ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

Лекция № 3.

Принципы лечения и ухода за пациентами при туберкулезе. Неотложные состояния.

Красноярск 2013г

Преподаватель спец дисциплин
Сестринское дело – Филенкова
Н.Л.

План

Общие принципы лечения туберкулеза.

Химиотерапия.

Патогенетическое лечение.

Хирургическое лечение.

Природная физиотерапия.

Принципы ухода за пациентами, режим, питание больных туберкулезом.

Симптомы и алгоритм оказания первой помощи при неотложных состояниях.

Сирийский древний врач Аль Фарадж, прежде чем приступить к лечению, говорил больному: «Смотри – нас трое – я, ты и твоя болезнь. Если ты встанешь на мою сторону, то мы вдвоем победим болезнь». Таким образом, он призывал больного активно участвовать в своем излечении, помогая врачу.

В случае туберкулеза совместная деятельность врача, медсестры и больного просто необходима – не только для результативности лечения, но и для предупреждения заражения окружающих.

Для того чтобы добиться излечения больного от туберкулеза, нужно применить комплекс различных методов, при этом необходимо соблюдать **основные принципы лечения:**

1. Лечение должно быть **ранним и своевременным**. Чем позже выявлена болезнь, тем меньше шансов на излечение.
2. Лечение больного туберкулезом должно **быть длительным и непрерывным**. В среднем 1,5-2 года, при ограниченных малых формах туберкулеза – 9-12 месяцев. Перерывы в лечении активного туберкулеза ведут к формированию устойчивости возбудителя и хронизации процесса.
3. Каждому больному после постановки диагноза составляется **индивидуальная** программа лечения: стационар – санаторий – диспансер.
4. Лечение должно быть **комплексным**. В комплекс лечебных методов входят:

А) Химиотерапия – ведущий метод;

Б) Патогенетические методы, направленные на нормализацию нарушенных функций организма;

В) Гигиено-диетический режим;

Г) Коллапсотерапия – лечебный пневмоторакс и пневмоперитонеум, применяются как дополнительные методы

Д) Хирургическое лечение применяется при любой форме туберкулеза и при отсутствии противопоказаний.

Критериями эффективности лечения являются:

-исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления;

- стойкое прекращение бактериовыделения, подтвержденное микроскопическим и культуральным исследованиями;

-регрессия Р-логических проявлений туберкулеза;

- восстановление функциональных возможностей трудоспособности.

Химиотерапия больных туберкулезом

Это основной метод лечения. Обычно применяют не менее четырех препаратов в начале лечения всех больных с бацилловыделением.

Химиопрепараты подавляют размножение микобактерий туберкулеза, часть микробов разрушают. Добиться полного разрушения микробных тел в организме не удается, но количество их сокращается, они перестают размножаться.

При неправильно проводимой химиотерапии может развиться лекарственная устойчивость микобактерий. Лечение проводится комбинацией из 3-5 химиопрепаратов.

Применяют 2 группы химиопрепаратов

Основная группа наиболее активные препараты, действуют бактериостатически и бактерицидно. Обладают побочным гепатотоксическим действием.

Изониазид – обладает высокой бактерицидной активностью, хорошо всасывается из ЖКТ, отечественный препарат выпускают в таблетках и в ампулах. Назначается энтерально, В/Венно капельно, эндобронхиально.

Рифабутин пер ос

Рифампицин (бенемицин) - полусинтечический антибиотик широкого спекра действия. При приеме препарата моча, слезная жидкость, мокрота могут окрашиваться в оранжевый цвет.

Фтивазид и метазид - менее токсичны, поэтому назначаются детям и пожилым. Назначают энтерально. Близок к ним препарат *Салюзид,* может использоваться подкожно, в/м и в/в.

Этамбутол – назначается пер.ос, бактериостатическое действие, противопоказан при невритах зрительного нерва, поэтому в процессе лечения рекомендуется ежемесячно проводить контроль зрения.

Стрептомицин - подавляет развитие МБТ, расположенных внеклеточно, обладает токсическим действием на вестибулярный аппарат.

Резервные химиопрепараты

Канамицин - противопоказания те же, что и у стрептомицина.

Амикацин – один из наиболее активных препаратов, медленно развивается к нему лекарственная устойчивость, назначается в/в, в/м, эндоплеврально.

Этионамид – хорошо проникает в спинномозговую жидкость.

ПАСК – натрия пара-аминосалициловая кислота – оказывает бактериостатическое действие на быстроразмножающиеся МБТ, расположенные внеклеточно, сейчас применяют редко.

Ученые всего мира длительное время заняты поисками новых, более эффективных противотуберкулезных препаратов. Появились комбинированные препараты, когда в одной таблетке содержатся два-три химиопрепарата.

Майрин производство США содержит:

Этамбутол

Рифампицин

Изониазид

Рифиног производство Франция

Рифампицин

Изониазид эффективен при запущенных и распространенных процессах.

Чтобы уменьшить побочные действия химиопрепаратов медсестра должна уметь давать пациентам общие рекомендации по их приему:

Принимать лекарства после еды;

Запивать их достаточным количеством воды, препараты ПАСКа лучше молоком;

В день выпивать не менее 0,5л. молока, кефира, бифидопродуктов;

В период приема лекарств исключить употребление алкоголя, в том числе пива.

В стационаре пациент должен принимать лекарства в присутствии медсестры.

Доказано, что независимо от способа введения (В/В, В/М, Через рот) препарат оказывает одинаковую эффективность. Поэтому лучше через рот, меньше осложнений.

В диспансере лекарства выдавать лично пациенту строго на 10 дней.

Чтобы проверить добросовестность пациента - исследовать анализ мочи на присутствие продуктов обмена ГИНК (гидразидо изоникатпиновой кислоты) который является химической основой противотуберкулезных препаратов.

Патогенетическое лечение

Противовоспалительные:

Гормоны надпочечников (преднизолон, гидрокортизон) оказывают противовоспалительное действие, снижают аллергические реакции и за счет этого действия ограничивают развитие фиброза (соединительной ткани) при экссудативном плеврите, туберкулезном менингите.

Дезинтоксикационная терапия - связывает токсины, циркулирующие в крови и выводит их.

Анаболические стероидные препараты: *Ретаболил* – назначают при дефиците массы тела, длительной интоксикации

Нестероидные средства - кислота ацетилсалициловая, индометацин, ибупрофен и др.

Ферменты (лидаза, трипсин) для разжижения мокроты.

Средства улучшающие микроциркуляцию в зоне поражения (курантил, трентал).

Антигистаминные средства (супрастин, тавегил,)

Биогенные стимуляторы(стекловидное тело, алое, ФИБС)

Иммуномодуляторы для восстановлении иммунного гомеостаза– препараты вилочковой железы – тималин, Т-активин.

Физиотерапия – применяют ультрозвук, который оказывает непосредственное влияние на местный очаг поражения, улучшает проникновение и повышает концентрацию противотуберкулезных препаратов, ускоряет рассасывание инфильтративных воспалительных изменений.

Тубекулинотерапию проводят при вялотекущих хронических процессах в фазе распада. Туберкулинотерапия стимулирует восстановительные процессы, расширяет капилляры в зоне поражения, лучше проникают лекарственные препараты в пораженные участки организма.

Коллапсотерапия

Сдавливание лёгкого воздухом с лечебной целью,

2 метода:

1. Искусственный пневмоторакс – введение воздуха в плевральную полость для сдавливания больного лёгкого.
2. Искусственный пневмоперитонеум – введение воздуха в брюшную полость для подъёма и ограничения подвижности диафрагмы с целью создания покоя нижних отделов лёгких (при лёгочных кровотечениях).

Хирургические методы лечения

Резекция легких при туберкулезе стала применяться с 1946 г. В нашей стране успешная операция была проведена Л.К. Богушем в 1947г. Основными задачами хирургического лечения являются ликвидация и радикальное удаление основного очага инфекционного поражения –каверны, казеозного некроза, зоны массивной диссеминации туберкулеза. Показания для оперативного вмешательства:

1.Неэффективность интенсивной терапии в течение 3-6 месяцев с продолжающимся бактериовыделением.

2. Установление множественной лекарственной устойчивости МБТ.

Эффективность методов хирургического лечения в нашей стране составляет около 85%.

Природная физиотерапия

Аэротерапия - лечение воздухом нормализует функции ЦНС, дыхательной, сердечно-сосудистой системы, улучшает сон и аппетит. Важно соблюдать режим воздушной ванны: начиная с 5 минут, прибавляя каждый день по 5 минут, довести до 2-х часов.

Нежелательное время для воздушных ванн с 10.00 до 12.00 часов и через 2 часа после обеда. Больной должен находиться в тени деревьев или на веранде.

Водные процедуры в санаториях в утренние или вечерние часы.

Гелиотерапия – солнечные процедуры с 9 до 11 часов и обязательно на фоне антибактериальной терапии.

Лазеротерапия при замедлении положительной динамики на фоне химиотерапии при кавернозном туберкулезе легких, нагноении послеоперационной раны.

Массаж – когда трудно отходит мокрота.

Лечебная физкультура важный метод общего укрепления организма, при этом у больного улучшается аппетит, сон, работа сердца. Проводится специально подготовленным инструктором под контролем лечащего врача.

Различают 4 вида режима:

- Абсолютный покой (постельный режим).
- Относительный покой (щадящий).
- Режим тренировки.
- Адаптация к труду.

Постельный режим назначается при острой фазе тяжелого течения туберкулеза, при легочных кровотечениях и кровохарканьях, при спонтанном пневмотораксе, после операции, при туберкулезе позвоночника, туберкулезном менингите.

Продолжительность этого периода зависит от общего состояния больного.

В этот период медицинская сестра проводит гигиенический уход за больным: личная гигиена, уход за кожей, гигиена постели, контроль за работой желудочно-кишечного тракта, питание и т.д.

На щадящий режим - больной переводится по мере улучшения общего состояния, ликвидации осложнений, прекращения кровохарканья. Разрешено посещение столовой, туалета. Рекомендуется утренняя гимнастика, в хорошую погоду – 1-2 раза в день по 30 минут прогулки. Дневной сон или нахождение в постели днем не менее 4-5 часов. Длительность этого периода – 3-4 недели.

Тренировочный режим назначается после ликвидации острого туберкулезного процесса и его осложнений. Прогулки до 2-х часов, спортивные игры в ограниченном объеме, вводятся трудовые процессы – работа в трудовых мастерских, помощь сотрудникам и т.д.

Адаптация к трудовой жизни происходит после выписки больного из стационара и продолжения лечения его в амбулаторных условиях до возвращения к трудовой деятельности на прежней работе.

Иногда больные, перенесшие туберкулез не допускаются к своей прежней профессии – это воспитатели детских садов, работники пищевой отрасли, медсестры педиатрического профиля. В этом случае больной меняет профессию, либо чрез МСЭК (медико-социальная экспертная комиссия) переводится на инвалидность сроком на 1 год.

Питание больного туберкулезом

В лечении больного туберкулезом важную роль играет питание. Комбинацией определенных продуктов, специальными диетами можно нормализовать нарушенный обмен веществ, повысить сопротивляемость организма, создать благоприятные условия для восстановительных процессов.

Питание должно быть малыми порциями не менее 6 раз, диета № 11

- Завтрак – 30% от общего числа калорий.
- Обед – 40% суточного рациона.
- Ужин – 20%.
- За 1,5 часа до сна - легкий ужин – 10%

Ведущим элементом в рационе больного является полноценный белок, резкое его ограничение способствует обострению туберкулеза.

Больному необходимо 1,5-2 г. белка на 1 кг. массы тела.

В достаточном количестве белок содержится в таких продуктах, как творог, яйца, рыба, мясо, молоко, печень, а также гречневая, рисовая, овсянная крупы, картофель, хлеб, бобовые.

Жиры – не более 80г. в сутки и большая их часть – растительные жиры.

Углеводы – 400-500г. При сопутствующих заболеваниях, таких, как бронхиальная астма, экзема, аллергия углеводов до 300-350 г., меньше нельзя т.к. происходит нарушение расщепления и всасывание белков и жиров.

При сниженной функции печени рекомендуется назначать ягоды, фрукты (виноград, сладкие фрукты и ягоды).

Минеральные соли

Соли кальция **способствуют рубцеванию очагов, оказывают противовоспалительное действие, уменьшают проницаемость кровеносных сосудов, нормализуют аллергическую реакцию.**

Источники кальция - молоко, кисломолочные продукты, цветная капуста, помидоры.

Витамины.

Витамин А - 3-5 мг. в сутки (в норме 2-2,5 мг.). Продукты: рыбий жир, печень рыбы, животных, сливочное масло. Необходим витамин А при интоксикации и потере веса для улучшения обменных процессов.

*Витамины группы **В** обязательно назначают при лечениии и химиопрофилактике больных туберкулезом.*

Витамин B_1 (тиамин) - оказывает регулирующее воздействие на нервную систему, углеводный и белковый обмены веществ. У больных туберкулезом отмечается дефицит витамина B_1. При приеме химиопрепаратов, возникают невриты и полиневриты (мышечная слабость, боли в ногах). Источники B_1: пивные дрожжи, хлебцы из муки грубого помола, горох, печень.

Витамин B_2 (рибофлавин) – способствует усвоению белков и жиров. При недостатке – изменения в слизистой оболочке рта, трещины, изменяются ногти. Содержится в этих же продуктах

Витамин B_6 (пиридоксин) в случае назначения больным канамицина и стрептомицина увеличивается их недостаток и возникают психические расстройства. Содержатся в говядине, птице, ячмене, бобовых.

Витамин С (аскорбиновая кислота) Укрепляет стенки сосудов, регулирует их проницаемость, поддерживает иммунитет. У больных туберкулезом в острой фазе наблюдается дефицит витамина С, а применение химиопрепаратов усугубляет его. У больных появляется понос, общая слабость, может появиться мелкоточечная сыпь. В норме суточная потребность витамина С 70-100мг., при туберкулезном процессе 300-500мг.

Витамин Д (кальциферол) Под его воздействием усиливается всасывание кальция и фосфора. Содержится в рыбе, рыбьем жире, сливочном масле. Витамин Д применяется с лечебной целью при туберкулезе кожи и слизистых оболочек

Основные неотложные состояния при туберкулезе

Кровохарканье - наличие примеси крови в мокроте визуально – показание для госпитализации. Выделение МБТ больным.

Обеспечить физический и психический покой.

При сильном кашле - либексин, кодеин, дионин.

Внутривенно – 10% раствор глюконата кальция, 0,1% атропина, 1% раствор викасола, 5% раствор аминокапроновой кислоты, 5% раствор аскорбиновой кислоты.

Кровотечение легочное - когда через трахею и ротоглотку выделяется пенистая кровь непрерывно, толчками или отхаркивание кровяных масс до 50 мл. в сутки. Сопровождается бактериовыведением.

Пациенту придать сидячее или полулежащее положение с наклоном туловища в сторону предполагаемого кровотечения, дать почкообразный тазик.

Полный физический, речевой и психический покой.

Пузырь со льдом на область предполагаемого кровотечения.

Кислородотерапия.

Медикаменты такие же, что и при кровохарканье.

Лечебный пневмоторакс при локализации процесса в верхних отделах легких.

Пневмоперитонеум - локализация процесса в нижних отделах.

Бронхоскопия с тампонадой кровоточащего сосуда или хирургическое лечение.

Открытый спонтанный пневмоторакс .

Самопроизвольное попадание воздуха из легкого в плевральную полость.

У больного внезапно начинается одышка, цианоз, боли в грудной клетке с соответствующей стороны.

Придать больному полусидячее положение, успокоить.

После плевральной пункции удаляется воздух с помощью электроотсоса + вводятся антибиотики.

Анафилактическая реакция – на введение лекарственного вещества.

Развитие анафилактического шока –опасное состояние.

-прекратить введение лекарства;

-пациента уложить с приподнятыми ногами;

-ввести гормоны, антигистаминные средства, глюконат кальция, допамин, гемодез, ацессоль.

-контролировать почасовой диурез;

-проводить оксигенотерапию.

Особенности сестринского процесса при вторичном туберкулезе.

1 этап- сбор информации:

-социальные факторы;

-жилищно-бытовые условия;

-присутствие всемье детей, подростков, беременных, лиц из декретированых групп;

-наличие вредных привычек и пристрастий;

-санитарно-гигиеические навыки(состояние кожи, ногтей, белья, содержание жилища помогает медсестре вскрыть целый ряд проблем).

Информацию о пациенте при вторичном туберкулезе медсестра может получить из:

-беседы и ознакомления с пациентом;

-беседы с родственником;

-медицинской карты;

-различных источников(МВД, органов соцзащиты, наркодиспансера);

2 этап- выделение и формирование проблем пациента.

При вторичном туберкулезе проблемы носят физиологический, психологический, социальный характер.

Социально-бытовые проблемы:

-высокий риск инфицирования собственных детей и соседских (общежитие, коммунальная квартира);

-неполноценное питание вследствие низкого материального достатка;

-недостаток гигиенических знаний;

-асоциальное поведение.

Социально-психологические проблемы:

-страх потерять работу или ухудшение взаимоотношений с начальством из-за необходимости длительного лечения;

-вероятность распада семьи вследствие длительного отсутствия, боязни родственников тоже заболеть туберкулезом;

-снижение умственой и физической работоспособности вследствии заболевания.

Физиологические проблемы:

-овышенная потливость, особенно ночью;

-мышечная слабость, головная боль;

снижение аппетита, снижение веса вплоть до истощения;

-проблемы ЖКТ;

-кашель от сухого до влажного и мучительного;

боль в грудной клетке, позвоночнике, суставах;

одышка, кровохарканье и т.д..

Из многообразия проблем медсестра должна выделить приоритетные с учетом отношеия к ним пациента.

План ухода за пациентом составляется по 3-4 проблемам, на котрые реально можно воздействовать.

3 этап- долгосрочные цели.

4 –этап –составление плана ухода.

В качестве примера рассмотрим - неаккуратный и нерегулярный прием лекарств.

1 этап- сбор информации; из беседы с пациентом, а также из других источников выяснилось, что пациент нерегулярно принимает противотуберкулезные препараты, назначенные врачом.

2 –этап- выделение и формирование проблем: нерегулярный прием пациентом лекарств, вследствие недостаточной осведомленнсти и низкой ответственности за свое здоровье.

3 этап- определение целей и сроков достижения цели:

краткосрочная цель: через 5-6 дней пациент начнет осознавать ответственность *за* свое здоровье и необходимость акуратно выполнять назначения;

долгосрочная цель: будет акуратно выполнять все назначения в процессе лечения.

4 этап – планирование:

-медсестра проявит заинтересованность в восстановлении здоровья пациента;

-будет проводить беседы о том, что все усилия медиков одолеть болезнь без активного участия пациента безуспешны;

-попытается активизировать у пациента мотивацию к аккуратному выполнению назначений врача (выздоровление без осложнений, возвращение к работе, устранение для членов семьи угрозы заражения и т.д.);

-в доступной форме объяснит некоторые особенности возбудителя, его способность к лекарственной устойчивости, а также восстановление болезнетворных свойств после затухания процесса;

-вероятность диссеминации туберкулеза и осложнений;

-медсестра будет поддерживать доверительные отношения с больным и его родственниками.

5 этап – оценка эффективности плана ухода:

-через 5-6 дней медсестра должна отметить, изменились ли взгляды пациента и его отношение к своему здоровью.

В плане ухода обязательно отражать мероприятия по привитию санитарно-гигиенических навыков, противоэпидемические мероприятия, работу с родственниками и др.

Для осуществления сестринского процесса медсестре необходимы знания из различных областей фтизиатрии.