

4' (д) 2012

У К Р А Ї Н С Ь К И Й Ж У Р Н А Л

ГЕМАТОЛОГІЇ ТА ТРАНСФУЗИОЛОГІЇ



**МАТЕРІАЛИ
ІІ МІЖНАРОДНОГО КОНГРЕСУ
З ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ**

UKRAINIAN JOURNAL OF HEMATOLOGY AND TRANSFUSIOLOGY

В.І., Ляшок А.Л., Карпенко С.О., Маленко А.Ю. Контрольована періопераційна інфузійна терапія у хворих серцевою недостатністю.	243
ко Н.С., Кенс К.А., Короляк О.Я. Роль реосорблякту в лікуванні гіпоксії паренхіми нирок при пієлонефриті нього віку.	245
Г., Гололобова О.В. Диференційований підхід до терапії хворих на харчові токсикоінфекції.	251
ць Н.В. Оптимізація інфузійної терапії при оперативному лікуванні гінекологічної патології гиваною епідуральною анестезією.	255
Г.М. Можливості корекції мікроангіопатії у хворих на діабетичну енцефалопатію.	259
В.Г., Черняк В.А., Черняк А.В., Зорзач В.Ю. Хронічна венозна цереброспінальна недостатність у хворих ію.	262
В.І. Корекція розладів мікроциркуляції препаратом рефортан в комплексній терапії хворих з опіковим	264
ко О.М. Вибір тактики інфузійної антибіотикотерапії хірургічного сепсису в умовах зростання корезистентності патогенів.	267
Д., Мойсєєнко В.О., Пасько І.В. Роль інфузійної терапії в корекції ендотеліальної дисфункції у хворих енціальним синдромом.	271
І., Гриза П.В., Малигон О.І., Яворський В.В., Шевчук О.І. Функція плазмових факторів VIII і IX в системі Основи принципи замісної терапії.	274
на І.К., Кухар І.Д. Органометричні параметри щитоподібної залози щурів при гострій опіковій токсемії кування інфузійними препаратами.	278
И., Жернов О.А., Боярська Г.М. Клінічна ефективність застосування гепатотропних інфузійних в у хворих із опіками.	282
О., Більченко В.І., Тимченко М.С. Методики зменшення інтраопераційної алогенної гемотрансфузії.	285
О.Л., Матяш В.І., Токунова Т.Л., Березіна Л.В., Борцов С.П., Хмельнов Д.В., Мостова О.П., Д.В. Досвід застосування Тівортину в патогенетичній терапії ускладнених форм цефалітів вірусної та бактеріальної етіології.	291
О.І. Активність компенсаторного ангіогенезу у хворих на гіпертонічну хворобу різного віку.	295
ко В.В., Рикало Н.А., Рауцкіс В.А. Порушення водно-електролітного обміну: регуляція та компенсаторні і.	299
М. Інфузійна терапія як провідний елемент патогенетичного лікування в клініці інфекційних хвороб.	302
ька О.В., Тодоріко Л.Д., Шаповалов В.П., Лєсюк Ю.М. Особливості інфузійної терапії максидином хворих кцією ВІЛ/туберкульоз залежно від клінічної характеристики коморбідності.	305
В.П., Сидорчук Р.І., Петрюк Б.В., Нурдінов Х.Н. Застосування інфузійно-трансфузійної терапії в лікуванні патичних гострих шлунково-кишкових кровотеч ерозивно-виразкового походження.	309
Б., Рибак В.В., Діденко Р.П., Рибак Н.Й. Комплексна інтенсивна терапія хворих на гангрену Фурнье.	312
В., Дзись Р.П., Свєтахович І.Й., Дзись Б.Р., Дорошенко Л.Г., Карпович С.П. Інфузійна терапія ванням реосорблякту в онкологічних хворих після гастректомії із спленектомією.	315
В., Новак В.Л., Дзись Р.П., Кондрацький Б.О., Дзись Б.Р., Дорошенко Л.Г., Карпович С.П. Інфузійна терапія ванням препарату ксиліт в онкологічних хворих після операцій на шлунку.	318
о Н.П., Шапошник О.А. Особливості колекційної метаболічної терапії у хворих на гострий інфаркт з поєднаним з цукровим діабетом.	321
М. Застосування Лефлорину в хірургії.	324
В. Морфофункціональний стан сім'яників статевозрілих щурів на фоні вживання препарату «Тівортін».	329
о А.І., Кондрацький Б.О., Шеремета А.В. Морфологічні особливості печінки щурів на фоні введення них колоїдно-гіперосмолярних розчинів.	333
О.В., Видиборець С.В. Клінічне значення вивчення вмісту фосфоенолпірувату в еритроцитах хворих ефіцтну анемію похилого і старчого віку.	337
А. Інфузійна терапія при гестозі першої половини вагітності.	340
И.В., Крокош В.М. Метод проведення реінфузії крові при пошкодженнях огранів черевної порожнини.	345
о О.О., Радченко О.М. Зміни напруженості лейкоцитарної формули у хворих із медикаментозною алергією кування реосорбляктом.	347

Стасишин О.В., Красівська В.В., Тушицький О.М., Семерак М.М., Новак В.Л. Роль тесту відновлення введеного фактора згортання VIII (IX) в діагностиці інгібіторів та індивідуалізації лікування хворих на гемофілію.	350
Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О., Бойко А.В. Вплив латрену на морфофункціональні властивості еритроцитів та газовий склад крові при бронхообструктивному синдромі на тлі тиреоїдної дисфункції у хворих старших вікових груп.	355
Тодоріко Л.Д., Сременчук І.В., Герман А.О., Гумєнна А.В. Обґрунтування інфузійної терапії лефлорином у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з невідомою чутливістю збудника до антимікобактеріальних препаратів.	359
Тодоріко Л.Д., Сременчук І.В., Гумєнна А.В., Грозав А.М. Визначення ефективності дії гетероциклічних сполук (похідних імідазолу) на мікобактерії хіміорезистентного туберкульозу та дослідження їх гострої токсичності.	362
Тамашкевич Г.І. Тактика ведення хворих на ускладнену пептичну виразку шлунка або дванадцятипалої кишки.	365
Тушицький О.М., Свєтахович І.Й., Свєтахович Ю.Л., Іденко В.Ф., Цяпка З.О., Кондрацький Б.О. Ефективність інфузійної терапії комбінованими препаратами поліфункціональної дії в порівнянні з простими кристалічними розчинами.	369
Федоров Ю.П., Пугачов В.А., Працєрук П.В., Грєчишкіна Ю.О., Антошкін Р.В. Парентеральне харчування як складова частина комплексної інфузійної терапії у хворих з порушенням мозкового кровообігу і прооперованих нейрохірургічних хворих.	374
Федороцка І.М., Пошивак О.Б. Вивчення показників Д-димеру у жінок із звичним невиношуванням вагітності в анамнезі.	378
Філічук О.В. Особливості невідкладної інфузійної терапії при гострому порушенні мозкового кровообігу. Боротьба з набряком мозку.	382
Хамідов Д.Б., Косімов З.К. Комплексний поліфункціональний розчин реосорблякт у корекції ендогенної інтоксикації та порушень реологічних властивостей крові у хворих з гострим перитонітом.	384
Харченко Л.А. Сепсис – деякі аспекти інфузійної та антибіотикотерапії.	387
Черній В.І., Колєсніков А.Н., Стасюк В.Н., Дергунов Д.В., Чернецький С.О. Застосування внутрішньовенної форми парацетамолу в комплексній корекції больового та гіпертермічного синдромів у хворих з поєднаними травмами і пацієнтів нейроанестезійного профілю.	390
Черній В.І., Колєсніков А.Н., Стасюк В.Н., Дергунов Д.В., Чернецький С.О. Виявлення порушень ауторегуляції мозкового кровообігу і методика їх корекції у хворих нейроанестезійної групи.	394
Черній В.І., Колєсніков А.Н., Стасюк В.Н., Дергунов Д.В., Черницький С.О. Застосування нейропротекторів методом екстракорпоральної фармакотерапії в гострому періоді ішемічного інсульту.	399
Черняк В.А. Реосорблякт як коректор регіонарної венозної гемодинаміки у хворих з тяжкою ішемією нижніх кічків.	404
Черняк В.А., Коваль Б.М., Сотко А.І. Сучасний стан проблеми лікування синдрому діабетичної стопи.	410
Шевчук І.М., Протас В.В., Кузенко Р.Т. Особливості проведення інфузійної терапії при гострому панкреатиті у хворих похилого та старчого віку.	415
Шило В.М. Застосування левофлоксацину (лефлорину) в лікуванні інфекції сечовивідних шляхів.	418
Яворський В.В. Вплив частоти донатій стандартної дози плазми на імунологічну реактивність організму постійних донорів.	421
Яковлева О.О., Очеретнюк А.О., Паламарчук О.В. Динаміка корекції гістологічних змін в легенях щурів при застосуванні інфузійних розчинів – НАЕС-LX-5 % та лактопротеїну з сорбітолом в умовах опікової хвороби.	426
Кобза Т.І., Трутяк Р.І., Мелень А.П. Лікування трофічних виразок нижніх кічків різної етіології.	429
Лисенко В.Й., Брик Р.П., Карпенко С.О. Особливості інфузійної терапії в лікуванні хворих з діабетичним кетоацидозом.	433
Черних С.В. Особливості інфузійного супроводження еферентної терапії у породіль з акушерськими ускладненнями.	436

ті крові та її здатності віддавати кисень, що знижує циркуляторну та вентиляційно-перфузійну гіпоксію, сприяє зменшенню задишки і покращенню якості життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дудка П.Ф., Глиницький Р.І., Соколова Л.І. та ін. Гемомікроциркуляторні порушення та їх корекція у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень//Укр. пульмон. журн. 2007; 1: 16.
2. Курик Л.М. Вплив синглетно-кисневої терапії на реологічні властивості, кислотно-основний та газовий склад крові у хворих на хронічне обструктивне захворювання легень. Там же; 2: 26–31.
3. Саркісов К.Г., Коркушко О.В., Ступина А.С. и др. Микроциркуляция и гемореология при старении человека. Пробл. старения и долголетия 1998; 3: 260–278.
4. Меренкова Е.А., Моногарова Н.Е. Состояние агрегационной способности тромбоцитов при патологии легких у больных различных нозологических групп. Укр. пульмон. журн. 2006; 1: 39–43.
5. Коркушко О.В., Липицкая В.Ю. Значение изменения отдельных показателей внутрисосудистого гомеостаза в развитии циркуляторной гипоксии при старении // Успехи геронтологии 2002; 9: 262–266.
6. Потайчук В.І., Пікас О.Б. Стан системи гемостазу у хворих на інфільтративний туберкульоз легень із супутнім хронічним алкоголізмом. Укр. пульмон. журн. 2002; 2: 46–47.
7. Трецинский А.И., Трецинская М.А. Новые возможности коррекции реологических свойств крови при цереброваскулярной патологии // Мистецтво лікування 2007; 8: 62–65.
8. Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О. Хронічні обструктивні захворювання легень: особливості патогенезу системних проявів та удосконалення лікування хворих старших вікових груп. Чернівці, 2011: 248 с.
9. Hopkins N., Cadogan E., Giles et al. Chronic airway infection leads to angiogenesis in the pulmonary circulation. J. Appl. Physiol. 2001; 91: 919–928.
10. Sanner B.M., Konnerman M. Platelet function in patients with obstructive sleep apnoea syndrome. Eur. Respir. J. 2011; 16: 648–652.

ВЛИЯНИЕ ЛАТРЕНА НА МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ И ГАЗОВОЕ СОСТОЯНИЕ КРОВИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ НА ФОНЕ ТИРЕОИДНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Тодоріко Л.Д., Сем'янів І.О., Бойко А.В.

Резюме. В динамике инфузионной терапии латреном больных старших возрастных групп из ХОБЛ наблюдается улучшение микроциркуляторных свойств крови, в частности, восстанавливается деформационная и осмотическая способность эритроцитов, снижается их агрегационная активность и уменьшается относительная вязкость эритроцитарной суспензии, что сопровождается увеличением текучести крови и ее способности отдавать кислород тканям с достоверным снижением циркуляторной и вентиляционно-перфузионной гипоксии, клинически – уменьшением одышки и улучшением качества жизни.

Ключевые слова: хронические обструктивные заболевания легких, латрен, реологические свойства эритроцитов, циркуляторная гипоксия, тиреоидная дисфункция.

INFLUENCE OF «LATREN» TO REOLOGICAL PROPERTIES AND GAS COMPOSITION OF BLOOD AT THE PATIENTS OF SUMMER AND STARECHOGO AGE AT THE CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASES ON A BACKGROUND TIREOIDAL DISFUNCTION

Todorico L.D., Semianiv I.V., Boiko A.V.

Summary. Improvement of gemicrocirculation properties of blood in the dynamics of medical treatment of latren, which was characterized by renewal of deformation and osmotic power of red corpuscles, decline of their activity aggregation and reduction of relative viscosity of red corpuscles suspension, was accompanied by the rise of fluidity of blood and its power to give oxygen, that lowers tsircoulyatornou and ventilation-perfouziation gipocsiya, is instrumental in reduction of shortness of breath and improvement of quality of life at patients with the chronic obstructive diseases of lights of older age patients.

Keywords: chronic obstructive lung diseases, morfouunctional state of red corpuscles, gipocsiya, tireoidal disfunction, latren.

Адреса для листування:

Тодорко Лілія Дмитрівна
Буковинський державний медичний університет
58002, м. Чернівці, вул. Українська, буд. 25, кв. 3
Тел. моб. (050) 660-79-59
Тел. дом. 524-034
E-mail: mutia2@rambler.ru

ОБҐРУНТУВАННЯ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ ЛЕФЛОЦИНОМ У ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ З НЕВІДОМОЮ ЧУТЛИВІСТЮ ЗБУДНИКА ДО АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В., Герман А.О., Гуменна А.В.

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Резюме. У статті наведено обґрунтування призначення інфузійної терапії лефлочином у схемах диференційованого підходу до призначення антимікобактеріальної терапії хворим із ризиком виникнення мультирезистентного туберкульозу (IV категорія, наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600), що вирішує питання браку часу щодо наслідків індукції резистентності мікобактерії туберкульозу до більшої кількості антимікобактеріальних препаратів при застосуванні тривалого (2–4 міс. від першого обстеження пацієнта) рутинного тесту медикаментозної чутливості, який отримувється шляхом засіву на селективне середовище Левентштейна-Йенсена.

Ключові слова: вперше діагностований туберкульоз, чутливість, лефлоцин, антимікобактеріальні препарати.

Вступ. Аналіз літературних джерел [1, 3, 6, 8, 9] показав, що в Україні частота первинної резистентності мікобактерії туберкульозу (МБТ) до протитуберкульозних препаратів (ПТП) становить від 7,0 до 20,0% залежно від регіону, а вторинна резистентність у цілому – майже 75%. У свою чергу мультирезистентний туберкульоз (МРТ) спостерігається майже у 9% пацієнтів із вперше діагностованим туберкульозом (ВДТБ) легень, що є дуже поганою прогностичною ознакою щодо взяття під контроль епідемії туберкульозу у цілому [4, 5, 7, 10].

Враховуючи подальший ріст первинної та вторинної хіміорезистентності, наслідком чого є продовження термінів перебування пацієнтів у стаціонарі, значне підвищення фінансових витрат на лікування та збільшення показника смертності, а також недостатнє науково-теоретичне підґрунтя запобігання селекції резистентних штамів у хворих, які потребують повторного лікування та мають високий ризик наявності мультирезистентного збудника туберкульозу на підставі даних епідмоніторингу стійкості мікобактерії до антимікобактеріальних препаратів (АМБП), порівняння ефективності застосування в інтенсивній фазі лікування стандартних, емпіричних режимів хіміотерапії та їх переносимість у таких хворих є перспективним науковим напрямком.

Мета дослідження: обґрунтування призначення інфузійної терапії лефлочином у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень з невідомою чутливістю збудника до антимікобактеріальних препаратів.

ОБ'ЄКТ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У дослідження включено 43 пацієнти, з яких 27 осіб з ВДТБ входили у групу ризику формування мультирезистентності [2]. Сформовано 2 групи за методом простої вибірки, порівнянні за віком та клінічними формами туберкульозу; переважала чоловіча стать. Використані сучасні клінічні, мікробіологічні, імунологічні, лабораторно-біохімічні, променеві, статистичні методи обробки результатів дослідження.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порівняльний аналіз результатів лікування проведений на підставі отриманих даних про поширеність та профіль легеневого туберкульозу (ТБ) серед 227 хворих з бактеріовиділенням. Результатами рандомізованого контрольованого дослідження за ретроспективними матеріалами фтизіатричного відділення Чернівецького обласного протитуберкульозного диспансеру 43 пацієнтів з підозрою на мультирезистентний характер перебігу туберкульозу встановлено, що у структурі резистентності штамів мікобактерії (МБТ) серед обстежуваних пацієнтів переважає розширена мультирезистентність мікобактерій, яка формується за рахунок стійкості до канаміцину (HR+K – 2,3%), етіонаміду (HR+Et – 2,3%, HR+ZE – 4,7%, HR+SEEt – 4,7%), стрептоміцину (HR+S – 13,9%, HR+SE – 16,3%, HR+SEZ – 11,6%, HR+SZ – 6,9%), етамбутолу (HR+E – 4,7%), піразинаміду (HR+Z – 4,7%). Це означає, що препарати I ряду втрачають свою ефективність, оскільки з п'яти отриманих пацієнтом АМБП стандартного режиму хіміотерапії ефективними виявляються від одного до трьох.

виявився емпіричний режим хіміотерапії, що включав не менше 5–6 препаратів I, II ряду та резервних. Найбільш ефективними виявилися схеми інтенсивної терапії: ZK(Am)EtCsQ(Lev) або ZEPtKCsQ(Lev), що ґрунтувалися на використанні респіраторних фторхінолонів (Q), зокрема лефлоцину – по 500 мг 2 рази на добу доведено упродовж 1 місяця, потім продовжили таблетований прийом по 500 мг (1 таблетка) на добу (препарат вітчизняного виробництва, ВАТ «Юрія-Фарм»), щодня [1, 3, 5]. Курс інтенсивного лікування тривав від 2 до 4 міс., тобто до отримання тесту медикаментозної чутливості, з метою збереження досить високої імовірності того, що у цілому ще хоча б до 3-х препаратів у мікобактерії туберкульозу збереже- на чутливість.

При побудові емпіричних режимів хіміотерапії, які варто використовувати у пацієнтів з ризиком розвитку мультирезистентного туберкульозу з метою запобігання феномену індукції (підсилення) резистентності мікобактерій до більшої кількості АМБП, доцільно застосовувати замість піразинаміду – етіонамід/протіонамід або циклосерин, замість етамбутолу – ПАСК, замість стрептоміцину – канаміцин/амікацин. Тут потрібно зазначити, що при призначенні препаратів заміни є можливість сумачії побічних шлунково-кишкових реакцій етіонаміду/протіонаміду та ПАСК. Тому поєднання цих препаратів необхідно застосовувати тільки у тому випадку, коли до режиму хіміотерапії необхідно додати три **оральних антимікобактеріальних препаратів II ряду з бактеріостатичною дією (етіонамід, протіонамід, циклосерин, ПАСК)**. Етіонамід/протіонамід слід призначати в низькій дозі – 250 мг протягом декількох днів і поступово підвищувати дозу кожні 3–5 днів. Замість циклосерину може призначатися теризидон, який містить 2 молекули циклосерину, оскільки ефективність цих препаратів однакова, а кількість побічних реакцій з боку центральної нервової системи є меншою.

Аналіз результатів дослідження показав, що при застосуванні емпіричного режиму запропонованих схем антимікобактеріальної терапії з включенням лефлоцину конверсія мокротиння відбулася у 84,6% випадках, часткове розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін – у 76,9%, часткова регресія каверн відмічалася у 69,2%, покращання клінічного перебігу констатовано у 76,9%, тоді як при застосуванні в інтенсивній фазі лікування стандартного режиму (I та II категорії) конверсія мокротиння спостерігалася у 50% випадків, часткове розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін було у 43,3%, часткова регресія каверн відмічалася у 36,7%.

Перевагою запропонованого методу диференційованої фармакотерапії є поетапний та диференційований підхід до призначення антимікобактеріальної терапії хворим із ризиком виникнення мультирезистентного туберкульозу (IV категорія, наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600) з включенням високоефективних препаратів з групи фторхінолонів III покоління, що вирішує питання браку часу щодо наслідків індукції резистентності мікобактерій туберкульозу до більшої кількості АМБП при застосуванні тривалого (2–4 міс. від першого обстеження пацієнта) рутинного тесту медикаментозної чутливості, який отримується шляхом засіву на селективне середовище Левенштейна-Йенсена.

ВИСНОВКИ

1. При застосуванні емпіричного режиму запропонованих схем антимікобактеріальної терапії з включенням у програму лікування лефлоцину в пацієнтів з ВДТБ з групи ризику формування мультирезистентності вірогідно, відповідно до показників контрольної групи, прискорилися конверсія мокротиння (у 84,6% проти 50%), часткове розсмоктування вогнищево-інфільтративних змін (у 76,9% проти 43,3%), часткова регресія каверн (у 69,2% проти 36,7%).
2. Покращання клінічного перебігу при застосуванні інфузійного введення лефлоцину у дозі 1,0 г упродовж 1 місяця констатовано у 78,7% пацієнтів основної групи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бялик І.Б. Актуальные вопросы химиотерапии больных мультирезистентным туберкулезом легких // Туберкулез. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція. – 2011. – № 1. – С. 13–19.
2. Наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600 «Стандарт надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз». К., 2008.
3. Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В., Черноус В.О. та ін. Оптимізація стандартного режиму хіміотерапії при лікуванні хворих на мультирезистентний туберкульоз легень // Укр. пульмон. журнал. – 2012. – № 1. – С. 8–12.
4. Бялик І.Я., Черненко С.О., Петренко В.І. та ін. Резерви покращання результатів поліхіміотерапії у хворих з раніш неефективно лікованим хронічним деструктивним мультирезистентним туберкульозом легень // Там же. –

6. Espinal M.A., Kim S.J., Suarez P.G., Espinal M.A. Standard short-course chemotherapy for drug-resistant tuberculosis: treatment outcomes in 6 countries. JAMA. 2009; 283: 2537–2545.
7. Grant A., Gothard Ph., Thwaites G. Managing drug resistant tuberculosis. BMJ 2008; 337: 564–569.
8. Lefebvre N., Falzon D. Risk factors for death among tuberculosis cases: analysis of European surveillance data. Europ. Respiratory J. 2008; 31: 1256–1260.
9. Palacios L., Guerra D., Liaro K. et al. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis. Int. J. Tuberc. Lung Dis. 2009; 7, № 4: 343–346.
10. Orenstein E., Basu S., Shah N. et al. Treatment outcomes among patients with multidrug resistant tuberculosis: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009; 452: 137–153.

ОБОСНОВАНИЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ЛЕФЛОЦИНОМ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С НЕИЗВЕСТНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ К АНТИМИКОБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ

Тодоріко Л.Д., Єременчук І.В., Герман А.О., Гумєнна А.В.

Резюме. В статье приведено обоснование назначения инфузионной терапии лефлоцином в схемах дифференцированного подхода к назначению антимикобактериальной терапии у больных с риском возникновения мультирезистентного туберкулеза (IV категория, приказ МОЗ Украины от 22.10.2008 № 600), что решает вопрос нехватки времени относительно последствий индукции резистентности микобактерий туберкулеза к большому количеству антимикобактериальных препаратов при применении длительного (2–4 мес. от первого обследования пациента) рутинного теста медикаментозной чувствительности, получаемого путем посева на селективную среду Левенштейна-Йенсена.

Ключевые слова: впервые диагностированный туберкулез, чувствительность, лефлоцин, антимикобактериальные препараты.

THE SUBSTANTIATION OF INFUSION THERAPY BY LEFLOCYN IN PATIENTS WITH PRIMARY DIAGNOSED LUNG TUBERCULOSIS WITH UNKNOWN PATHOGEN SENSITIVITY TO THE ANTIMICROBACTERIAL DRUGS

Todoriko L.D., Ieremenchuk I.V., Herman A.O., Humenna A.V.

Summary. In the article there is shown the substantiation of infusion therapy by leflocyn in schemes of differentiated approach to the appointment of antimycobacterial therapy in patients with risk of multidrugresistance TB (the IV category, the order number 600 of Health Ministry of Ukraine from 22.10.2008), which decides on the consequences of lack of time of Mycobacterium tuberculosis resistance induction to more antimycobacterial drugs in the application of long-term (2–4 months from the first examination of the patient) routine drug sensitivity testing, which is obtained by seeding on the selective medium Levenshtein-Jensen.

Keywords: the primary diagnosed tuberculosis, sensitivity, leflocyn, antimycobacterial drugs.

Адреса для листування:

Тодоріко Лілія Дмитрівна
Буковинський державний медичний університет
Лікар вищої категорії
58002, м. Чернівці, вул. Українська, 25, кв. 3
Тел. дом. (0231) 52-40-34
Тел. моб. (050) 660-79-59
E-mail: mutia2@rambler.ru