

Туберкулоза

Лечение и профилактика

Лечение

▫ Общи принципи

1. *Ранно, своевременно*

2. *Продължително и непрекъснато*

най-малко шест месеца. При рецидиви и тежки форми лечението е осем и повече месеци. За резистентни случаи продължителността на лечение е 18 до 24 месеца след обезбациляването

3. *Комплексно*

комбинират се хигиенно-диетичен режим, медикаментозна терапия, курортолечение, при нужда физикални методи на лечение, хирургична интервенция

4. Индивидуализирано

въпреки, че се подчинява на определени схеми винаги се съобразява с конкретния пациент

5. Безплатно осигуряване на

противотуберкулозните лекарства поради значимостта на туберкулозата за опазването на общественото здраве. Решаващо значение за успеха от противотуберкулозния курс е сътрудничеството по време на лечението.

Световна стратегия за контрол на туберкулозата

DOTS-

Directly **O**bserved **T**reatment-
Short course.

В България DOTS стартира в четири пилотни региона през 1998 г. и обхвана цялата страна през 2003 г.

Стратегията DOTS има 5 компонента:

1. **Постоянна подкрепа от страна на държавата**
2. **Достъп до качествена директна микроскопия**
3. **Стандартизиран кратък курс на лечение на всички случаи с туберкулоза при съответен контрол, включително пряко наблюдаване на терапията**
4. **Редовно осигуряване на качествени медикаменти**
5. **Система за регистриране и отчет даваща възможност както за оценка на изхода от лечението на всеки пациент, така и на изпълнението на програмата като цяло**

3. **Стандартизиран кратък курс на лечение на всички случаи с туберкулоза при съответен контрол, включително пряко наблюдаване на терапията**

Пряко наблюдение на приема на лекарствата - **D**irectly **O**bserved **T**reatment -DOT.

Кратък курс - **S**hort course

Най-висок процент на излекувани се постига с т.н. "разширена DOT" включваща директно наблюдение на приема на лекарства комбинирано с различни форми на социална подкрепа, различни стимули и поощрения като част от една по-мощна програма за осигуряване на добър комплайнс.

н Лечението на туберкулозата е не толкова финансов проблем, колкото организационен!

Медикаментозно лечение

Принципи:

- n **Комбинирано**
винаги се започва с четири (минимум три) препаратата, никога монотерапия!
- n **Оптимални дозировки и оптимален начин на приемане**
най-често еднократно цялата доза за деня
- n **Следи се за странични действия от медикаментите**
ГИТ (черен дроб, стомах), бъбреци, зрителен, слухов, вестибуларен апарат и др.

- n **Контролират се бацилоотделяне, рентгенова динамика и клинично повлияване**
- n **При болни с резистентност- специални режими, в които се включват допълнителни туберкулостатици**
- n **Диспансерен контрол и наблюдение след завършване на лечението, профилактика на рецидивите**

Медикаменти

1. Основни противотуберкулозни лекарства

- n Isoniazid (H)
- n Rifampicin (R)
- n Pyrazinamide (Z)
- n Ethambutol (E)
- n Streptomycin (S)

Дози на основните противотуберкулозни медикаменти при деца и възрастни /СЗО/

медикамент	Ежедневна препоръчителна доза мг/кг	Трикратно седмично мг/кг
Isoniazid	5 (4-6), max 300 mg дневно	10
Rifampicin	10 (8-12), max 600 mg дневно	10 (8-12), max 600 mg дневно
Pyrazinamide	25 (20-30)	35 (30-40)
Ethambutol	Деца 20 (15-25) Възрастни 15 (15-20)	30 (25-35)
Streptomycin	15 (12-18)	15 (12-18)

2. Допълнителни противотуберкулозни лекарства

Ofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin,
Amikacin, Kanamycin,
Capreomycin,
Rifabutin/Mycobutin/
Ethionamide/Prothionamide,
Cycloserine,
PAS и др.

Категории пациенти съобразно предходното лечение(СЗО)

- n **Новооткрит (New)**-пациент, който никога преди не е получавал противотуберкулозно лечение или е имал такова за по-малко от 1 месец.
- n **Рецидив (Relapse)**-пациент, който е лекуван за ТБК и е отчетен като излекуван или като завършил лечението си и отново е диагностициран с положителен резултат /на Д.М. или посявка/.
- n **Лечение след неуспех (Treatment after failure)**-пациент, който е започнал повторно лечение след като е имал неуспех от предходен курс.
- n **Лечение след прекъсване (Treatment after default)**-пациент, който се връща за лечение положителен бактериологично, с прекъсване на лечението за 2 или повече месеца.
- n **Трансфериран (Transfer in)**-пациент, който е бил прехвърлен от друг туберкулозен регистър, за да продължи лечението си.
- n **Други (Other)**-всички случаи, които не се вменят в посочените по-горе категории. В тази група се включват и хроничните пациенти, които са с положителна храчка в края на проведен повторен режим.

Dr. Lee Jong-Wook, Director-General of the WHO, holds up copies of the standards on the morning of publication .



Стандарт 7

Всеки лекар лекуващ пациент с туберкулоза поема важна отговорност към общественото здраве. За да изпълни тази отговорност той не само трябва да изпише правилно лечение, но и да бъде способен да оцени степента на сътрудничество от страна на болния, както и да вземе мерки когато липсва такава. С това лекарят ще осигури изпълнение на режима до завършване на лечението.

Стандарт 8

- Всички пациенти /включително и тези с HIV инфекция/, които не са били лекувани предварително трябва да получават международно възприета комбинация от основни противотуберкулозни средства с известна бионаличност.

Стандарт 8

- Началната фаза трябва да се състои от 2 месеца Isoniazid (H), Rifampicin (R), Pyrazinamide (Z) и Ethambutol (E).
- Предпочитаният режим по време на продължителната фаза се състои от H и R за четири месеца.

Стандарт 8

- Дозите на противотуберкулозните лекарства трябва да са съобразени с международните препоръки.
- Комбинации с фиксирани дози от два медикамента /H и R/, три медикамента /H, R и Z/ и четири медикамента /H, R, Z и E/ са силно препоръчителни, особено когато приемът на лекарствата не е наблюдаван.

Препоръчителни режими за болни, които не са получавали предхождащо лечение за туберкулоза /СЗО/

	Начална фаза	Поддържаща фаза
Предпочитан	H, R, Z, E ежедневно за 2 месеца H, R, Z, E три пъти седмично, 2 месеца	H, R ежедневно, 4 месеца H, R три пъти седмично, 4 месеца
Алтернативен	H, R, Z ежедневно, 2 месеца	H, E ежедневно 6 месеца

Лечение на новооткрити пациенти

- n **Интензивна (начална) фаза**
два месеца с
R, H, Z, E
- n **Поддържаща (продължителна)**
фаза
четири месеца интермитентно
лечение с двойна комбинация:
R и H

Лечение по време на бременност

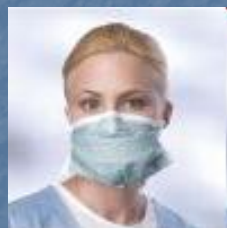
- n Стрептомицинът е противопоказан - той преминава плацентата и може да причини увреждане на слуховия нерв и бъбреците на плода
- n Използва се шестмесечен режим базиран на Рифампицин, Изониазид и Пиразинамид
- n Ако се налага четвърти медикамент Етамбутол може да се включи през първите два месеца (начална фаза)

- n Всички, които се грижат за пациенти с туберкулоза трябва да осъществят изследване и оценяване на контактните на бацилоотделителите /особено деца под 5 години и HIV позитивни/
- n Деца под 5 години и HIV позитивни, които са били в контакт със заразно болен трябва да се оценяват както за латентна инфекция с МТ, така и за активна туберкулоза.

Профилактика

- n Изолиране и лечение на бацилоотделителите
- n Вентилация
- n Ултравиолетови лампи
- n Ваксинация
- n Профилактика на преминаването на латентната туберкулозна инфекция в активна

Respirator N95



Профилактика с вакцина БЦЖ



Fig. 1

Intradermal injection of BCG vaccine

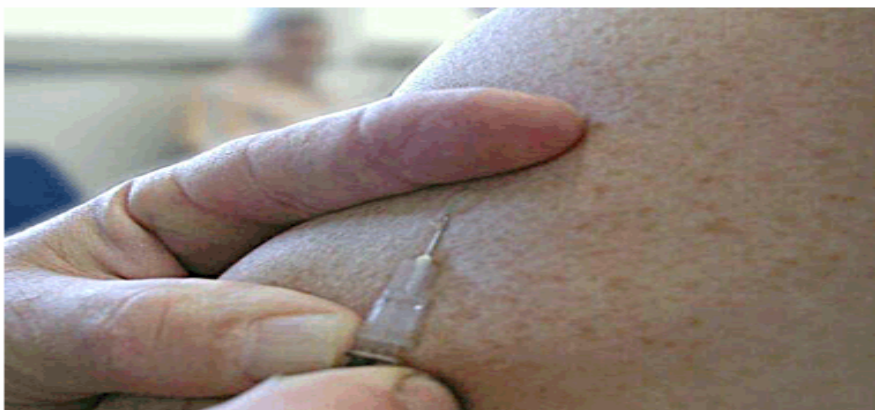


Photo courtesy of the author

- n **Ваксината съдържа живи бактерии BCG, които са изсушени след предварително замразяване и запазени под вакуум.**
- n **Първата БЦЖ-ваксина се поставя в родилния дом на всички здрави новородени деца. Периодът на имунизирание е между 2-рия ден от раждането и изписването, но не по-рано от 48-я час след раждането.**

- n В края на първата година от раждането се прави проверка на имунитета от БЦЖ имунизацията чрез пробата на Манту (5 ME PPD), която се отчита след 72 часа. На децата с отрицателна проба (под 5 мм) се прави реимунизация с БЦЖ.
- n на възраст 7, 11 и 17 години-проба на Манту. При отрицателна проба, здравите деца се реваксинират.
- n периодът между пробата на Манту и реваксинацията не трябва да надвишава 15 дни.

- n Начинът на прилагане е строго вътрекожно.
- n Важно! - БЦЖ ваксината е съвместима единствено с ваксината срещу Хепатит В и не е съвместима с останалите имунизации.
- n Между нея и другите ваксини трябва да има минимум едномесечен интервал.
- n Когато се прилага друга ваксина-тя трябва да бъде на другата ръка

Лечение на ЛТИ

- n Основната цел на лечението при пациентите с ЛТИ е да се предотврати нейното развитие в активна туберкулоза.
- n Лечението на ЛТИ не трябва да се започва докато не се изключи активна туберкулоза!!! (Пациенти, при които се подозира туберкулозно заболяване трябва да получават препоръчаните от СЗО лекарствени комбинации до момента на отхвърляне на тази диагноза).

- n Важно е да се оцени и наличието на остро или хронично заболяване на черния дроб, което също е противопоказание за лечение на латентната туберкулоза
- n Преди започване на лечението е необходимо също да се оценят рисковете за HIV инфекция тъй като HIV позитивните се нуждаят от по-дълги срокове на лечение и по-стриктно мониториране отколкото HIV негативните

Най-често се препоръчва Isoniazid за 6-9 месеца.

- n 5 мг/кг (максимум 300 мг дневно) при ежедневен прием
- n Много важно е преди започването на курса да са направени всички изследвания с оглед изключване на активна туберкулоза-белодробна и извънбелодробна
- n Решението за провеждането на лечение на латентна туберкулозна инфекция трябва да се вземе от специалист в областта на туберкулозата, който да наблюдава пациента по време на целия курс.