

# Реферат

Тема: Иммунопрофилактика и лечение ТБ  
Препод.: Курочкин А. И.  
Студ.: Курочкин А. Ч. гр. Мед-19Б

оценка  
5

## Лечение туберкулеза

### Основные рекомендации:

1. Впервые выявленный (новый случай) пациент с туберкулезом легких должен получить лечение по схеме химиотерапии в течение 6-месяцев с включением рифампицина (2HRZE/4HR)<sup>24,26</sup>. (Руководство ВОЗ по лечению туберкулеза, 4-е издание, Рекомендации 1.1; Международные стандарты лечения ТБ No 8) (Класс 1, Уровень А)
2. Оптимальная частота приема препаратов для впервые выявленных пациентов с ТБ легких – ежедневно в течение всего курса<sup>26</sup> (Руководство ВОЗ по лечению туберкулеза, 4-я редакция, Рекомендация 2.1) (Класс 1, Уровень А)
3. Впервые выявленный пациент с ТБ легких получает интенсивную фазу лечения с ежедневным приемом препаратов, за которым следует фаза продолжения с частотой приема препаратов три раза в неделю (2HRZE/4(HR)3), при условии, если прием каждой дозы проходит под непосредственным наблюдением<sup>26</sup> (Руководство ВОЗ по лечению туберкулеза, 4-е издание, Рекомендация 2.1A) (Класс 2a, Уровень А)
4. Своевременное выявление и начало лечения МЛУ-ТБ препаратами второго ряда повышает вероятность излечения и предотвращает дальнейшее развитие и распространение лекарственной устойчивости<sup>26</sup> (Класс 1, Уровень В)
5. Там, где доступен Xpert MTB/RIF для определения лекарственной устойчивости, выбор схемы лечения должен основываться на результате этого исследования<sup>26</sup> (Руководство ВОЗ по лечению туберкулеза, 4-е издание, Рекомендация 7.2)
6. Если результат теста Xpert MTB/RIF показал устойчивость к рифампицину, необходимо начинать лечение по схеме для МЛУ-ТБ (препаратами второй линии сразу после обсуждения на консилиуме, еще до получения подтверждения диагноза МЛУ-ТБ другими методами тестирования на лекарственную устойчивость<sup>27,28</sup> (Класс 1, Уровень С).
7. Если Xpert MTB/RIF недоступен, то следует начинать эмпирическое лечение по схеме для МЛУ-ТБ до получения результата исследования на чувствительность к противотуберкулезным препаратам после получения рекомендаций врачебного консилиума по МЛУ-ТБ. (Основано на Руководстве ВОЗ по лечению туберкулеза редакция, Рекомендации 7.3, интерпретированной с учетом статистических данных по распространенности МЛУ среди повторно получающих лечение групп в Кыргызстане) (Класс 2a, Уровень С)
8. Терапевтический режим для МЛУ-ТБ препаратами второго ряда (эмпирически или основанный на результатах анализа на лекарственную устойчивость) нельзя начинать, если нет в наличии препаратов на полный 20-24 месячный курс лечения<sup>26</sup> (Класс 1, Уровень В).
9. Пациентам с повышенным риском развития изониазид-индуцированной периферической

Стандартные

## противотуберкулезной терапии

лечение предусматривают две фазы противотуберкулезной терапии – начальную фазу лечения и поддерживающую фазу лечения.

### 1.1 Интенсивная фаза (2-3 месяца)

В первой фазе (интенсивной) лечения туберкулеза больные в зависимости от типа туберкулеза принимают 4-5 основных противотуберкулезных препаратов. Это приводит к быстрой гибели *M.tuberculosis*, в результате чего больной перестает быть источником и передатчиком возникновения повышенной устойчивости микобактерий. В большинстве случаев конверсия из ММ+ (БК+) в ММ- (БК-) происходит в течение 2-3-х месяцев после начала стандартизированного курса противотуберкулезной терапии. Важно, чтобы больной принимал все назначенные дозы препаратов. Риск развития лекарственной резистентности особенно высок на ранних стадиях лечения противотуберкулезными препаратами, когда количество бактерий в организме больного еще велико. Исследования показывают, что ежедневный прием противотуберкулезных препаратов в интенсивной фазе терапии ассоциируется с более низким риском развития лекарственной устойчивости, поэтому, согласно современным рекомендациям ВОЗ, следует избегать схем прерывистого приема противотуберкулезных препаратов (1 раз в неделю) во время интенсивной фазы лечения<sup>19</sup>. Без определения ТЛЧ не следует переходить в поддерживающую фазу лечения, особенно когда нет рентгенологической активной динамики или выявляется еще ухудшение без выделения микобактерий туберкулеза. Комбиндация особенно показана для Кыргызстана, учитывая изначально высокий уровень лекарственной устойчивости.

### 1.2 Поддерживающая фаза лечения (4-6 месяцев)

Во второй фазе (поддерживающей) лечения туберкулеза, по сравнению с интенсивной уменьшается количество принимаемых препаратов. В эту фазу идет воздействие на туберкулезные формы *M.tuberculosis* и обеспечивается полное уничтожение возбудителя и с дальнейшим уменьшением воспалительных изменений. Уничтожение переносимых возбудителей предупреждает развитие рецидива после окончания курса терапии. Риск развития лекарственной устойчивости в поддерживающей фазе лечения ниже, чем в интенсивной фазе, так как в это время количество микобактерий туберкулеза в организме больного уменьшается.

### 1.4 Стандартные схемы лечения

Существует множество различных схем лечения больных ТБ. ВОЗ и Международный фонд борьбы с туберкулезом и болезнями легких рекомендуют использовать стандартные схемы лечения больных ТБ, что означает, что все пациенты из определенной страны будут получать одинаковую схему лечения. При правильном применении эти стандартные схемы лечения позволяют решить все перечисленные выше задачи противотуберкулезной

Все пациенты делится на 4 различные клинические группы в соответствии с типом их лечения согласно национальной программе по борьбе с ТБ (см. Таблицу 8).



13.04.04)	
13.05.201)	
13.11.18)	

Бактериологический метод (исследование мазков-пробирок)

13.04.04)

длительности лечения с Xpert MTB/RIF или Naip MTBDRplus, решение о начале лечения принимается на основании результатов этих исследований до получения результатов бактериологического метода (исследования мазков-пробирок) чувствительности традиционным методом. Если выявлены штаммы без наличия у них устойчивости к рифампицину и изо니아зиду, то пациентам Xpert MTB/RIF или Naip MTBDRplus, могут назначить стандартной схемы противотуберкулезных препаратов первого ряда, как это показано ниже. Исследования чувствительности для лечения новых случаев ТБ тем, кто в MTB-DRIF или Naip MTBDRplus не обнаружены и где пациент не находится в группе повышенного риска.

Таблица

Стандартная схема для лечения вновь выявленных пациентов с ТБ с предположительной или подтвержденной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам

Инициальная фаза	Поддерживающая фаза
2 месяца HRZE*	4 месяца HR*

\*H-isoniazid, R- rifampicin, Z- pirazinamid, E- etambutol

Пациенту следует назначить схему из препаратов второго ряда для лечения МЛУ-туберкулеза микротестирование мокроты с помощью Xpert MTB/RIF показывает устойчивость к рифампицину или Naip MTBDRplus показывает устойчивость к рифампицину и изо니아зиду<sup>26,27,28</sup>, чтобы продемонстрировать, что пациенты получат полный курс терапии препаратами второго ряда без каких-либо серьезных наблюдений в течение 20-24 месяцев<sup>29</sup>. Не рекомендуется назначать пациентам схему, состоящую из препаратов первого ряда, если Xpert MTB/RIF или Naip MTBDRplus указывает на МЛУ-ТБ. Схема для МЛУ-ТБ может быть модифицирована в зависимости от чувствительности к антибиотикам, проведенной на выращенной культуре микроорганизмов, не подтвердит диагноз МЛУ-ТБ.

Раннее лечение пациентов подвергнется более высокому риску развития МЛУ является источником данной формы туберкулеза. Там, где Xpert MTB/RIF или Naip MTBDRplus не доступны, все пациенты, леченные от ТБ в прошлом, и новые диагностически выявленные, которые были в тесном контакте с МЛУ-ТБ пациентом, должны начинать лечение стандартной схемой МЛУ-ТБ с использованием препаратов второго ряда до получения результатов культуры с тестом на лекарственную чувствительность, на основе которого будет принято решение о дальнейшем лечении.

Исследования показывают, что показатель МЛУ-ТБ выше 3% прямо ассоциирует с показателями неэффективности лечения схемами, основанными на препаратах первого ряда. Следует отметить, что схемы повторного лечения с применением препаратов первого ряда поддерживаются доказательствами, полученными в ходе клинических исследований. Для получения информации о рекомендуемых схемах для МЛУ-ТБ обратитесь к клиническому руководству по лечению ТБ.

1.5 Использование противотуберкулезных препаратов в особых случаях

Беременность

Применение стрептомицина во время беременности может привести к риску у ребенка стойкой потери слуха, поэтому необходимо использовать вместо

Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов и их лечение  
(из Руководства по лечению туберкулеза ВОЗ, 4-я редакция)

Побочный эффект	Вероятно вызвавший препарат	Лечение
<b>Тяжелые</b>		Прекратить прием соответствующего препарата (ов) и направить к фтизиатру
железная сыпь с или без зудя	Стрептомицин, изониазид, рифампицин	Прекратить прием противотуберкулезных препаратов
снижение слуха	Стрептомицин	Прекратить инъекции стрептомицина
обострение (вертунги с нистагмом)	Стрептомицин	Прекратить инъекции стрептомицина
желтуха, гепатит	Изониазид, пирразинамид, рифампицин	Прекратить прием противотуберкулезных препаратов (превышение уровня трансаминаз более 3 раз)
путанность сознания (если желтуха, возможна острая печеночная недостаточность)	Большинство противотуберкулезных препаратов	Прекратить прием противотуберкулезных препаратов
нарушения зрения	Этамбутол	Прекратить прием этамбутола
Жел. пурпура, острая почечная недостаточность	Рифампицин	Прекратить прием рифампицина
снижение диуреза	Стрептомицин	Прекратить инъекции стрептомицина
<b>Легкие</b>		Продолжить прием противотуберкулезных препаратов, проверить их дозы
Анорексия, тошнота, боль в животе	Пирразинамид, рифампицин, изониазид	Давать препараты с едой или перед сном, посоветовать пациенту глотать таблетки каждую по отдельности, запивая маленькими глотками воды. Если симптомы персистируют или ухудшаются, или появились упорная рвота, или признаки кровотечения, следует считать побочный эффект тяжелым и направить к фтизиатру.
Боль в суставах	Пирразинамид	Аспирин, нестероидные противовоспалительные препараты или парацетамол