

Винахід відноситься до талузі медицини, насамперед, до фтизіатрії фтизіохірургії і може бути використаний для лікування хворих на туберкульоз легень.

Відомий спосіб лікування туберкульозу легень /1/, що ґрунтується на введенні в організм етіопатогенетичних препаратів ен-теропарентерально і на щоденному ендолімфатичному введенні; канаміцину 1,5 г + Ізоніазид 10% 5 мл + етіонамід 0,5 г + клафоран 3 г, контрікал 10 тис. АТРе + преднізолон 30мг + гепар'н 10 тис. од. на протязі 1,5-2 місяців.

Однак, ендолімфатичне введення протитуберкульозних препаратів, хоч і діє на мікобактерії туберкульозу, що знаходяться в лімфатичній системі, проте не спричиняє достатньої санації дренуючого патологічний процес бронха і евакуації харкотиння, а також не створює зверхвисоких концентрацій ліків у патологічному вогнищі. Тим самим створюється передумова для заплівання харкотиння в сусідні бронхи і розповсюдження Інфекції, що продовжує тривалість лікування.

В основу винаходу поставлене завдання удосконалити спосіб лікування туберкульозу легень, в якому лікарські препарати вводять водночас ендолімфатично, ендобронхіально і ентеро-парентерально, співвідношення тривалості лікування якими 1:1:3 і введення препаратів здійснюється на тлі ен-добронхіальної магнітотерапії терміном прийнятим за 1 і за рахунок цього забезпечується створення зверхвисоких концентрацій лікарських препаратів у патологічному вогнищі й попередження ендобронхіального розповсюдження туберкульозної інфекції, в результаті максимального скорочуються терміни лікування і загоєння проходить при мінімальних залишкових змінах, що попереджує реактивацію туберкульозу.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі лікування туберкульозу легень, який ґрунтується на введенні в організм етіопатогенетичних препаратів ентеро-парентерально і ендолімфатично, згідно з винаходом, препарати вводять водночас ендолімфатично, ендобронхіально і ентеро-парентерально, співвідношення тривалості лікування якими 1:1:3 здійснюється на тлі ендобронхіальної магнітотерапії терміном, прийнятим за 1.

Клінічними дослідженнями встановлено, що чим більшай стабільніша концентрація етіопатогенетичних лікарських препаратів у вогнищі специфічного ураження, тим швидше настає загоєння і з мінімальними наслідками, що попереджують реактивацію туберкульозу легень.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворим із будь-якою клінічною формою туберкульозу легень, як вперше діагностованого, так й хронічного або з рецидивом, призначають ентеральне і парентеральне введення ліків за відомими схемами, наприклад, ізоніазид всередину, ріфампіцин внутрішньовенно. Ці препарати через кров'яне русло омивають патологічний процес і діють на мікобактерії туберкульозу, а в лімфатичній системі й дренуючих бронхах мікобактерії туберкульозу не відчують згубного впливу на них.

Тому водночас здійснюють мікротрахео-стомію катетером, на кінці якого фіксована магнітна муфта, тобто омагнічений кінець катетера, і вводять його у дренуючий туберкульозний патологічний процес бронх під контролем бронхоскопії. Через прозір катетеру вводять необхідні препарати, з окрема ізоніазид 10% (або ріфампіцин) + дімексид 20% у співвідношенні 1:1 по 1-3 мл 6-7 разів на день. Поряд із дією медикаментів здійснюється протизапальна й розсмоктувальна дія магнітного поля.

Для того, щоб "стерилізувати" лімфатичну систему і внутрішньогрудні регіональні лімфатичні вузли, водночас проводять щоденне ендолімфатичне введення: канаміцин 1,5 г + Ізоніазид 10% 5 мл + етіонамід 0,5 г + клафоран 3,0 г, контрі кал 10 тис. АТРе + преднізолон 30 мг + гепарин 10 тис.од., як зазначено в прототипі.

Оптимальні терміни лікування ендолімфатично і ендобронхіально по 10 діб, ентеро-парентерально 30 діб, тобто у співвідношенні 1:1:3.

При такому суперінтенсивному способі лікування лікарські препарати всіма можливими шляхами (кров'яний, лімфатичний і ендобронхіальний) поступають в глибину патологічного процесу, створюючи там зверхвисокі концентрації, стерилізують специфічне вогнище і сприяють його розсмоктуванню або загоєнню порожнини розпаду.

Конкретні приклади застосування способу.

Приклад 1. Хворий Л., 29 років, № історії хвороби 2230, поступив у відділення з діагнозом рецидив фіброзно-кавернозного туберкульозу лівої оперованої легені в фазі Інфільтрації, БК +/- прогресування, ВН II ст. Захворів 4 роки тому назад: Інфільтративний туберкульоз в/долі лівої легені в фазі розпаду, БК +/-/. Після консервативної терапії протягом 1-го року виконана операція - резекція верхньої частки лівої легені. Через 2 роки рецидив захворювання. Стаціонарно отримував консервативну терапію, яка була без ефекту. Процес прогресував, з'явилася нечутливість мікобактерій до препаратів (стрептоміцин, етамбутол, піразинамід).

Рентгенологічно: зліва - стан після резекції верхньої частки, в залишковій частці легені кілька каверн, сама велика - багатокамерна; інфільтрація навколо каверн, поліморфні вогнища, в корні легені збільшені лімфатичні залози.

Бронхоскопічно: післяопераційна деформація бронхів лівої легені, ендобронхіт III ст. запалення. Враховуючи прогресування процесу, неефективність звичайної консервативної терапії, наявність ендобронхіту, нечутливості мікобактерій до препаратів та в якості передопераційної підготовки хворому розпочато лікування за методом, що заявляється.

Всередину призначено ізоніазиду 300 мг + ріфампіцину 600 мг на день, а також піразинамід 2000 мг + етамбутолу 1200 мг всередину + стрептоміцину 750 мг внутрішньом'язево по чергово 1 раз на день.

Під місцевою анестезією 0,5% розчином новокаїну проколюють міжхрящеве кільце трахеї та через прозір голки ввели мікроіригатор з омагніченим кінцем, а голку вийняли. Зразу ж під контролем фібробронхоскопії ввели зазначений мікроіригатор в лівий головний бронх, через який 6 разів на день вводили розчин ріфампіцину (0,6 г на добу) з 20% розчином дімексиду у співвідношенні 1:1.

Разом з тим розпочато ендолімфатичне введення препаратів. Хворому на тилі стопи відпрепаровано лімфатичний судос, в який вводили препарати враховуючи чутливість мікобактерій до протитуберкульозних препаратів 1 раз на добу (канаміцин 1,5 г; Ізоніазид 10% - 5,0 мл; цефазолін 3,0 г; гідрокортизон 100 мг; 20 тис. од. контрікалу; 10 тис. од. гепарину). Швидкість введення препаратів склала 2 мл на хвилину. Покращення

стану вже відмічається після другого введення. Після 9-ти сеансів стан хворого значно покращився, нормалізувалася температура, зникло відходження мокроти, рентгенологічно виявлена значна позитивна динаміка, зник ендобронхіт. Ендобронхіальне і ендолімфатичне лікування припинили, ен-теро-парентеральне продовжували. Це дозволило через 27 днів після поступлення виконати операцію - видалення нижньої частки лівої легені за типом пневмонектомії. Післяопераційний період перебігав без особливостей. Шви знято на 11-й день, рана зажила первинним натягом. Виписаний через 1 місяць у задовільному стані для продовження лікування за місцем проживання.

Через 1 і 2 роки контрольний огляд - почуває себе гарно, ознак рецидиву захворювання немає.

Приклад 2. Хворий З., 39 років, № Історії хвороби 2883, поступив у відділення з діагнозом фіброзно-кавернозний туберкульоз правої легені (полікаверноз) з відсівом у ліву легеню, ускладнений правобічною субтотальною емпіємою плеври, БК +/-, ВН II-III ст. Доставлений каретою швидкої допомоги, у крайнє важкому стані з явищами сепсису та дихальної недостатності. Хворіє протягом місяця, за допомогою не звертався.

Рентгенологічно: справа зруйнована легеня, каверни на усьому протязі, навколо інфільтрація, легеня колабована на 2/3 об'єму, в плевральній порожнині газ та рідина на рівні VI ребра. Зліва - багато вогнищ різного розміру, свіжі невеликі порожнини розпаду.

Бронхоскопія: гнійний ендобронхіт III ст. запалення.

Поставлено дренаж, санація і активна аспірація змісту порожнини з вводом антибіотиків.

Враховуючи розповсюдженість процесу, виражену активність, септичні явища розпочато курс лікування за методом, що заявляється.

Як і в попередньому прикладі всередину призначили ізоніазид 300 мг + ріфампіцин 600 мг на день; піразинамід 2000 мг + етам-бутол 1200 мг - всередину + канаміцин 1000 мг внутрішньом'язево щоденно до операції та в післяопераційному періоді.

Омагнічений мікроіригатор через мікротрахеостому ввели в правий головний бронх і 8 днів по 7 разів на день вводили по 2-3 мл суміші Ізоніазиду 10% + дімексиду 20% у співвідношенні 1:1.

Одночасно розпочато ендолімфатичне введення препаратів (стрептоміцин - 1,5 г; Ізоніазид 10% - 5,0 мл; цефазолін 3,0 г; гідрокортизон - 100 мг, контрікал - 20 тис.од., Ютис.од. гепарину). Швидкість введення препаратів складала 2 мл на хвилину. Препарати вводили 1 раз на добу. Позитивні зміни відмічалися вже після третього введення. Після 8 сеансів стан хворого задовільний, нормалізувалася температура, зникло відходження харкотиння, позитивна рентгенологічна динаміка, ендобронхіт I ст. запалення. Через 2 тижні дренаж видалено: права легеня розправлена, вільної плевральної порожнини немає. Звичайна протитуберкульозна терапія, інгаляції з ліпіном та антибіотиками протягом 1 місяця. Все це дозволило виконати правобічну плевропневмонектомію. Післяопераційний період - без особливостей. Шви зняті на 10 добу. Рана загоїлася первинним натягом. Виписаний через 2 місяці у задовільному стані для продовження лікування у санаторії та по місцю проживання.

Контрольний огляд через 1 рік. Почуває себе добре, признаков рецидиву захворювання немає.

Ефективність лікування вивчена у 3-х групах хворих, і зображена в таблиці.

Із таблиці видно, що заявлений спосіб лікування дозволяє майже у 2-5 разів скоротити тривалість лікування й поліпшити його ефективність, незважаючи на певну його трудомісткість, яка себе оправдовує за рахунок того, що забезпечується створення зверхвисоких концентрацій лікарських препаратів у патологічному вогнищі й попередження ендобронхіального розповсюдження туберкульозної інфекції, а загоєння порожнини розпаду проходить при мінімальних залишкових змінах, що попереджує реактивацію туберкульозу. Тому він може бути рекомендований для широкої клінічної практики.

Результати лікування туберкульозу легень різними методами

| Способи лікування | Кількість хворих | Тривалість лікування, в днях | Результати лікування | | | | | Реактивація процесу |
|--------------------------|------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|-----------------|------|----------|---------------------|
| | | | Загоєння каверн | Залишилися порожнини | Залишкові зміни | | | |
| | | | | | Великі | Малі | Відсутні | |
| 1. Ентеро-парентеральний | 60 | 160,0 ± 12,4 | 42 | 18 | 57 | 3 | - | 3 |
| 2. Ендолімфатичний | 21 | 57,2 ± 4,5 | 19 | 2 | 17 | 4 | - | 1 |
| 3. Заявлений | 12 | 30,1 ± 2,4 | 12 | - | 1 | 4 | 7 | - |