

шить результаты химиотерапии и предупредить развитие мультирезистентных форм, в том числе у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Ключевые слова: частота мультирезистентности микобактерий туберкулеза, ВИЧ/СПИД, впервые диагностированный туберкулез легких, рецидивы туберкулеза, химиорезистентность.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІМІОТЕРАПІЇ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ ПОШИРЕННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ

Л.Д.Тодоріко, А.В.Бойко, І.В.Єременчук, Ю.М.Лесук

Резюме. Проведено аналіз ефективності найбільш раціональних режимів хіміотерапії хворих на туберкульоз легень з урахуванням оцінки антимікобактеріальної чутливості збудника, що дає можливість покращати результати хіміотерапії та запобігти розвитку мультирезистентних форм, у тому числі, у ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Ключові слова: частота мультирезистентності мікобактерій туберкульозу, ВІЛ/СНІД, вперше діагностований туберкульоз легень, рецидиви туберкульозу, хіміорезистентність.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
Чернівецький обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 249-253

Надійшла до редакції 29.06.2011 року

© L.D.Todoriko, A.V.Boiko, I.V.Yeremenchuk, U.M.Lesuk, 2011

УДК 616.24-002.5:615.015.8]-085

Л.Д.Тодоріко, В.О.Степаненко, О.С.Шевченко, А.О.Герман, Б.І.Квасницький

РОЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ХІМІОРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
²Харківський національний медичний університет

Резюме. Патогенетична терапія, спрямована на підвищення імунітету, опірності імунітету до туберкульозної інфекції, є обов'язковим компонентом лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз легень.

Ключові слова: хіміорезистентний туберкульоз, лікування, патогенетичні засоби.

Проблема фармакотерапії туберкульозу стала на сьогодні пріоритетним питанням у зв'язку з недостатньою ефективністю методів традиційної терапії, спрямованої на пригнічення бактеріальної популяції. Це пов'язано, перш за все, із збільшенням відсотка пацієнтів із множинною медикаментозною стійкістю до антимікобактеріальних препаратів (АМБП) та поєднанням із ВІЛ-інфекцією – захворюванням, що розвивається в результаті тривалого персистування вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) у лімфоцитах, макрофагах та клітинах нервової системи і характеризується прогресуючою деструкцією імунної системи [8].

Патогенетична терапія, спрямована на підвищення імунітету, опірності організму до туберкульозної інфекції, є обов'язковим компонентом комплексного лікування хворих на туберкульоз.

Формуванню мікобактерій туберкульозу (МБТ), резистентних до хіміопрепаратів, сприяє, насамперед, пригніченню клітинного імунітету, яке вперше виникає під впливом факторів ризику

і в подальшому спричиняє розвиток туберкульозу в інфікованої людини.

Клінічні прояви туберкульозу легень, його перебіг та результати лікування тісно пов'язані з неспецифічною реактивністю хворого, його компенсаторними можливостями, станом імунної системи, особливо за наявності множинної резистентності МБТ до АМБП [8].

Відомо, що у хворих на вперше діагностований туберкульоз, спричинений поліхіміорезистентними МБТ, відмічається порушення балансу між оксидантними та прооксидантними властивостями крові, що проявляється підвищенням у сироватці крові вмісту продуктів ліпопероксидації на тлі зниження активності ферментів системи антиоксидантного захисту [2].

У хворих на туберкульоз легень із порушеннями метаболічного гомеостазу успішно застосовується Флуїмуцил – антибіотик ІТ та Тимоген. Флуїмуцил – антибіотик ІТ – це лікарський засіб, до складу якого входять N-ацетилцистеїн та тіам-

© Л.Д.Тодоріко, В.О.Степаненко, О.С.Шевченко, А.О.Герман, Б.І.Квасницький, 2011

фенікол. Сполука цих речовин забезпечує дезінтоксикаційний, антибактеріальний та антиоксидантний ефект [3]. Тимоген – імуностимулювальний засіб, для якого властиві антиоксидантна і мембранстабілізувальна активність. Препарат Флуімуцил – антибіотик ІТ застосовується внутрішньобронхіально по 500 мг на добу 3 рази на тиждень N 10. Одночасно хворі отримують 0,01 % розчин Тимогену внутрішньом'язово по 1 мл, щоденно N 20.

Комбінована хіміотерапія, яка націлена на знищення збудника, не підвищує ефективності фагоцитарної реакції у зв'язку з тим, що неминуче спричиняє додаткові порушення в клітинному метаболізмі і негативно впливає на функціональну активність клітин. У таких умовах особливого значення набуває використання лікарських засобів, які підвищують ефективність фагоцитозу та сприяють елімінації збудника, а також підсилюють резистентність клітин макроорганізму до пошкоджуючого впливу і стимулюють процеси репарації. Подібними властивостями наділений препарат Глутоксим, який створений у 1994 році російськими вченими. Прямого антимікробного впливу на збудник туберкульозу Глутоксим не чинить, але підсилює антимікробний ефект Ізоніазиду, Рифампіцину, комбінації Циклосерину та Рифабутину, а також комбінації Циклосерину і Протіонаміду, істотно знижує цитотоксичний ефект хіміопрепаратів і стимулює активність фагоцитів, сприяє кращій переносимості протитуберкульозної терапії. Призначення Глутоксиму робить мінімальним ризик розвитку побічних реакцій, пов'язаних із прийомом протитуберкульозних препаратів. Пацієнтам призначають Глутоксим на протязі двох місяців 2 рази на добу (ранком і ввечері) внутрішньом'язово або внутрішньовенно по 1 мл 3 % розчину. Добова доза – 60 мг. У деяких випадках використовують більш короткий курс (30 днів): перші 10 днів щоденно в/м 1 раз на добу, у подальшому (20 днів) 1 ін'єкція 2 мл 3 % розчину через день [6].

Як дезінтоксикаційний препарат з антигіпоксантним/антиоксидантним ефектом, що сприяє усуненню у хворих на туберкульоз токсикоалергійних реакцій під час проведення протитуберкульозної поліхіміотерапії, виправданим є застосування 1,5 % розчину Реамберину для інфузій, який зменшує синдром інтоксикації і побічні реакції з одночасною корекцією метаболічних порушень [4, 5]. На фоні застосування Реамберину відмічається покращання переносимості протитуберкульозних препаратів, нормалізації рівня трансаміназ, повністю зникають астеновегетативні симптоми [7].

На тлі стандартної хіміотерапії останнім часом призначають і гомеопатичний патентований препарат, який складається із 7 компонентів (по 5 крупинок 3 рази на добу) та Вобензим (по 1 табл. 3 рази на добу, курс лікування 4 місяці) [1]. Включення до схем лікування хворих із хіміорезистентними формами туберкульозу легень гомеопатичних препаратів і Вобензиму покращує клі-

нічний перебіг туберкульозу, збільшує показник абацилювання, термін розсмоктування інфільтративних змін у легенях та скорочує час загоєння порожнин розпаду. Застосовується препарат Вобензим за схемою: стандартне лікування плюс 15 драже на добу в 1-й тиждень і 9 драже на добу в подальшому (до 60 днів) [1].

Тривале застосування протитуберкульозних препаратів, виникнення побічних дій, їх погана переносимість, наявність супутніх захворювань, розвиток резистентності МБТ до АМБП потребує в окремих випадках призначення немедикаментозних методів терапії, до яких відноситься озонотерапія і колапсотерапія [9]. Озонотерапія проводиться на фоні призначення АМБП, до яких зберігається чутливість збудника, 2 рази на тиждень внутрішньовенно крапельно (200,0 мл озонованого фізіологічного розчину (ОФР) з концентрацією озону 1-2 мкг/мл) або ректально крапельно (40,0 мл ОФР з концентрацією озону 4-6 мкг/мл). Тривалість курсу озонотерапії від 20 до 40 процедур. За необхідності через 2 місяці можна призначити повторний курс. При супутній патології з боку шлунково-кишкового тракту та печінки, розвитку гепатотоксичної реакції на протитуберкульозні препарати хворим додатково внутрішньо призначається ОФР або озонована дистильована вода з концентрацією озону 5-8 мкг/мл у кількості 100-200 мл за 30 хвилин до їжі щоденно курсами по 3-4 тижні.

Штучний пневмоперитонеум накладається і проводиться за стандартною методикою. Тривалість підтримки пневмоперитонеуму у хворих – від 4 до 12 місяців залежно від клінічно-рентгенологічної динаміки туберкульозного процесу. Застосування озонотерапії, штучного пневмоперитонеуму, а іноді обох цих методів одночасно на фоні хіміотерапії знижує частоту розвитку побічних реакцій, пов'язаних зі специфічною терапією, скорочує термін абацилювання та загоєння каверн.

Таким чином, максимальний клінічний ефект при лікуванні хіміорезистентного туберкульозу може бути досягнутий при застосуванні антимікобактеріальних препаратів, до яких збереглася чутливість збудника туберкульозу, водночас із препаратами патогенетичного напрямку.

Література

1. Влияние полиферментного препарата «Вобэнзим» на активность деструктивно-воспалительного процесса при комплексной терапии туберкулеза легких / А. В.Акимов, А.П.Иевлев-Дунтау, К.А.Липский [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 6. – С. 47-51.
2. Гріцова Н.А. Вплив комбінації препаратів «флуімуцил – антибіотик ІТ» та «тимоген» на перекисне окиснення ліпідів та активність ферментів системи антиоксидантного захисту у хворих на вперше діагностований поліхіміорезистентний туберкульоз легень / Н.А.Гріцова, Ю.В.Сидоренко // Мед. сьогодні и завтра. – 2008. – № 3. – С. 86-90.

3. Антиоксиданты и иммуностропные препараты в терапии больных туберкулезом легких / Л.Лазаренко, А.Петров, Д.Суханов [и др.] // Врач. – 2005. – № 9. – С. 66-67.
4. Реамберин в комплексной терапии полиорганной недостаточности: методические рекомендации // Днепропетровск, 2004. – 41 с.
5. Синицын М.В. Глутоксим – 10 лет во фтизиатрии (опыт применения при лечении туберкулеза) / М.В.Синицын, Л.В.Богадельникова, М.И.Перельман // Туберкулез и болезни легких. – 2010. – № 10. – С. 3-9.
6. Сологуб Т.В. Реамберин в клинической практике / Т.В.Сологуб, М.Г.Романцов.– СПб., 2001. – С. 31-39.
7. Фещенко Ю.І. Перспективи контролю за туберкульозом в Україні / Ю.І.Фещенко, Л.В.Турчанко, В.М.Мельник // Укр. пульмонолог. ж. – 2005. – № 2. – С. 5-8.
8. Яковлева Л.П. Эффективность озонотерапии и искусственного перитонеума в лечении больных, выделяющих лекарственно-устойчивые штаммы туберкулезных возбудителей / Л.П.Яковлева // Туберкулез и болезни легких. – 2009. – № 11. – С. 38-42.

РОЛЬ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХИМИОРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Л.Д.Тодорико, В.О.Степаненко, А.С.Шевченко, А.А.Герман, Б.И.Квасницький

Резюме. Патогенетическая терапия, направленная на повышение иммунитета, сопротивляемости иммунитета к туберкулезной инфекции, является обязательным компонентом лечения больных химиорезистентного туберкулеза легких.

Ключевые слова: химиорезистентный туберкулез, лечение, патогенетические средства.

THE ROLE OF PATHOGENETIC THERAPY IN TREATING PATIENTS WITH CHEMORESISTANT TUBERCULOSIS

L.D.Todoriko, V.A.Stepanenko, O.S.Shevchenko, A.O.Herman, B.I.Kvasnytskyi

Abstract. Pathogenetic therapy aimed at improving immunity, resistance to immunity to tuberculosis infection is an obligatory component of treating chemoresistant pulmonary tuberculosis.

Key words: resistant TB, treatment, pathogenetic agents.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)
National Medical University (Kharkiv)

Рецензент – проф. О.І.Федів

Buk. Med. Herald. – 2011. – Vol. 15, № 3 (59). – P. 253-255

Надійшла до редакції 29.06.2011 року

© Л.Д.Тодоріко, В.О.Степаненко, О.С.Шевченко, А.О.Герман, Б.І.Квасницький, 2011

УДК 616.24-002.5-085.28:615.035

Л.Д.Тодоріко, ¹В.П.Шаповалов, ¹І.В.Єременчук, ²І.І.Гуска

ЗАСТОСУВАННЯ ОПТИМАЛЬНОГО ДЛЯ РЕГІОНУ БУКОВИНА РЕЖИМУ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В ІНТЕНСИВНІЙ ФАЗІ ЛІКУВАННЯ (ЗНРАМЗ/ЕQ) ХВОРИМ ДРУГОЇ ДИСПАНСЕРНО-КЛІНІЧНОЇ КАТЕГОРІЇ

¹Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці
²Чернівецький обласний протитуберкульозний диспансер

Резюме. Аналіз епідеміологічних показників на Буковині за 2008-2009 рр. показав у раніше лікованих хворих на туберкульоз легень 2-ї клінічної категорії подальше поширення штамів мікобактерій туберкульозу (МБТ) з набутою множинною резистентністю до препаратів 1-го ряду з явним трендом, до збільшення випадків мультирезистентності (в 1,3 раза) та зі стало високою будь-якою стійкістю до стрептоміцину (31,9 %

та 26,9 % відповідно). Тобто, використання в регіоні емпіричного режиму хіміотерапії з поєднанням препаратів 1-го і 2-го ряду (ЗНРАМ/КQ), спрямованого на клінічне подолання феномену набутої множинної лікарської стійкості, є цілком правомірним.

Ключові слова: антимікобактеріальна терапія, диспансерно-клінічна категорія, вперше діагностований туберкульоз легень.

© Л.Д.Тодоріко, В.П.Шаповалов, І.В.Єременчук, І.І.Гуска, 2011