



УКРАЇНА

(19) UA (11) 41077 (13) A

(51) 7 A61N5/067

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ВІЯВЛЕНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

(21) 2001010688

(22) 30.01.2001

(24) 15.08.2001

(46) 15.08.2001, Бюл. № 7, 2001 р.

(72) Ніколаєва Ольга Дмитрівна, Савицька Алла
Володимирівна(73) КИЇВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИП-
ЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ.П.Л. ШУПИКА(57) Спосіб комплексного лікування хворих на
вперше виявлений туберкульоз легень, який

включає в себе медикаментозну та фізіотерапію, який **відрізняється** тим, що фізіотерапію виконують шляхом опромінення гелій-неоновим лазером в точках акупунктури з порушенням електропровідності та місці проекції вилочкової залози, при довжині хвилі $0,6328 \pm 0,0004$ мкм, тривалістю 1-3 хвилини на одну точку і 3-7 хвилин в місці проекції вилочкової залози, курсом 5-10 процедур щоденно, з повторним курсом лікування через 1-1,5 місяця.

Винахід відноситься до області медицини, до її розділу - фізіотерії.

Відомий спосіб лікування туберкульозу легень шляхом призначення хіміотерапевтичних препаратів. Спосіб виконується наступним методом:

У хворих на вперше виявлений туберкульоз легень більшість авторів рекомендують спочатку проводити лікування поєднанням 4 або 5 протитуберкульозних препаратів (ізоніазид + рифампіцин + піразінамід + стрептоміцин або етамбутол) протягом 2-3 місяців інтенсивної терапії. Потім в наступні 4-5 місяців після досягнення припинення бактеріовиділення та загоєння порожнини розпаду призначають 2 або 3 препарати, в число яких повинні входити ізоніазид та рифампіцин (Лікування туберкульозу / За ред.чл.-кор. АМН України, д.м.н., проф. Ю.І.Фещенка - К.:Логос, 1996. - 120 с.

Недоліком даного способу лікування являється те, що не у всіх випадках вдається досягти повного розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін у легенях, загоєння порожнин деструкції, припинення бактеріовиділення. Серед причин, які приводять до цього досить значна роль належить характеру патоморфологічних змін у ділянці туберкульозного ураження, таким як порушення процесів крово- та лімфообігу, бронхосудинний спазм, а в подальшому - розвиток фіброзних змін і, як наслідок, недостатня концентрація протитуберкульозних препаратів в туберкульозному вогнищі. Порушена еластичність легеневої тканини в свою чергу сприяє створенню умов для розвитку стійкості мікобактерій туберкульозу (МБТ).

Відомий спосіб лікування легень шляхом опромінення лазером довжиною хвилі 0,89 мкм, час-

тотою імпульсів 80 Гц, тривалістю до 4 хвилин на одно поле з 3-х точок рентгенпроекції туберкульозного вогнища, курсом 20 - 25 днів (Омаров Т.О., Каминская Г.О., Добкин В.Г. и др. Способ лечения туберкулеза легких. А 61 №5/06 № 1824272, опуб. 15.07.93 №26).

Недоліком даного способу лікування являється те, що лазерне опромінення при наскірному використанні має невелику проникність в глибинутканин - 2 - 5 мм і не досягає легень.

Задачею винаходу є підвищення ефективності лікування туберкульозу легень. Задача досягається шляхом опромінення гелій-неоновим лазером в точках акупунктури з порушенням електропровідності та місці проекції вилочкової залози, при довжині хвилі $0,6328 \pm 0,0004$ мкм, тривалістю 1-3 хвилини на одну точку і 3 - 7 хвилин в місці проекції вилочкової залози, курсом 5-10 процедур щоденно, з повторним курсом лікування через 1 - 1,5 місяця.

Спосіб виконується наступним чином: використовується лазерний апарат наприклад гелій-неоновий АЛОУ-2 з довжиною хвилі $0,6328 \pm 0,0004$ мкм, щільністю потужності 10 мВт/см². Щоб здійснити правильний вибір біоактивних точок для подальшого на них впливу, необхідно знати початковий стан енергетичного балансу меридіанів. Для цього використовується методика І НАКАТАНІ, яка заснована на визначенні електропровідності шкіри в репрезентативних точках. При надмірності та недостатності меридіану відносно "фізіологічного коридору" впливаємо на точки акупунктури гелій-неоновим опроміненням: експозиція 30 сек - 2 хвилини в залежності від методики (седативна дія до-

сягається протягом 2 хвилин, а тонізуюча - 30 сек.). В одному сеансі використовується 6-8 точок акупунктури. Кількість процедур 5-10. щодня з повторним курсом через 1-1,5 місяця.

Прикладами конкретного виконання можуть бути наступні: 1. Історія хвороби № 1211 хворого С.Р.А., який лікувався в 1 терапевтичному відділенні ІФП АМНУ з 5.06.00 по 12.12.00. Вважав себе хворим з червня 2000 року, коли з'явилася слабкість, кашель з невеликою кількістю слизового харкотиння, субфебрилітет ввечері. Звернувся в консультативну поліклініку ІФП АМНУ і був госпіталізований в 1 терапевтичне відділення для дообстеження і лікування. При поступленні скаржився на незначний кашель з невеликою кількістю харкотиння, слабкість. При первинному огляді: стан хворого задовільний, правильної будови тіла. Шкірні покрови та слизові оболонки звичайного кольору, периферичні лімфатичні вузли основних груп не пальпуються. Грудна клітка звичайної форми. При перкусії легень над верхньою часткою справа - скорочення перкуторного звуку, там же при аускультатії вислуховуються поодинокі вологі хрипи. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, звучні, ЧСС 68 за хвилину, АТ 110/70 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, неболючий, печінка та селезінка не збільшені.

В загальному аналізі крові: Нв 110 г/л, к.п.1,0. Лейкоцити $5,1 \cdot 10^9$, е 3%, пал.7%, сегм.52%, лим.28%, мон.10%, ШОЕ 15 мм/год. В харкотинні методом флотації МБТ не знайдені. Методом посіву знайдені микобактерії туберкульозу помірної кількості, чутливі до всіх протитуберкульозних препаратів.

Рентгенологічно: справа в С4 неправильної овальної форми фокус інфільтрації з порожниною розпаду, дрібні вогнища, явища перибронхіальної інфільтрації у напрямку до кореня. В С6 – дрібні та середніх розмірів вогнища відсіву, синуси вільні.

Клінічний діагноз: Інфільтративний туберкульоз С4 правої легені, фаза розпаду та засіву МБТ (+), ВДТ 26.05.00. Хворому призначена інтенсивна хіміотерапія з 4-х препаратів: стрептоміцин 1,0 в/м щоденно, ізоніазид 10% - 5,0 в/в щоденно, рифампіцин 0,6 щоденно і піразинамід 1,5 г щоденно. З патогенетичних засобів використовували вітаміни В1, В6, неогемодез, відхаркуючу мікстуру, карсіль. Курс лазеропунктури: в точках з надмірністю опромінення здійснювали по 2 хв на точку, при недостатності - 30 сек, в рецепт включали 8-10 точок. Опромінення вилочкової залози здійснювали 7 хвилин. Кількість процедур 10 щоденно. По закінченні курсу лазеропунктури відзначалося припинення кашлю, зменшення кількості харкотиння, нормалізовалася температура тіла. В загальному аналізі крові: Нв 135 г/л, к.п. 0,9, лейкоц. $6,9 \cdot 10^9$, е 4%, п.1%, сег.40%, лим.50%, мон.5%, ШОЕ 4 мм/год. МБТ перестали визначатися через 1 місяць. Через 2 місяці лікування в С4 і С6 правої легені відмічалася виражене розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін. Порожнина розпаду перестала визначатися. Через 2 міс. лікування була проведена корекція лікування: відмінений стрептоміцин, додано етабутол 1,6 щоденно, в/в введення ізоніазиду замінено пероральним прийомом 0,6 г щоденно, повторний курс лазеропунктури № 5 щоденно.

До кінця курсу стаціонарного лікування хворий скарж з боку бронхолегеневої системи не пред'являв. В загальному аналізі крові при виписці Нв 154, к.п. 1,1%, лейкоц. $3,7 \cdot 10^9$, е 4%, пал 1%, сег. 61%, лим.24%, мон. 10%, ШОЕ 4 мм/год. Рентгенографічно від 28.11.00 - відмічається розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін, порожнина розпаду не визначається, фіброзні зміни. Хворий виписаний із стаціонару. Рекомендовано прийом 2-х протитуберкульозних препаратів в амбулаторних умовах: ізоніазид 0,6 г щоденно та піразинамід щоденно протягом ще 2 місяців з наступним рентгенологічним контролем та корекцією лікування.

Виписка з історії хвороби № 676 хворої М.В.А., 1982 р.н., яка лікувалася в клініці з 24.03.00 по 21.07.00 р. Виявлена при профогляді. Госпіталізована в 1 терапевтичне відділення ІФП АМНУ для дообстеження та лікування. При поступленні скаржилась на невиражену слабкість. При огляді стан хворої задовільний, правильної будови тіла, дещо зниженого живлення, шкірні покрови та видимі слизові оболонки звичайного кольору. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені, грудна клітка звичайної форми. Перкуторний звук над легень ясний, легеневи. Аускультативно-везикулярне дихання. Діяльність серця ритмічна, тони ясні, звучні, ЧСС 70 за 1 хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, неболючий, печінка не збільшена. В загальному аналізі крові при поступленні: Нв 140 г/л, к.п. 1,0%, лейкоц. $8,0 \cdot 10^9$, е 2%, пал.4%, сег.59%, лим.28%, мон.7%, ШОЕ 3 мм/год. В харкотинні МБТ методом флотації і посіву не визначаються. Рентгенологічно при вступі: в верхній частці правої легені С2 на фоні лімфангіту визначаються м'які вогнища. Корені легень структурні. Синуси вільні.

Клінічний діагноз: Вогнищевий туберкульоз верхньої частки правої легені, фаза інфільтрації, МБТ(-) ВДТ 24.03.00.

Хворій призначена інтенсивна протитуберкульозна терапія з 4-х препаратів: стрептоміцин 0,75 г в/м щоденно, ізоніазид 0,45 г щоденно, рифампіцин 0,45 г щоденно, піразинамід 1,5 щоденно. Лікування починали з малих доз і поступово підвищували до терапевтичних. З патогенетичних засобів використовували вітаміни В1, В6, есенціале. Лазеропунктуру застосовували на першому місяці лікування в точках з надмірністю - 2 хвилини опромінення, в точках з недостатністю - 30 сек на 1 точку. Рецепт состоял з 8-10 точок. Вилочкову залозу опромінювали протягом 5 хвилин. Курс склав 5 процедур. По закінченні курсу лазеропунктури хвора почала набирати у вазі, зникла слабкість. Рентгенологічно після 2-х місяців лікування відмічається виражене розсмоктування вогнищевих змін. Через 2 міс. хворій було відмінено стрептоміцин, призначений повторний курс лазеропунктури - 8 щоденних процедур.

При виписці в загальному аналізі крові: Нв 137 г/л, лейкоц. $3,9 \cdot 10^9$, еоз.2%, пал 1%, сег.69%, лим. 20%, мон.4%, ШОЕ 3 мм/год. Рентгенологічно-значне розсмоктування вогнищ, залишаються незначні фіброзні зміни.

Хвора виписана із стаціонару. Рекомендований прийом ізоніазиду 0,4, піразинамиду 1,5 протягом 4 місяців, противорецидивні курси весною та восени.

Таким чином, застосування в комплексній терапії туберкульозу легень лазеропунктури в за-

явлених межах і режими дії сприяє більш швидко-
му розсмоктуванню вогнищево-інфільтративних
змін, припиненню бактеріовиділення та загоєння
порожнин розпаду в легеневій тканині і тим самим
сприяє деякому зменшенню частоти утворення ве-
ликих залишкових змін.

Клінічну апробацію даного методу лікування
проведено на базі 1 терапевтичного відділення
інституту фтизіатрії і пульмонології АМН України
ім. Ф.Г.Яновського. Більш ніж у в 60 випадках по-
казана його ефективність і можливість використан-
ня в клінічній практиці.

Тираж 50 екз.

Відкрите акціонерне товариство «Патент»
Україна, 88000, м. Ужгород, вул. Гагаріна, 101
(03122) 3 – 72 – 89 (03122) 2 – 57 – 03
