

ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕВДАЧЕЮ ЛІКУВАННЯ У ВИПАДКУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

- В. П. Мельник, д. мед. н., проф., зав. каф. інфекц. хв., фтизіатр. і пульмонол.
- О. В. Панасюк, д. мед. н., проф., проф. каф. інфекц. хв., фтизіатр. і пульмонол.
- Т. Г. Хурса, к. мед. н., в. о. доц. каф. інфекц. хв., фтизіатр. і пульмонол.
- О. О. Петренко, к. мед. н., асист. каф. інфекц. хв., фтизіатр. і пульмонол.
- Г. В. Гончарова, мол. наук. співроб. каф. інфекц. хвороб, фтизіатр. і пульмонол.

■ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

Показання для паліативного лікування хворих на туберкульоз:

- невдача лікування, що тягне за собою припинення лікування;

- для визначення показань для припинення лікування використовується наступний алгоритм дій:

I. У разі наявності протягом останніх 12 місяців лікування (після 8 міс.) інтенсивної фази 2-х позитивних аналізів мокротиння методом засіву:

а) встановлюється результат «невдача лікування»;

б) випадок розглядається на засіданні ЦЛКК – ХРТБ, де обов'язково враховуються 2 фактори: прихильність хворого до лікування та позитивність прогнозу щодо вилікування (об'єм ураження легеневої тканини, можливість проведення оперативного лікування);

в) за результатами розгляду приймається рішення (перевід на паліативне лікування або в індивідуальних випадках з необхідним обґрунтуванням – проведення повного повторного курсу лікування за 4 категорією.

II. У разі збереження бактеріовиділення протягом 8-10 міс. від початку лікування:

а) комісійно на засіданні ЦЛКК – ХРТБ оцінюється реальний прогноз щодо можливості вилікування хворого та чи може він витримати подальше лікування без шкоди загальному стану здоров'я;

б) за результатами проведеної оцінки приймається рішення щодо встановлення невдачі лікування та переведу хворого на паліативне лікування, або продовження інтенсивної фази хіміотерапії до припинення бактеріовиділення [1-3].

Відміна хіміотерапії:

а) при констатації невдачі лікування рекомендується відміна хіміотерапії за умови, що усі можливі заходи з корекції лікування та досягнення прихильності хворого вичерпані та не існує інших ресурсів для вилікування хворого;

б) існує два важливих аргументи для відміни хіміотерапії та переходу на паліативне лікування:

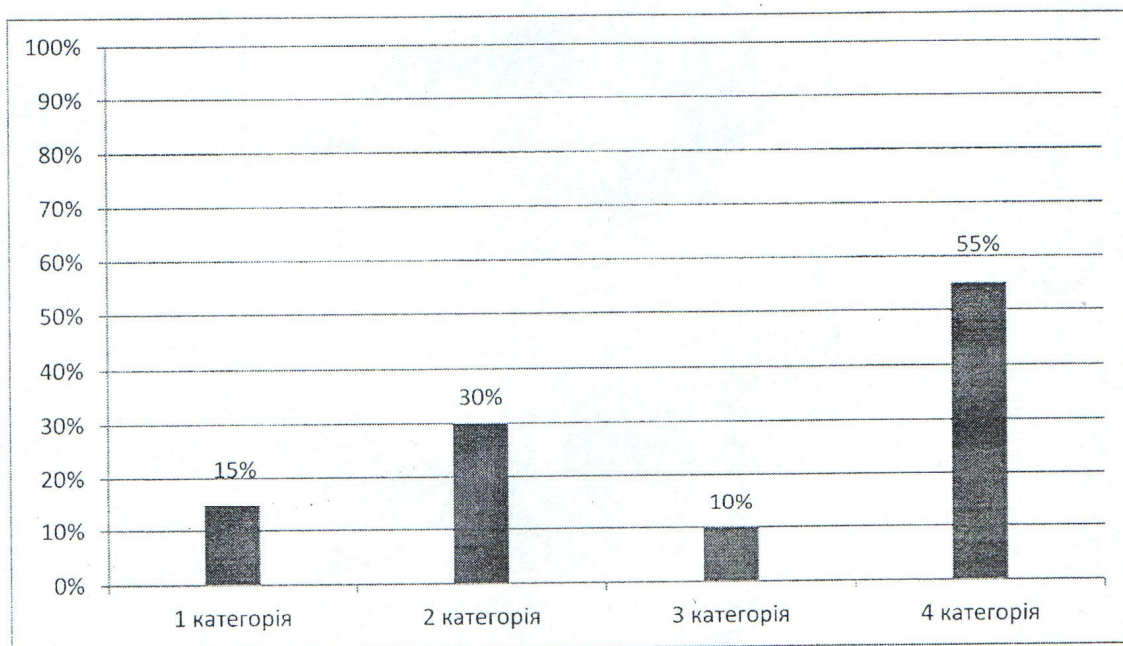


Рис. 1. Частота неефективного лікування хворих на туберкульоз в залежності від категорії.

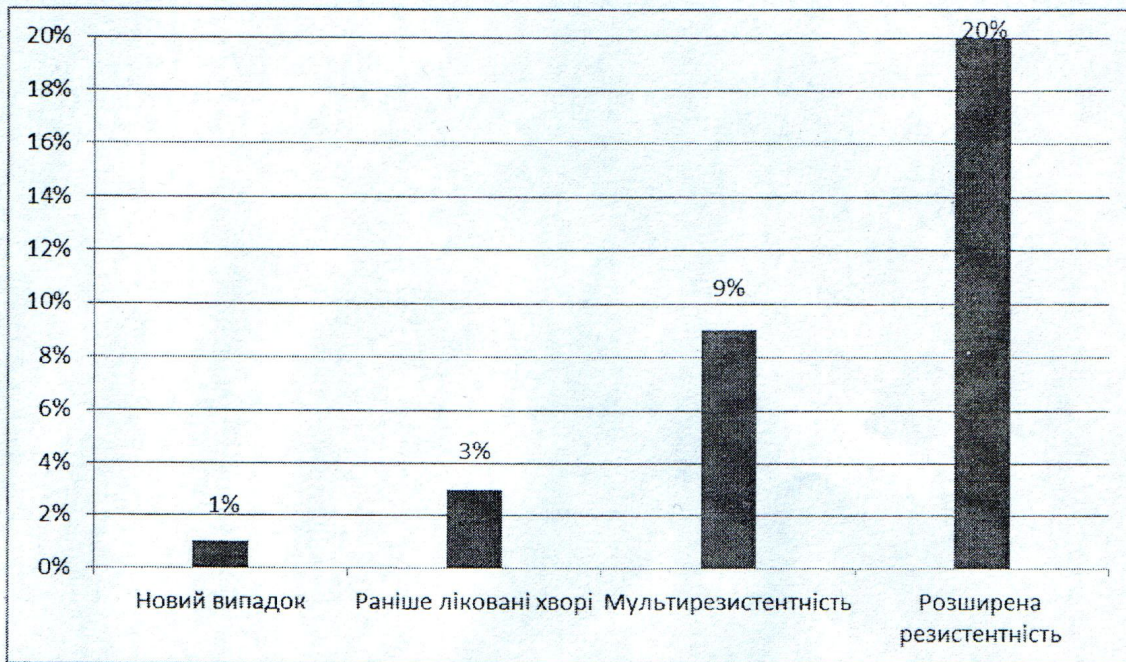


Рис. 2. Потреба в паліативному лікуванні в залежності від категорії хворих.

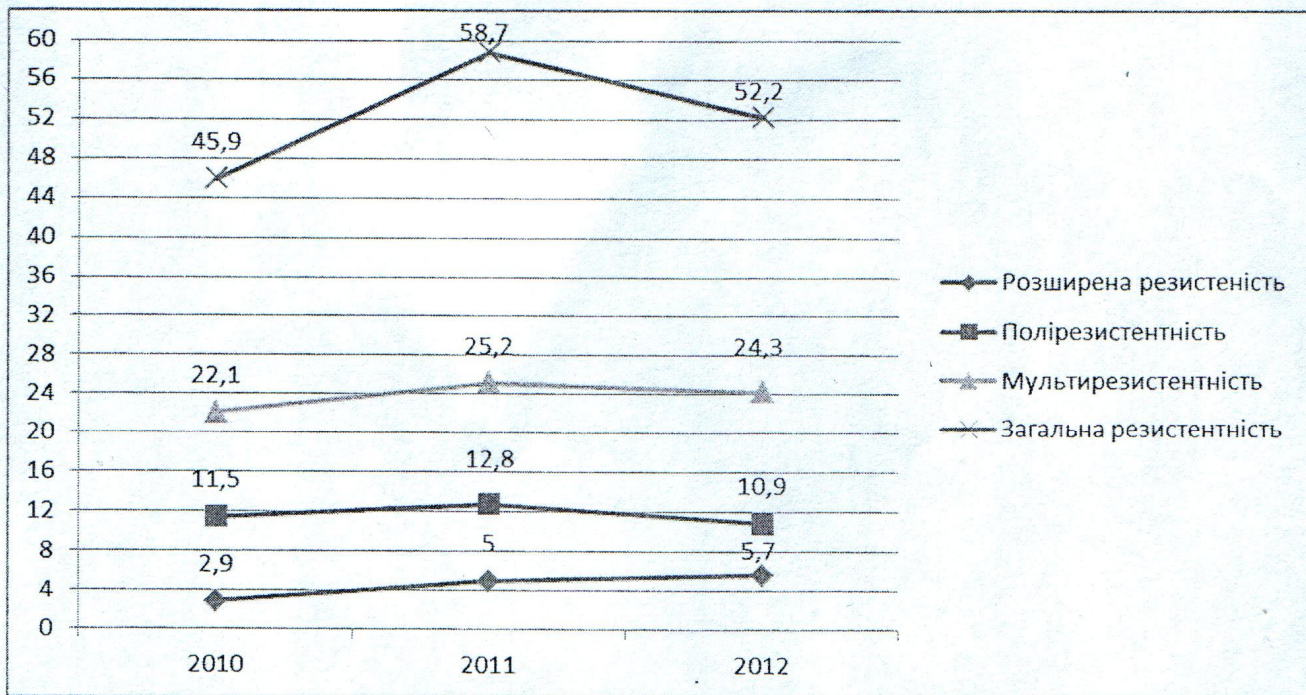


Рис. 3. Резистентність МБТ до АМБП у хворих на ВДТБ (новий випадок) за 2010-2012 роки (у %).

- перший аргумент стосується якості життя хворого (всі препарати мають значні побічні дії) і продовження хіміотерапії, яка не призводить до ефекту, викликає додаткові страждання;

- другий аргумент стосується здоров'я суспільства (подовження хіміотерапії, яка не дає позитивного ефекту, супроводжується формуванням та поширенням суперрезистентного штаму МБТ та передачею його іншим.

в) прийняття рішення про відміну хіміотерапії ЦЛКК ХРТБ надається пацієнту та членам його родини разом з

планом дій на декілька місяців [2].

Матеріали і методи дослідження

Паліативне лікування складається з таких заходів:

- знеболювання та зменшення симптомів захворювання (парацетамол / кофеїн з парацетамолом полегшує біль, зменшує кашель);

- можливе застосування ізоніазиду (незважаючи на резистентність до нього) з метою забезпечення інфекційного контролю;

- лікування дихальної недостатності (включаючи оксигенотерапію);
- харчування (дробне, часто маленькими порціями);
- симптоматичне лікування нудоти;

- продовження прийому патогенетичних препаратів;
- при вираженій депресії (антидепресанти);
- догляд в умовах хоспісу (як виняток вдома при організації інфекційного контролю);

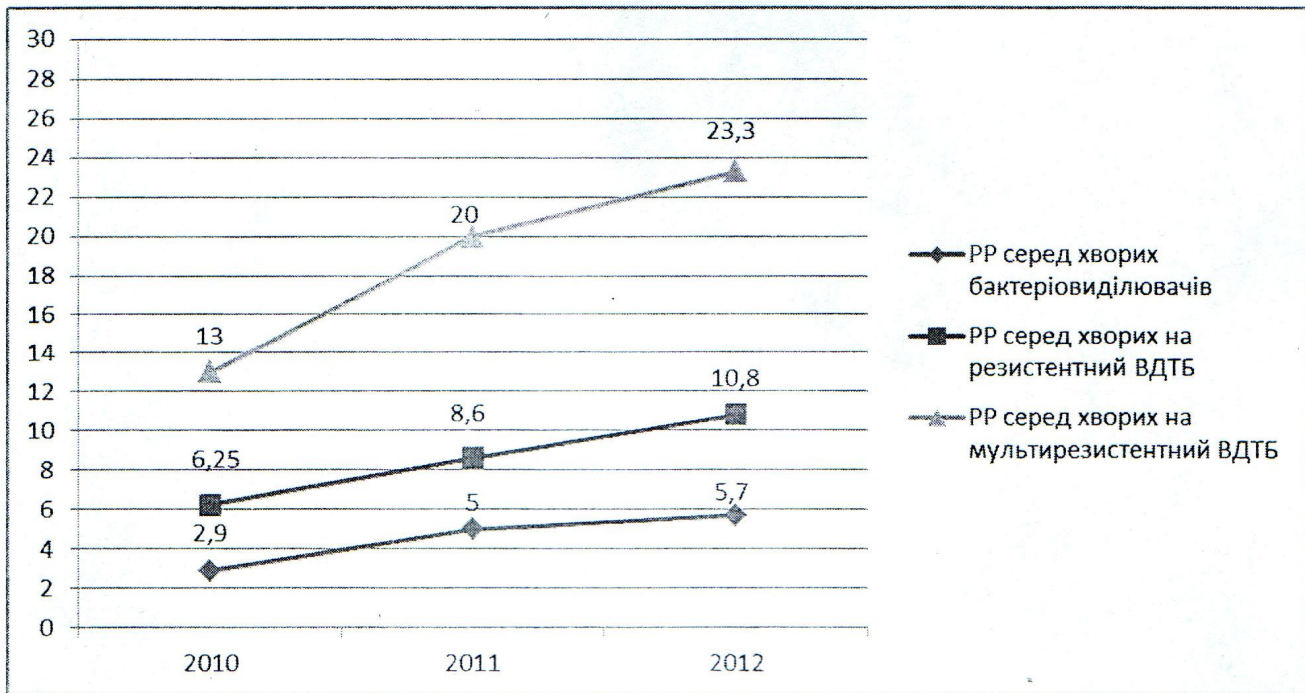


Рис. 4. Розширена резистентність (PP) МБТ до АМБП серед хворих на ВДТБ (новий випадок) за 2010-2012 роки (у %).

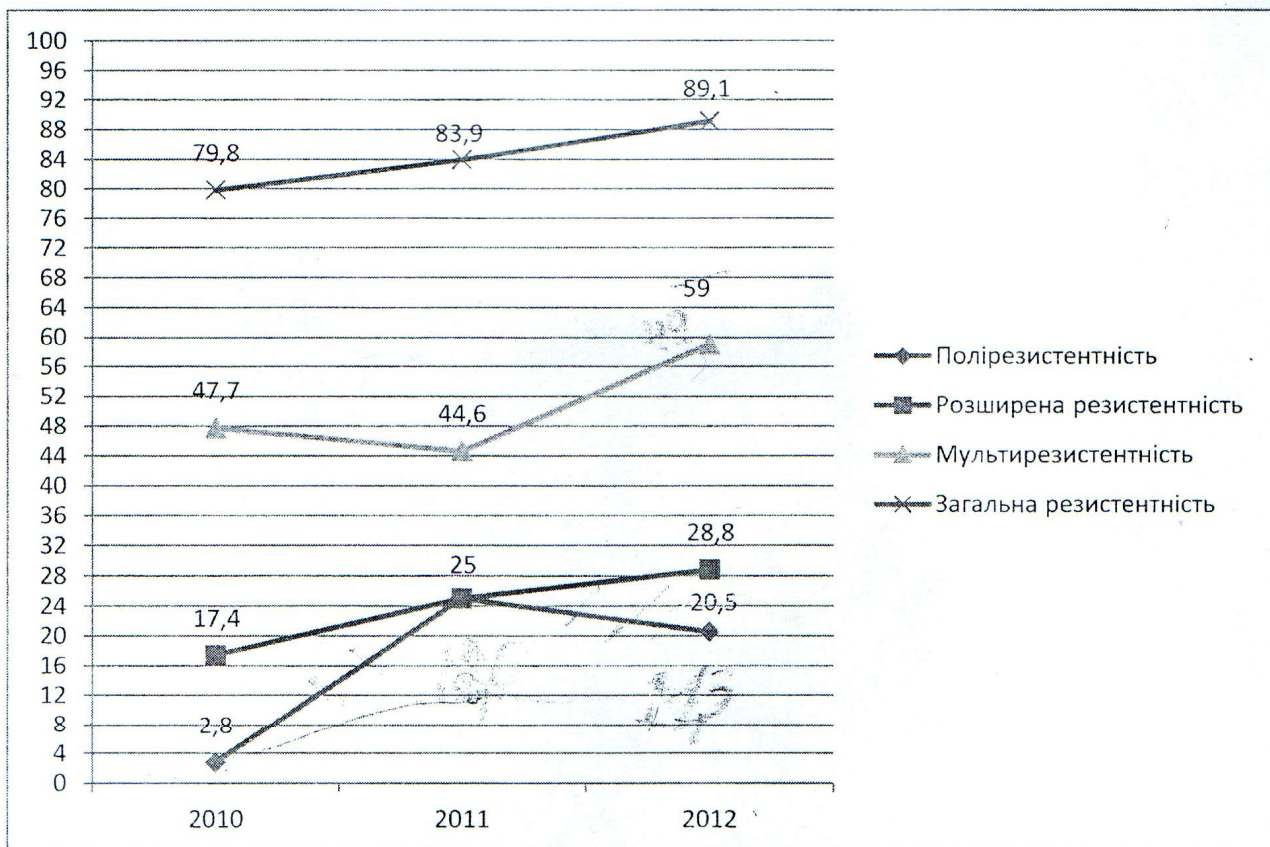


Рис. 5. Резистентність МБТ до АМБП у хворих при повторному лікуванні за 2010-2012 роки (у %).

- догляд, профілактика пролежін, м'язових контрактур, санітарно-гігієнічні заходи;

- інфекційний контроль. Пацієнти залишаються контагіозними протягом усього життя [1-3].

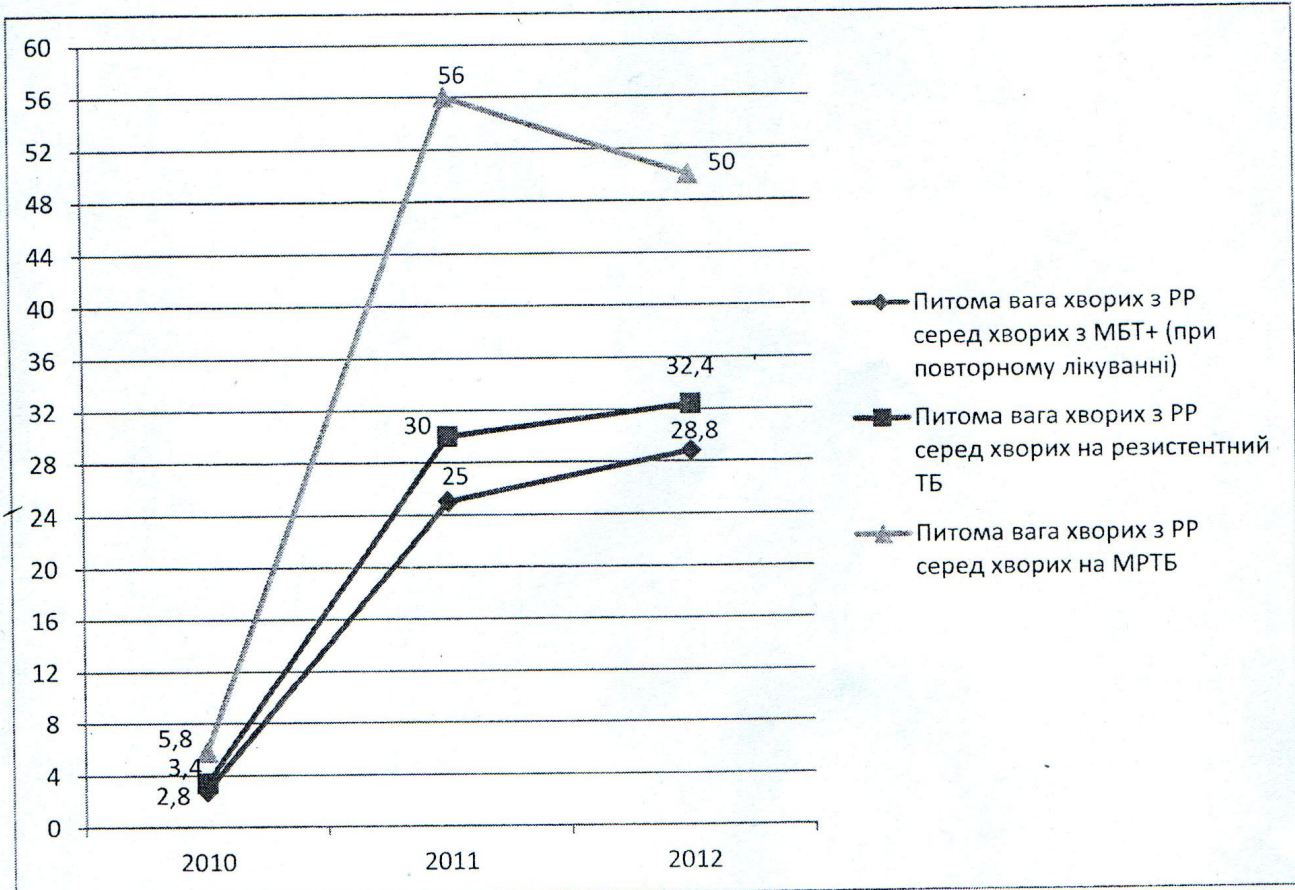


Рис. 6. Розширена резистентність МБТ до АМБП у хворих при повторному лікуванні (у %).

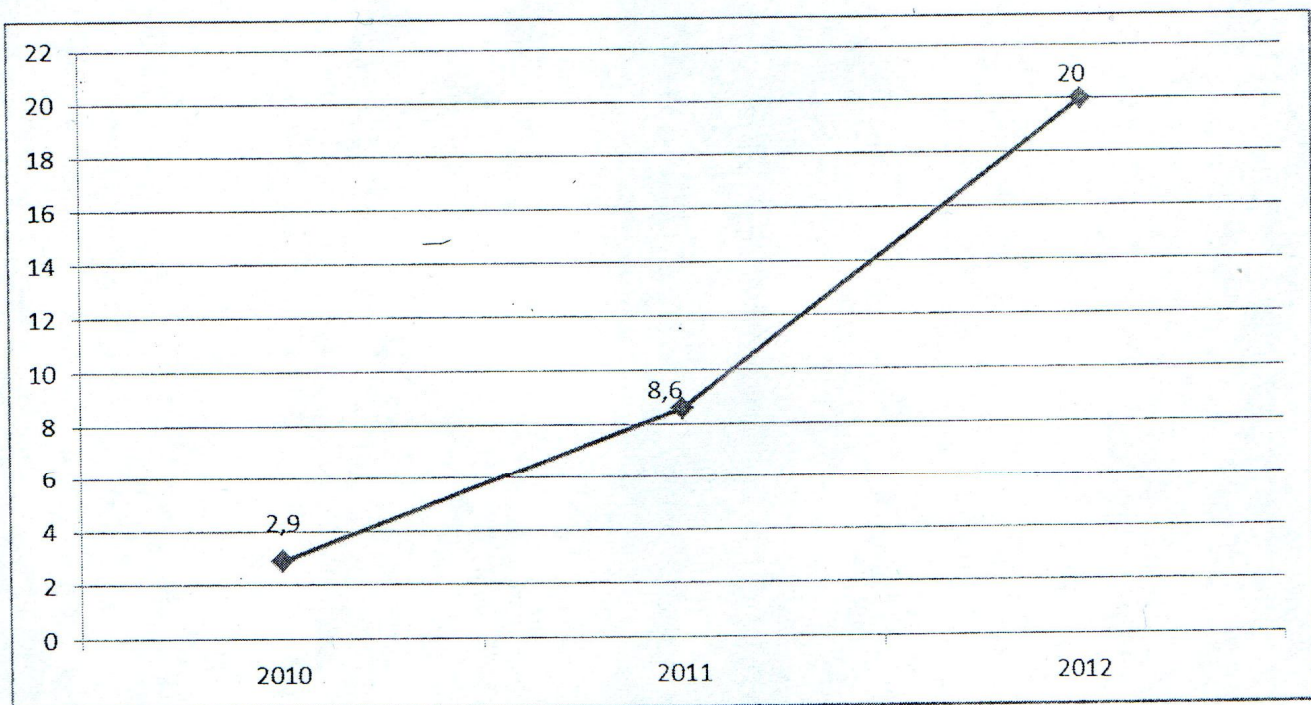


Рис. 7. Розширена резистентність в процесі контролю основного курсу хіміотерапії (у %).

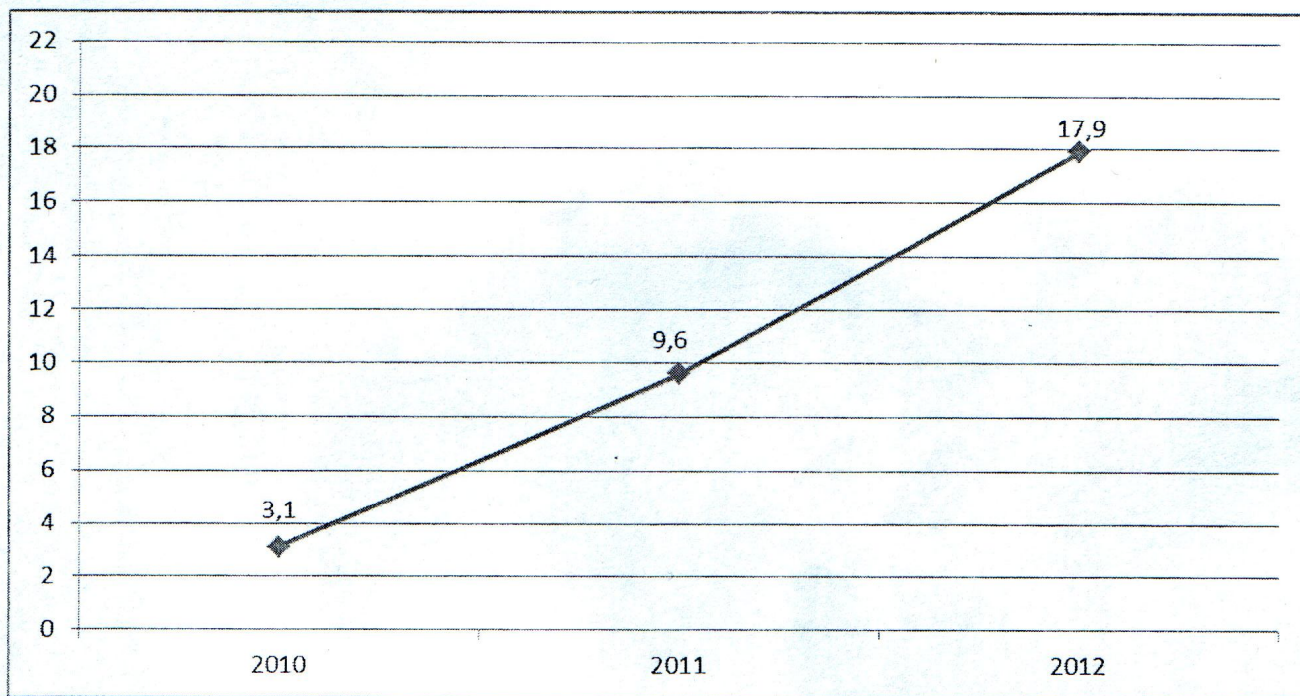


Рис. 8. Розширена резистентність серед МБТ позитивних хворих на ТБ легень (у %).

Результати дослідження та їх обговорення

Основні контингенти хворих на туберкульоз, що мають неефективне лікування (невдачу) та потребують паліативного лікування.

а) Ефективність лікування хворих на туберкульоз (рис. 1).

б) Хворі, що потребують паліативного лікування (рис. 2-8).

Висновки

1. Реаліями сьогодення стає паліативне лікування хворих на туберкульоз.

2. Частота та контингент хворих, що підлягають такому лікуванню ще на етапі вивчення, але показання до такого лікування вже зроблені в Наказі МОЗ від 21.12.2012 р. № 1091.

3. Попередні дані про можливий контингент хворих, що потребують паліативного лікування, вказують на хворих з мультирезистентним туберкульозом, у яких зареєстрована невдача лікування.

4. Особливу стурбованість у плані паліативного лікування складають хворі з розширеною резистентністю МБТ до АМБП, частота яких зросла за останні 3 роки в 5 разів, а ефективність лікування їх залишається вкрай незадовільною.

Література

1. Пульмонологія та фтизіатрія [Текст]: Національний підручник у 2-х т. / За ред. Ю. І. Феценка, В. П. Мельника, І. Г. Ільницького. – Київ, Львів: Атлас, 2011. – 1362 с. – 261 рис. – 147 табл.

2. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги / Наказ МОЗ України № 1091 від 21.12.2012 р. // Київ. – 167 с.

3. Феценко Ю. І., Мельник В. М. Організація лікування хворих на туберкульоз. – К.: Здоров'я, 2009. – 488 с.

Надійшла до редакції 26.04.2013

УДК 616.24-002.5-085:615.015.8

В. П. Мельник, О. В. Панасюк, Т. Г. Хурса, О. О. Петренко, Г. В. Гончарова

ПАЛІАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З НЕВДАЧЕЮ ЛІКУВАННЯ У ВИПАДКУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Ключові слова: паліативне лікування, розширена резистентність

Вивчено частоту і профіль хіміорезистентності серед різних категорій хворих на туберкульоз. Встановлено високий рівень розширеної резистентності МБТ до антимікобактеріальних препаратів, частота якої за останні 3 роки зросла у 5 разів, що викликає занепокоєння у плані паліативного лікування.

В. П. Мельник, А. В. Панасюк, Т. Г. Хурса, А. А. Петренко,
Г. В. Гончарова

**ПАЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕУДАЧЕЙ
ЛЕЧЕНИЯ В СЛУЧАЕ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО
ТУБЕРКУЛЕЗА**

Ключевые слова: палиативное лечение, расширенная резистентность.

Изучено частоту и профиль химиорезистентности среди различных категорий больных туберкулезом. Установлено высокий уровень расширенной резистентности МБТ к антимикобактериальным препаратам, частота которой за последние 3 года возросла в 5 раз, что вызывает обеспокоенность в плане палиативного лечения.

V. P. Melnyk, O. V. Panasyuk, T. G. Khursa, O. O. Petrenko,
H. V. Honcharova

**PALIAITIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH FAILURE
OF TREATMENT IN CASE OF MULTIDRUG RESISTANCE
TUBERCULOSIS**

Key words: paliative treatment, extensively drug resistant.

Frequency and profile of chemoresistant are studied among the different categories of patients by tuberculosis. The of high level of extensively drug resistant of MBT is set to antimycobacterial preparations, frequency of that for the last 3 years grew in 5 times, that causes a disturbance in the plan of paliative treatment.



УДК 616.366-002-036.12-0.36.12-08

**ФІТОЗАСІБ БРОНХИПРЕТ В МЕДИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ БРОНХІТ, СПОЛУЧЕНИЙ З ІНСУЛІНОРЕЗИСТЕНТНІСТЮ**

- А. Л. Лоскутов, аспір. каф. пропедев. внутріш. хвороб
- ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Формування та загострення хронічного бронхіту (ХБ) викликається великою кількістю чинників, насамперед це постійне вдихання забрудненого атмосферного повітря (поллютантами, димом, газами різної природи та хімічного складу); паління, оскільки тютюновий дим знижує природну резистентність слизової оболонки (СО) бронхів до факторів забруднення середовища; повторні епізоди гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ).

Клінічна характеристика ХБ може бути досить різноманітною в залежності від фази загострення захворювання. Більшість хворих на ХБ у фазі загострення патологічного процесу скаржаться на виражену загальну слабкість, нездужання, зниження працездатності, головний біль, що в сукупності характеризується як астеничний, або астено-невротичний синдроми [1]. Синдром взаємного обтяження, що розвивається в різних системах організму, є однією з найбільш складних проблем у медицині. Це, з одного боку, пов'язано з тим, що не завжди в деталях з'ясовані патогенетичні механізми обох захворювань, а з другого боку, різноманітність внутрішніх зв'язків в організмі вкрай утруднює встановлення якості взаємодій різних систем та органів між собою в умовах патології. У більшій мірі розроблені питання взаємозв'язку патологічних процесів, що закономірно розвиваються один за одним у хронологічній послідовності і мають виражену симптоматику та відповідні морфологічні прояви. Значно менше з'ясовано характер зв'язку патологічних процесів, що існують одночасно в різних системах організму,

Проблема лікування хворих на ХБ, що поєднаний з іншими хворобами внутрішніх органів, пов'язана з частим формуванням вторинних імунодефіцитних станів

[2, 3, 4]. Загальноприйняте лікування хворих на ХБ спрямовано на зникнення бронхообструкції, ліквідацію інфекції і загострення запального процесу в бронхах, тому включає застосування антибактеріальних та антигістамінних препаратів, бронхолітиків, антиоксидантів, вітамінів, що позитивно впливають на метаболічні процеси [5,6]. Однак клінічні спостереження показують, що таке лікування не забезпечує нормалізації імунологічних показників у хворих на ХБ, тому в більшості з них зберігається вторинний імунодефіцит, і існує загроза розвитку загострень патологічного процесу. Тому при необхідності вводять детоксикуючі, загальностимулюючі та імуоактивні препарати, фізіотерапевтичні заходи [7,8].

Відомо, що в теперішній час значну увагу в медичній реабілітації хворих з хронічною патологією внутрішніх органів, зокрема бронхолегеневої системи, надають використанню фітотерапевтичних засобів, які мають багатфакторну фармакологічну дію та практично не викликають ускладнень або небажаних побічних ефектів [7-9]. У цьому плані нашу увагу привернув бронхипрет – комбінований засіб рослинного походження, що застосовують при кашлі та застудних захворюваннях [9]. До складу бронхипрету входять плющ звичайний, чабрець звичайний. Настої з листя плюща чинять протизапальну, антисептичну, сечогінну дію [7,9]. Деревина плюща містить у своєму складі сапонозиди – біологічно активні речовини з чітко вираженою спазмолітичною дією та відхаркувальною активністю [7], тому внутрішнє використання препаратів з плюща (настоїв та сиропів) ефективно при наявності кашлю, в тому числі у зв'язку з захворюванням на гострий бронхіт. Трава чебрецю звичайного проявляє високу антибактеріальну та