

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ

Матеріали 86-ї підсумкової конференції науковців
Буковинського державного медичного університету

Чернівці, БДМУ
2005

| | |
|---|---|
| В.П. Пішак, І.Й.Сидорчук, М.Ю.Коломоець НАУКОВА ДІЯЛЬНІСТЬ БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ У 2004 РОЦІ | 3 |
|---|---|

КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

| | |
|---|----|
| М.А.Карлійчук ЛОВАСТАТИН У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ДІАБЕТИЧНОГО МАКУЛЯРНОГО НАБРЯКУ, ЗУМОВЛЕНОГО ЗАДНІМ ВІДЩАРУВАННЯМ СКЛИСТОГО ТІЛА | 11 |
| М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш, О.Л. Присяжнюк КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „ПРОТЕФЛАЗИД” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ..... | 14 |
| О.П.Кучук, Г.Д.Ловля ДІАБЕТИЧНА РЕТИНОПАТІЯ: ОФТАЛЬМОСКОПІЧНІ ПРОЯВИ ТА КЛАСИФІКАЦІЙНІ СХЕМИ | 18 |
| О.В.Мироник, О.М.Давиденко, Г.І.Печенюк, В.В.Печенюк КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕОСОРБЛАКТУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ГЕПАТИТ А | 23 |
| О.В.Пішак, Г.І.Арич ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТНИХ ТЕРАПЕВТИЧНИХ СХЕМ У ХВОРИХ НА ПОДАГРУ В ДОБОВОМУ АСПЕКТІ | 26 |
| І.А.Плеш, А.М.Троян, В.І.Каленюк ІОНОРЕГУЛЮВАЛЬНА ФУНКЦІЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ЕСЕНЦІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ II СТАДІЇ З РІЗНИМ ЦИРКАДАННИМ РИТМОМ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ | 30 |
| О.С.Полянська РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ОСНОВА СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ..... | 34 |
| О.С. Полянська, Т.М. Амеліна, Н.М. Зюлковська ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ У ПОЄДНАННІ З ХРОНІЧНИМ БРОНХІТОМ..... | 37 |
| О.С. Полянська, Т.В.Куртян МАЛАТ ЦИТРУЛІНУ ТА ВЕГЕТАТИВНА ДИСФУНКЦІЯ..... | 42 |
| І.Ю.Полянський ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ..... | 49 |

© М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш,
О.Л. Присяжнюк, 2005
УДК 616.24-002.5-007.271-085.322

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ „ПРОТЕФЛАЗИД” У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИХ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

**М.М. Кузьмін, Б.І. Квасницький, В.С. Самараш,
О.Л. Присяжнюк**

Кафедра шкірно-венеричних хвороб та туберкульозу
(зав.- доц. О.І. Денисенко)
Буковинського державного медичного університету

Вступ. З 1995 року в Україні спостерігається епідемія туберкульозу, яка невпинно прогресує і є однією з основних медико-соціальних проблем [1,2]. Кількість хворих складає 1,4% чисельності населення. Нині туберкульоз в Україні призводить до найбільшої кількості смертельних випадків від інфекційної патології [4,5].

Основна роль хіміотерапії в комплексному лікуванні туберкульозу безперечна, однак, використовуючи тільки протитуберкульозні препарати, у 10-30% вперше діагностованих хворих не вдається досягти повного одужання та відновлення працездатності [3]. Це зумовлено багатьма причинами: збільшенням питомої ваги хворих на туберкульоз похилого віку; обмінними порушеннями, зміною біоенергетичних процесів в організмі, які виникають як під впливом туберкульозної інфекції, так і в процесі хіміотерапії; збільшенням побічних реакцій за умов специфічної антибактеріальної терапії; резистентністю мікобактерій туберкульозу до медикаментозних препаратів та низкою інших причин. Тому виникає необхідність використання заходів, направлених з одного боку на збудник хвороби, а з іншого – на нормалізацію реактивності організму, потенціювання дії антимікобактеріальних препаратів, застосовуючи поряд із специфічною терапією різні патогенетичні засоби.

У комплексному протитуберкульозному лікуванні вперше діагностованих хворих на деструктивний туберкульоз легень нами запропоновано використовувати препарат „Протефлазид” – біофлавоноїд

рослинного походження, який активує індукцію ендогенного альфа-і гама-інтерферону, макрофагальну систему, а також метаболічні та окисно-відновлювальні процеси в організмі [4].

Мета дослідження. Вивчити клінічну ефективність препарату „Протефлазид” як патогенетичного засобу в комплексному лікуванні хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.

Матеріал і методи. У динаміці обстежено 104 вперше діагностованих хворих на деструктивний туберкульоз легень, які перебували на стаціонарному лікуванні у Чернівецькому обласному протитуберкульозному диспансері у 2001-2004 роках.

Серед обстежених чоловіків було 91(87,5%), жінок – 13(12,5%). Середній вік хворих складав $45,7 \pm 5,7$ роки (від 16 до 67 років). У 55 (52,9%) пацієнтів діагностований інфільтративний туберкульоз легень, а у 49 (47,2%) хворих – дисемінований туберкульоз легень. Усі пацієнти були поділені на дві групи: основну та групу порівняння. Групи практично не відрізнялися за статтю, віком, давністю захворювання і клінічними формами туберкульозу легень. Усі хворі впродовж 2 місяців приймали 4 мікобактеріальні препарати (за схемою 1 категорії ВООЗ) – ізоніазид, рифампіцин, піразинамід, стрептоміцин, а потім, залежно від форми туберкульозного процесу, лікувалися ще впродовж 6-8 місяців 2-3 протитуберкульозними препаратами (ізоніазид, рифампіцин щоденно і піразинамід щоденно або інтермітуюче). Основну групу склали 58 хворих (55,7%), які, окрім специфічної поліхіміотерапії, з патогенетичною метою впродовж перших 2 місяців лікування одержували препарат “Протефлазид” – по 10 крапель тричі на день. Пацієнти групи порівняння – 46 (44,3%) осіб- приймали тільки антимікобактеріальні препарати.

Оцінка стану хворих складалася на підставі аналізу результатів клініко-лабораторних співставлень при поступленні, через 2 та 6-8 місяців лікування. Ефективність терапії оцінювалася за динамікою клінічних та параклінічних проявів інтоксикаційного синдрому. Враховувалися тенденції змін з боку периферичної крові, ШОЕ. Визначалася частота конверсії харкотиння, толерантність мікобактерій до антибактеріальних препаратів, рентгенологічно – сумарний об’єм редукції свіжих вогнищево-інфільтративних тіней у легенях, зменшення та загоєння порожнин розпаду.

Результати дослідження та їх обговорення. В обстежених хворих основний процес у легенях був ускладнений дихальною недостатністю у 12 (11,5%) осіб, туберкульозом бронхів – у 10 (9,6%), спонтанним пневмотораксом – у 3 (2,92%), кровохарканням – у 2 (1,92%) та туберкульозом гортані – у 1 (0,96%) пацієнта. Супутні захворювання виявлені у 21 (20,2%) хворого, із них хронічний обструктивний бронхіт – у 14 (13,5%), анемія – у 3 (2,9%), алкоголізм – у 2 (1,92%), ІХС – у 2 (1,92%) випадках. Основне захворювання супроводжувалося явищами інтоксикації різного ступеня (від значних до слабких) у 85 хворих (81,7%), катаральними явищами в легенях – у 62 хворих (59,6%). Лейкоцитоз (від 11,8 до 22,4 Г/л) констатовано у 59 (56,7%) хворих, паличкоядерний зсув нейтрофілів у лейкоцитарній формулі крові відзначався у 56 (53,8%) пацієнтів. Прискорення ШОЕ (від 18 до 56 мм/год) спостерігалось у 64 хворих (61,5%). Бактеріовиділення виявлено у 83 хворих (79,8%): у 60 (57,7%) бактеріоскопічним і методом засіву на поживні середовища, у 4 пацієнтів (3,8%) – тільки бактеріоскопічним методом, а у 19 хворих (18,3%) – тільки методом засіву. Резистентність МБТ до антибактеріальних препаратів спостерігалася у 15 (18,1%) бактеріовиділювачів. Резистентність до двох препаратів (ізоніазиду і рифампіцину) виявлено у 6 пацієнтів (7,2%), до трьох препаратів (ізоніазиду, рифампіцину і стрептоміцину) – у 4 (4,8%) бактеріовиділювачів. При рентгенологічному обстеженні органів дихання у всіх хворих, окрім вогнищево-інфільтративних змін, виявлена деструкція легеневої тканини.

Під впливом патогенетичного лікування із застосуванням протеплазиду у вперше діагностованих хворих на деструктивний туберкульоз легень (основна група) через 2 місяці хіміотерапії значно зменшились прояви інтоксикації: нормалізувалась температура тіла, зникла загальна слабкість, нічна пітливість, покращився апетит. У пацієнтів основної групи за цей період спостерігалася редукція проявів бронхолегеневого синдрому: зменшувався кашель, задуха. Відбувалася стабілізація показників загальноклінічного аналізу крові (кількості лейкоцитів, лейкоцитарної формули, ШОЕ), гематологічного показника інтоксикації. Вказані зміни відбувалися в групі хворих, які з патогенетичною метою приймали протеплазид, у середньому через $22,5 \pm 3,67$ днів, а у групі порівняння – через $26,5 \pm 4,27$ днів. Середній термін припинення бактеріовиділення в основній групі пацієнтів складав $2,1 \pm 0,27$ міс, а в групі порівняння –

2,9±0,47 міс. Негативація харкотиння у проміжку між 3-8 місяцями хіміотерапії була досягнута у 86,9% пацієнтів основної групи і тільки у 78,4% бактеріовиділювачів групи порівняння. Розсмоктування або зменшення інфільтративних змін у легенях за даними рентгенологічного обстеження у хворих, які з патогенетичною метою приймали протеплазид, відбулося у 75,6% випадків, а в групі порівняння – у 68,8%, причому повне розсмоктування констатовано у 60,9% пацієнтів основної групи і тільки в 46,9% пацієнтів групи порівняння. Загоєння порожнин розпаду у хворих, які приймали протеплазид (2 місяці з початку лікування), відбувалося впродовж 6,0±0,56 міс., у той час як у групі порівняння цей термін складав у середньому 6,8±0,54 міс. Порожнини розпаду у проміжку від 3 до 8 міс лікування загоїлися у 73,9% пацієнтів основної групи, і тільки у 65,9% в групі порівняння.

Висновок. Клінічна ефективність комплексного лікування вперше діагностованих хворих на деструктивний туберкульоз при застосуванні з патогенетичною метою препарату „Протеплазид” була вищою порівняно з аналогічними хворими, які лікувалися тільки протитуберкульозними препаратами. Використання протеплазиду підвищує ефективність поліхіміотерапії: швидше зникають явища інтоксикації, розсмоктуються вогнищево-інфільтративні зміни, збільшується частота припинення бактеріовиділення та скорочуються його терміни (у середньому на 0,5 міс.).

Література. 1. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. – К.: Здоров'я, 2002. – 902 с. 2. Циганенко А.Я., Зайцева С.І. Фтизіатрія. – Харків: Факт, 2004. – 390 с. 3. Хоменко А.Г. Туберкулез. – М.: Медицина, 1996. – 493 с. 4. Протеплазид. Информационные материалы по свойствам и методикам применения. – К., 2002. – 64 с. 5. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Фтизіоепідеміологія. – К.: Здоров'я, 2004. – 623 с.