

Укладачі: Кужко М. М., д-р мед. наук, проф.; Процик Л. М., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Гульчук Н. М., канд. мед. наук, ст. наук. співроб.; Аврамчук О. В., мол. наук. співроб.

Рецензенти:

Білогорцева О. І., завідувачка відділення дитячої фтизіатрії НІФП НАМН, д-р мед. наук, проф.

Зайков С. В., професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.;

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України: акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф. Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, проф. В.М. Мельник

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.

E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМН)

УДК 616.24-002.5-085.2/3

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою ДУ «Національний інститут
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»,
протокол № 3
від “10” березня 2015 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
ОРГАНІВ ДИХАННЯ**
(інформаційний лист)

Тираж 100 прим.

Київ 2015

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів фтизіатричного профілю спосіб лікування хворих на туберкульоз органів дихання, який розроблений та апробований у відділі хіміорезистентного туберкульозу НІФП НАМН, суть якого полягає у призначенні до стандартного режиму протитуберкульозної хіміотерапії ізоніазиду і рифампіцину інгаляційно через небулайзер та сальметеролу і флютиказону пропіонату протягом 2-х місяців інтенсивної фази лікування у фармакопейно припустимих дозах та режимі.

Туберкульоз в Україні продовжує відноситися до розповсюджених захворювань, які важко піддаються лікуванню, інвалідизують хворих, завдають відчутний соціально-економічний збиток. Однією із основних причин неефективного лікування хворих на туберкульоз є специфічне ураження трахеї і бронхів. Наслідком таких змін є грубі рубцеві стенози бронхів, дистальніше яких відбувається загибель легеневої паренхіми, що веде до розвитку пневмосклерозу різного ступеня аж до цирозу, який сприяє регіональному погіршенню газообміну, виникненню гіпоксемії і гіперкапнії, та розвитку легеневої недостатності і хронічного легеневого серця вже на ранніх етапах захворювання.

Тому при діагностуванні зазначеної патології, окрім стандартної хіміотерапії, повинні застосовуватися методи лікування, спрямовані на місцеве оздоровлення ураженої слизової оболонки бронхів, а саме інгаляційна терапія. Застосування препаратів через небулайзер має суттєві переваги перед іншими методами аерозольної терапії, які полягають у створенні високих концентрацій лікарських речовин безпосередньо в осередку ураження, високій точності дозування, в більш швидкому всмоктуванні лікарських препаратів, депонуванні їх у підслизовому шарі бронхів, що покращує регенерацію та мікроциркуляцію слизової оболонки дихальних

шляхів, відновлює дренажну функцію та призводить до швидкої санації бронхів.

Важливе значення у даній категорії хворих має також своєчасне призначення бронхолітика (сальметерол) та притизапальних засобів (флютиказону пропіонату), які володіють вираженою протизапальною і протиалергічною дією, пригнічують активність фібробластів, синтез колагену, ретикулоендотелію і сполучної тканини (гальмування проліферативної фази запалення), що призводить до значного зменшення рубців, фіброзу у бронхах та легенях.

Спосіб лікування хворих на туберкульоз легень із супутнім специфічним ураженням трахеї і бронхів здійснюють наступним чином: застосовують щоденно протитуберкульозні препарати ізоніазид + рифампіцин + піразинамід та етамбутол у середніх добових дозах перорально, додатково ізоніазид 0,15 г і рифампіцин 0,15 г інгаляційно через небулайзер, бронхолітик сальметерол 50 мкг + флютиказону пропіонат 250 мкг по 1 вдиху двічі на добу щоденно протягом 2-х місяців інтенсивної фази лікування.

Запропонований спосіб підвищує ефективність лікування хворих на туберкульоз органів дихання за рахунок: підвищення частоти припинення мікобактеріовиділення – на 29,7 % за 1-й місяць лікування; розсмоктування та ущільнення вогнищево-інфільтративних змін – на 14,3 %; зменшення великих залишкових змін у легенях – на 28,1 %, рубцевих стенозів бронхів II-III ст. – на 38,7 %, скорочення термінів припинення мікобактеріовиділення – на $(1,1 \pm 0,3)$ місяці, розсмоктування та ущільнення вогнищево-інфільтративних змін у легенях – на $(1,2 \pm 0,4)$ місяці та зменшення загальної тривалості лікування – на $(1,5 \pm 0,4)$ місяці.

Спосіб є простим і доступним для практичного використання.