

Винахід відноситься до медицини, а саме до фтизіатрії і може бути застосований для лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із множинними кавернами (2 та більше каверни в легенях).

На сьогодні розробка нових технологій лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень є дуже актуальною, тому що за різними рекомендаціями існують різні критерії лікування хворих даної групи. За рекомендаціями ВООЗ (DOTS-стратегія), достатнім є лише критерій припинення бактеріовиділення за даними мікроскопії мазка харкотиння. Лікування вважається успішним, якщо вдається досягти припинення виділення МБТ у 85% хворих (див. Global Tuberculosis Programme. Global tuberculosis control. WHO (1997) Geneva. - 225р.). За вітчизняними рекомендаціями (див. наказ МОЗ України №233 від 29.07.1996р.), а також російськими нормативами (див. Красноторова С.Ю., Костина Г.И. Диагностическое значение бактериовыделения при деструктивном туберкулезе легких // Пробл. туберкулеза. -2002. -№11. - С.24), ефективність лікування оцінюють за наступними критеріями: припинення бактеріовиділення як за даними мікроскопії, так і засіву на живильні середовища, а також загоєння каверн (порожнин розпаду) в легенях.

Однак у світовій літературі відсутні відомості про частоту та строки загоєння множинних каверн в легенях, обумовлених туберкульозом. Для визначення, який по інтенсивності режим лікування застосовувати, враховується лише факт наявності чи відсутності бактеріовиділення. Поширеність та кількість порожнин розпаду в легенях не враховується.

Як прототип обраний спосіб лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із множинними кавернами, що включає введення 4 протитуберкульозних препаратів щоденно у загальноприйнятих дозах протягом 2-4 місяців, а саме: ізоніазид - 8-10мг/кг per os або внутрішньовенне; рифампіцин - 10мг/кг per os; стрептоміцин - 1,0г внутрішньом'язево (етамбутол - 20мг/кг per os); піразинамід - 25-30мг/кг per os. В наступні 3-5міс призначають 3 із них, в тих самих дозах, в основному ізоніазид, рифампіцин та піразинамід щоденно або інтермітуючим методом (див. Наказ МОЗ України №233 від 29.07.1996р.). Встановлено, що частота припинення бактеріовиділення через 2 місяці становила 25,7±7,4%; через 4 місяці - 37,5±8,6%; через 6 місяців - 48,1±9,6%. Частота загоєння каверн через 2 місяці становила 5,7±3,9%; через 4 місяці - 8,7%; через 6 місяців - 33,3±9,1%. (див. Литвиненко Н.А. Эффективность лечения хворих із вперше діагностованим деструктивним туберкульозом легень в бактеріовиділенням залежно від кількості каверн // Укр. пульмонолог. журн. -2003. - №2. С.29-33).

До недоліків способу слід віднести невисоку ефективність лікування хворих через 2,4,6 місяців лікування за частотою припинення бактеріовиділення (від 25,7% до 48,1%) та загоєння каверн (від 5,7 до 33,3%).

В основу винаходу поставлене завдання удосконалити спосіб лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із множинними кавернами, в якому шляхом призначення на інтенсивному етапі лікування 5 протитуберкульозних препаратів, з них - 3 щоденно, 2 - через день, з наступним переходом на підтримуючу фазу, досягається підвищення частоти припинення бактеріовиділення та частоти загоєння каверн через 4 та 6 місяців лікування, в результаті чого підвищується ефективність лікування.

Зазначена задача вирішується тим, що у способі лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із множинними кавернами, що включає введення протитуберкульозних препаратів у загальноприйнятих дозах, згідно з винаходом, на інтенсивному етапі лікування застосовують 5 препаратів, з них - 3 щоденно, а 2 - через день до припинення бактеріовиділення та загоєння каверн.

Нами встановлено, що одним із найважливіших факторів, що впливають на результати ефективності лікування серед хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, є наявність множинних каверн в легенях. Тому застосування схеми лікування, що включає введення 5-й протитуберкульозних препаратів у загальноприйнятих дозах, 3 з них щоденно, 2 - через день до припинення бактеріовиділення та загоєння порожнин розпаду, дозволяє покращити ефективність лікування за рахунок підвищення показників частоти припинення бактеріовиділення та частоти загоєння каверн.

Спосіб здійснюють таким чином.

Хворим на вперше діагностований туберкульоз легень, в визначенням множинних каверн рентгенологічне, розпочинають інтенсивний етап лікування в застосуванням 5-й препаратів. Щоденно призначають: ізоніазид - 8-10мг/кг per os або внутрішньовенне; рифампіцин - 10мг/кг per os; стрептоміцин - 1,0г внутрішньом'язево. Через день призначають: етамбутол - 20мг/кг per os; піразинамід - 25-30мг/кг per os. Лікування продовжують до припинення бактеріовиділення та загоєння порожнин розпаду, після чого розпочинають підтримуючу фазу лікування. У разі визначення стійкості до одного чи декількох із цих препаратів, можлива їх заміна на інші протитуберкульозні препарати I або II ряду, але з тим, щоб загальна кількість препаратів у режимі лікування не змінювалась. Стрептоміцин застосовують лише перші 2 місяці, у зв'язку з його високою ймовірністю викликати вестибuloототоксичні реакції.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу.

Приклад 1 (за способом-прототипом).

Хворий 3., 32 роки, історія хвороби №33/209, поступив на стаціонарне лікування до Київської міської туберкульозної лікарні №1 з приводу інфільтративного туберкульозу верхніх часток обох легень у фазі розпаду, МБТ(+). Хворому призначено наступне лікування. Інтенсивна фаза: ізоніазид 0,45 щоденно; рифампіцин 0,6 щоденно; стрептоміцин 1,0 щоденно; піразинамід 1,5 щоденно - перші 3 місяці; ізоніазид 0,45 щоденно; рифампіцин 0,6 щоденно; етамбутол 1,6 щоденно; піразинамід 2,0 щоденно - наступний місяць. Підтримуюча фаза лікування: ізоніазид 0,45 щоденно; рифампіцин 0,6 щоденно; піразинамід 2,0 щоденно - 1 місяць. В результаті проведеного лікування вдалося досягти наступне: симптоми туберкульозної інтоксикації зникли через 2 місяці лікування, бактеріовиділення не припинилось та каверни не загоїлись взагалі.

Приклад 2 (за способом, що заявляється).

Хворий Р., 29 років, історія хвороби №482, поступив на стаціонарне лікування до фтизіатричного відділення Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського з приводу дисемінованого туберкульозу легень у фазі інфільтрації, розпаду, МБТ(+). Хворому призначено наступне лікування. Інтенсивна фаза: ізоніазид 0,6 щоденно; рифампіцин 0,6 щоденно; стрептоміцин 1,0 щоденно; піразинамід 2,0 через день; етамбутол 2,0 через день - перший місяць; ізоніазид 0,6 щоденно; рифампіцин 0,6 щоденно; етамбутол 2,0 через день; піразинамід 2,0 через день, канаміцин 1,0 щоденно (у зв'язку із стійкістю до стрептоміцину) - до припинення бактеріовиділення та

загоєння каверн. Підтримуюча фаза лікування: ізоніазид 0,6 через день; піразинамід 2,0 через день; рифампіцин 0,6 через день - 3 місяці. В результаті проведеного лікування симптоми туберкульозної інтоксикації зникли через 1 місяць, бактеріовиділення припинилось через 3 місяці, каверни загоїлись через 4 місяці.

Запропонований спосіб лікування був застосований у 33 хворих на вперше діагностований туберкульоз легенів із множинними кавернами, що лікувалися на базі відділення фтизіатрії Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМНУ із застосуванням на інтенсивному етапі у загальноприйнятих дозах 5-й протитуберкульозних препаратів, 3 з них щоденно, 2 - через день, до припинення бактеріовиділення та загоєння каверн. Контрольну групу склали 35 хворих цієї ж категорії, яких лікували за способом-прототипом на базі Київської міської туберкульозної лікарні №1 із застосуванням у загальноприйнятих дозах на інтенсивному етапі 4-х протитуберкульозних препаратів щоденно протягом 2-4 місяців. Ефективність лікування хворих обох груп представлена у таблицях 1, 2, 3 (див. стор.5).

Як видно з таблиць, частота припинення бактеріовиділення значно вища при застосуванні способу, що заявляється, порівняно із прототипом: $63,7 \pm 8,4\%$ проти $25,7 \pm 7,4\%$ - через 2 місяці лікування, $90,9 \pm 5,0\%$ проти $37,5 \pm 8,6\%$ - через 4 місяці, $100,0$ проти $48,1 \pm 9,6\%$ - через 6 місяців відповідно, ($p < 0,01$).

Частота загоєння порожнин розпаду через 2 місяці лікування практично однакова серед хворих, що лікувалися за запропонованим способом та прототипом ($15,2 \pm 6,2\%$ проти $5,7 \pm 3,9\%$, $p > 0,05$), хоча і зберігається чітка тенденція до кращого загоєння каверн у хворих, котрим застосовано 5 препаратів спочатку лікування. Та вже через 4 і 6 місяців лікування загоєння деструкцій визначається достовірно частіше у хворих, яким застосовано запропонований спосіб лікування, порівняно в прототипом: $54,5 \pm 8,7\%$ проти $8,7\%$ і $70,4 \pm 8,8\%$ проти $33,3 \pm 9,1\%$ відповідно, $p < 0,01$.

Частота виникнення побічних реакцій при застосуванні режимів лікування серед хворих 1-ї та 2-ї груп однакова: $27,3 \pm 7,8\%$ проти $17,1 \pm 6,4\%$, $p > 0,05$.

Таким чином, у порівнянні із прототипом, спосіб, що заявляється має наступні переваги:

- показник частоти припинення бактеріовиділення через 4 та 6 місяців лікування підвищився на $53,4\%$ та $51,9\%$ відповідно;

- показник частоти загоєння каверн через 4 та 6 місяців лікування підвищився на $45,1\%$ та $37,1\%$ відповідно.

При цьому переносимість лікування у хворих порівнювальних груп однакова.

Запропонований спосіб лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень із множинними кавернами може знайти широке застосування в протитуберкульозних закладах охорони здоров'я.

Табл.1

Основні показники ефективності через 2 місяці лікування

Групи хворих	Основні показники ефективності через 2 місяці лікування			
	Частота припинення бактеріовиділення		Частота загоєння порожнин розпаду	
	абс	%	абс	%
За способом, що заявляється, n=33	21	$63,6 \pm 8,4$	5	$15,2 \pm 6,2$
За способом-прототипом, n=35	9	$25,7 \pm 7,4$	2	$5,7 \pm 3,9$
P1-2	$p < 0,01$		$p > 0,05$	

Табл.2

Основні показники ефективності через 4 місяці лікування

Групи хворих	Основні показники ефективності через 4 місяці лікування			
	Частота припинення бактеріовиділення		Частота загоєння порожнин розпаду	
	абс	%	абс	%
За способом, що заявляється, n=33	30	$90,9 \pm 5,0$	18	$54,5 \pm 8,7$
За способом-прототипом, n=32*	12	$37,5 \pm 8,6$	3	$9,4 \pm 5,2$
P1-2	$p < 0,001$		$p < 0,001$	

* - 3-є хворих перервали лікування до 4-х місяців

Табл.3

Основні показники ефективності через 6 місяців лікування

Групи хворих	Основні показники ефективності через 6 місяців лікування			
	Частота припинення бактеріовиділення		Частота загоєння порожнин розпаду	
	абс	%	абс	%
За способом, що заявляється, n=27*	27	100,0	19	$70,4 \pm 8,8$
За способом-прототипом, n=27**	13	$48,1 \pm 9,6$	9	$33,3 \pm 9,1$
P1-2	$p < 0,001$		$p < 0,01$	

* - 6-ро хворих перервали лікування до 6-ти місяців.
** - 8-ро хворих перервали лікування до 6-ти місяців