих на механизм туберкулезного процесса, большое распространение получили:

- глюкокортикоиды (преднизолон, гидрокортизон). Они оказывают выраженное противовоспалительное действие, ограничивают развитие фиброза в пораженном органе;
- иммуномодуляторы (женьшень, алоэ, Т-активин, тималин,). Они повышают иммунитет и приспособительные реакции организма, ускоряют процессы заживления;
- антиоксиданты (токоферол или витамин Е, тиосульфат натрия). Они стимулируют процессы регенерации, улучшают снабжение клеток и тканей кислородом, уменьшают гипоксию, улучшают трофику легочной ткани, печени, мышцы сердца и других органов.

Симптоматическое лечение.

В качестве симптоматических средств больным туберкулезом назначают:

- витамины группы С, В₁, В₁₂, В₆. Противотуберкулезные препараты нарушают биотрансформацию пиридоксина. Если больной не принимает этот витамин, возникают тяжелые нарушения ЦНС и ПНС;

- анаболические стероиды (ретаболил, нерабол). Применяют при гипотрофии, анорексии, выраженной интоксикации;

- жаропонижающие, кровоостанавливающие, отхаркивающие, десенсибилизирующие средства.

Немедикаментозное лечение.

Для лечения больных туберкулезом только медикаментозного лечения недостаточно. Лишь комплекс лечебных мероприятий помогает достичь наилучшего результата.

· Режим двигательной активности.

Он зависит от формы заболевания и рекомендуется лечащим врачом, при небольшом поражении и отсутствии интоксикации больной может вести достаточно активный образ жизни, исключая высокие нагрузки, переохлаждения.

*· Так же на период болезни, и в дальнейшем необходимо **исключить перегревания** - баня, сауна, прием солнечных ванн противопоказаны. Они способствуют активации инфекции.*

*· **Гимнастика** рекомендуется при компенсации процесса. Упражнения выполняются без резкого напряжения, постепенно. Дыхание должно быть преимущественно диафрагмальным, т.е. с участием мышц живота. Дыхательная гимнастика может применяться только после полного затихания туберкулезного процесса. Очень важна правильная осанка. Излюбленные места размножения возбудителя туберкулеза – верхушки легких. Сутулость, плохая осанка способствуют недостаточной вентиляции и кровообращению, что создает условия для развития патологического процесса.*

*· Так же важен **свежий воздух**. Помещение, где находится больной должно постоянно проветриваться. Там же можно поставить блюдце с пихтовым маслом, благодаря этому, воздух в комнате обогащается фитонцидами. Хороши прогулки на свежем воздухе, вдали от автомобильных трасс.*

*· **Диетотерапия** (стол № 11). Существует мнение, что чем больше объем и жирность пищи, тем быстрее выздоровление. На самом же деле, питание должно быть рациональным с высоким содержанием белка (1,5-2 г на кг массы тела), из которого строятся клетки – иммуноглобулины – основные составляющие иммунитета. Много белка содержится в мясе, сое, бобовых, яйцах, молочных продуктах. Жиры, особенно животные, необходимо ограничить (80 г. в сутки), их избыток “нагружает” организм и способствует ослаблению иммунитета. Пища должна быть богата витаминами. Особенно важно достаточное количество витамина С. Он содержится в квашеной капусте, цитрусовых. Шиповник, листья земляники, листья малины так же содержат большое количество этого витамина. Применяют отвар из этих трав. Много витаминов содержит сок мякоти тыквы. Витамины являются катализаторами обменных процессов, их недостаток снижает иммунитет, нарушает функцию печени и других органов. В пище должно содержаться достаточное количество минеральных солей: кальция, фосфора и натрия. Соли кальция способствуют рубцеванию туб. очагов. Алкоголь на время лечения противопоказан, даже в небольших количествах он ослабляет*

действие антибиотиков и способствует развитию побочных реакций на препараты в виде нейропатий, поражения печени и др. Сахар по возможности нужно заменять медом, который благодаря высокому содержанию углеводов является очень важным энергетическим продуктом питания. Он содержит множество минеральных веществ и витаминов, а также благодаря содержанию маточного молочка обладает бактерицидными свойствами.

· В народной медицине ведущая роль отводится **фитотерапии**. Применение фитотерапии, как впрочем, и других средств, возможно только после консультации с лечащим врачом или по его рекомендации. Она проводится с применением растений, произрастающих в климатической зоне проживания пациента (“золотое правило” фитотерапии). Не следует отыскивать экзотических растений. Лечение травами – применяется как средство борьбы с симптомами туберкулеза, такими как кашель, интоксикация.

· **Коллапсотерапия** – это сдавление легкого воздухом с лечебной целью. МБТ – это аэроб (любит кислород). При коллапсотерапии легкие выключаются из дыхания и МБТ быстро погибает. Различают искусственный пневмоторакс и искусственный пневмоперитонеум.

· **Хирургические методы лечения.** Показания к хирургическому лечению:

1. Фиброзно - кавернозный туберкулез.
2. Неэффективность лечения в течение 4 - 6 месяцев.
3. Кровотечения.
4. Туберкулемы.
5. Костно-суставной туберкулез.

· **Физиотерапевтическое лечение:** электрофорез, ультразвук, индуктотермия.

· **Санаторно-курортное лечение.**

Несмотря на то, что туберкулез – заболевание хроническое, существует вероятность развития неотложных состояний, требующих от медицинской сестры умения заподозрить развившееся осложнение и оказать доврачебную помощь.

Неотложные состояния при туберкулезе развиваются в результате разрушительного туберкулезного процесса, когда в зону распада попадает сосуд и может появиться кровохарканье и легочное кровотечение или когда в процессе распада разрушается висцеральная плевро и развивается спонтанный пневмоторакс.

Легочное кровотечение – это выделение алой пенистой крови из дыхательных путей (более 50 мл/сутки). Кровохарканье – это выделение мокроты с прожилками крови или окрашенной кровью мокроты (до 50 мл/сутки).

Легочное кровотечение начинается с кашля с клокотанием в глотке, затем выделяется алая пенистая кровь с легкими кашлевыми толчками. Больные несколько возбуждены и обеспокоены. На фоне кровотечения может развиваться анемический синдром,

сопровожающийся бледностью кожных покровов, головокружением, тахикардией и снижением артериального давления.

Легочное кровотечение и кровохарканье являются показанием для экстренной госпитализации, так как они относятся к числу опасных для жизни осложнений, поскольку даже незначительное выделение крови может быстро стать массивным и закончиться летально. Поэтому при появлении кровотечения, медицинская сестра обязана выполнить ряд мероприятий:

- через посредника вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
- придать больному полусидячее положение с целью профилактики аспирации кровью и мокротой;
- обеспечить физический и психический покой для создания эмоционального комфорта, запретить говорить, исключить курение;
- дать почкообразный лоток для сбора крови;
- объяснить больному, что при появлении кашля его следует слегка сдерживать, не пытаться сильно кашлять, как это нередко неправильно делают больные;
- исключить проведение тепловых процедур (грелки, горчичники и т.д.);

положить на грудь пузырь со льдом с целью сужения сосудов и уменьшения их кровенаполнения;

- давать больному глотать кусочки льда;
- наложить жгуты на конечности – создание депо венозной крови;
- регулярно каждые 15-20 минут определять у больного частоту пульса, дыхания, уровень артериального давления;
- приготовить все необходимое для определения группы крови;
- приготовить к приходу врача кровоостанавливающие препараты:

v 10% р-р кальция хлорида;

v 10% р-р глюконата кальция;

v 1% р-р викасола;

v 5% р-р аминокaproновой кислоты;

v 10% р-р желатиноля;

- выполнить назначения врача.

Спонтанный пневмоторакс – скопление в плевральной полости воздуха, не связанное с механическим повреждением легкого или грудной клетки. Это самопроизвольное

попадание воздуха из легкого в плевральную полость. Пневмоторакс сопровождается значительным коллапсом легкого, а также возникает опасность попадания инфекции в плевральную полость с последующим развитием эмпиемы плевры.

Проявляется внезапно возникающей интенсивной колющей болью в соответствующей половине грудной клетки, одышкой, иногда удушьем, нередко сухим приступообразным кашлем. Кроме того, возможны снижение артериального давления и тахикардия.

С целью оказания неотложной помощи рекомендуется:

- через посредника вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
- придать больному сидячее или полусидячее положение;

· обеспечить физический и психический покой для создания эмоционального комфорта;

· регулярно каждые 15-20 минут определять у больного частоту пульса, дыхания, уровень артериального давления;

· приготовить к приходу врача обезболивающие препараты:

v баралгин 5 мл;

v 50% р-р анальгина;

· приготовить к приходу врача набор для плевральной пункции;

· выполнить назначения врача.

Профилактика туберкулёза делится на социальную и медицинскую. Медицинская профилактика включает специфическую (вакцинация БЦЖ и химиопрофилактика) и неспецифическую (санитарная).

Социальная профилактика - включает мероприятия, направленные на создание здорового образа жизни:

- v оздоровление условий окружающей среды;
- v улучшение материального благосостояния населения;
- v укрепление здоровья;
- v улучшение питания и жилищно-бытовых условий;
- v развитие массовой физической культуры и спорта;
- v борьба с алкоголизмом, наркоманией и другими вредными привычками.

Специфическая профилактика – направлена на повышение устойчивости организма к туберкулёзной инфекции путём активной иммунизации методом вакцинации,

ревакцинации или непосредственно против возбудителя путём применения противотуберкулёзных препаратов методом химиопрофилактики

Методы специфической профилактики:

вакцинация БЦЖ

ревакцинация БЦЖ

химиопрофилактика

Вакцинация и ревакцинация БЦЖ.

Вакцинация по-прежнему занимает ведущее место среди профилактических мероприятий. У привитых людей заболеваемость туберкулёзом в 5-10 раз ниже, чем у непривитых.

***Вакцинация БЦЖ**-первое введение вакцины БЦЖ с целью выработки активного иммунитета против туберкулёза. В России проводится массовая вакцинация новорождённых, ревакцинация детей и подростков, а также взрослых до 30 лет. Вакцинация проводится в роддоме на 4-7 день жизни с учётом медицинских противопоказаний.*

***Ревакцинация БЦЖ** - повторное введение вакцины БЦЖ при ослаблении иммунитета против туберкулёза, о чём свидетельствует отрицательная реакция Манту. Интервал между пробой Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3-х дней и не более 2-х недель. Другие профилактические прививки могут быть проведены с интервалом не менее 2-х месяцев до и после вакцинации и ревакцинации. Первая ревакцинация проводится в возрасте 6-7 лет (1 класс), вторая – в возрасте 14-15 лет (9класс).*

Задание – составить презентацию по данной теме. Срок завтра 7 апреля 2020.

С уважением, ЕГ Архарова