

Укладачі: Фещенко Ю. І., академік НАМН України, д-р мед. наук, проф.; Мельник В. М., д-р мед. наук, проф.; Опанасенко М. С., д-р мед. наук, проф.; Леванда Л. І., анестезіолог; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Демус Р. С., торакальний хірург (НІФП НАМНУ)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук
О. М. Рекалова, завідувача лабораторії клінічної імунології НІФП НАМНУ, д-р мед. наук

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:
академік 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”, 03038 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 НАМНУ)

УДК: 616.24-002.5-089-06-084

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 2
від “13” лютого 2018 р.

**Спосіб профілактики медикаментозної нефротоксичності у
хворих на туберкульоз легень в післяопераційному періоді**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики медикаментозної нефротоксичності у хворих на туберкульоз легень в післяопераційному періоді, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.

Зниження ризику розвитку медикаментозної нефротоксичності є досить складним завданням при призначенні потенційно небезпечних медичних препаратів, що можуть спричинити ураження нирок. За даними літератури, близько 20–30 % зареєстрованих випадків гострої ниркової недостатності та близько третини випадків хронічної ниркової недостатності є наслідком дії хімічних чинників, зокрема, приблизно 18–27 % випадків є наслідком фармакотерапії. Серед лікарських засобів найбільший нефротоксичний потенціал мають аміноглікозидні антибіотики, протигрибкові препарати, рентгеноконтрастні та нестероїдні протизапальні засоби. Саме ці препарати найчастіше призначаються хворим на туберкульоз легень в післяопераційному періоді, тому проблема ведення даної категорії пацієнтів є особливо актуальною. Розроблено спосіб профілактики медикаментозної нефротоксичності у хворих на туберкульоз легень в післяопераційному періоді.

Спосіб здійснюється наступним чином. Хворим на туберкульоз легень, у яких в післяопераційному періоді виявили ознаки токсичного ураження нирок, відмінюють потенційно нефротоксичні препарати. Одразу призначають внутрішньовенно корвітин дозою 500 мг, розчинений в 100 мл розчину NaCl 0,9 %, що вводять протягом 30 хв. 1 раз на добу та реамберин дозою 400 мл, що вводять зі швидкістю 90 крап./хв. 1 раз на добу. Дані препарати застосовують до моменту нормалізації ниркових маркерів та ще 2 дні для стабілізації досягнутого ефект. При цьому проводять адекватний контроль артеріального тиску в перші дві доби кожні 3 год., далі тричі на добу, і водного балансу, шляхом

підрахунку в перші дві доби погодинного діурезу, далі – добового та введеної парентерально і ентерально рідини. Контроль загального аналізу крові, загального аналізу сечі, біохімічних показників (загальний білок, альбумін, показники азотемії, електроліти), показників кислотно-лужного балансу в перші 5 діб проводять щодня, далі за потребою. Показники коагулограми, ЕКГ-контроль проводять на наступний день після операції, далі 1 раз на 3–5 днів. При потребі виконують частіше.

Розроблений спосіб дозволяє:

- скоротити термін тривалості гіперазотемії на 3–5 днів;
- скоротити термін тривалості гіпопротеїнемії на 2–3 дні;
- скоротити термін тривалості протеїнурії на 3 дні;
- скоротити термін тривалості олігурії на 2 дні;
- скоротити термін тривалості порушення електролітного обміну на 3–5 днів;
- зменшити частоту появи набряків з 66,7 % до 20,0 %;
- скоротити термін стаціонарного лікування на 8–14 днів.

Спосіб, що пропонується не складний у виконанні та не потребує вартісного обладнання, тому може знайти широке використання у фтизіохірургічних стаціонарах.