



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **70712** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61K 31/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2011 13771	(72) Винахідник(и): Осійський Іван Юрійович (UA)
(22) Дата подання заявки: 23.11.2011	(73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА,
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.06.2012	вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.06.2012, Бюл.№ 12	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ РЕБЕР ТА ГРУДИНИ, АСОЦІЙОВАНИМИ З ВТОРИННОЮ НЕСПЕЦИФІЧНОЮ МІКРОФЛОРОЮ

(57) Реферат:

Спосіб лікування хворих з туберкульозом ребер та грудини, асоційованими з вторинною неспецифічною мікрофлорою передбачає призначення хворим стандартної інтенсивної антимікобактеріальної терапії 2 RHSZE*, згідно з чутливістю МБТ, причому після піднаркозного розкриття "холодного" абсцесу, видалення казеозно-некротичних мас та зруйнованих ребер чи грудини, асептичної обробки рани з 0,05 % розчином хлоргексидину біглюконату, в рану засипають суміш стрептоміцину 0,25 г з рифампіцином 0,1 г, а в м'які тканини навколо рани, з 4-5 точок, вводять розчин лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5% - 2,0 мл щоденно протягом 14 діб.

UA 70712 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до фтизіатрії, фтизіохірургії та торакальної хірургії і може бути використана для лікування хворих з туберкульозом ребер та грудини, асоційованими з вторинною неспецифічною мікрофлорою.

5 За даними МОЗ України, в 2010 році серед хворих з туберкульозом, пацієнти з легеневим туберкульозом (ТБЛ) склали 89 %, а пацієнти з позалегеневим туберкульозом (ПТБ) - 11 %. В структурі захворюваності на ПТБ - кістково-суглобовий туберкульоз складає - 18,5 %, серед них туберкульоз ребер складає - 1,3 - 1,5 %, а туберкульоз грудини - 0,7 - 1,0 %. Частіше всього туберкульоз ребер та грудини виникає при тих чи інших формах туберкульозу легень та плеври. Нерідко туберкульозні ураження ребер та грудини виникає в післяопераційному періоді, як

10 наслідок операцій, в зв'язку з туберкульозом легень та плеври. Туберкульозний процес в ребрах та грудині перебігає в двох стадіях - періостальна і остеомієлітична. При періостальній формі виникають вогнища специфічного запалення ребер чи грудини. В подальшому при остеомієлітичній формі виникають вогнища деструкції кісткової

15 тканини з утворенням "холодних" натічників, які частіше всього розкриваються названі, в м'які тканини грудної стінки чи в направленні порожнини грудної клітки під парієтальну плевру. "Холодні" натічники містять в собі казеозні маси з мікобактеріями туберкульозу в звичайних формах, та в формі персистування і зокрема в L-формах. В усіх хворих з туберкульозом ребер та грудини до специфічного процесу завжди приєднується вторинна неспецифічна мікрофлора: грампозитивні та грамнегативні бактерії,

20 кокова мікрофлора, дріжджеподібні грибки, віруси, бластоміцети, синьогнійні палички, кишкова паличка, тощо. Це значно погіршує та обтяжує клінічний перебіг основного процесу, змінює якість життя пацієнтів (Многотомное руководство по туберкулезу. Том 3. М.: Медгиз, 1960, - 563с.). Відомо, що для лікування хворих з туберкульозом ребер і грудини в інтенсивній фазі

25 призначається стандартно: 2 RHSZE* щоденно, а на стадії долікування 3-4 R₃ H₃ E₃ з врахуванням чутливості МБТ до антимікобактеріальних препаратів. При виникненні "холодних" натічників проводиться їх хірургічне лікування: піднаркозне розкриття "холодних" абсцесів, видалення казеозних та некротичних мас, видалення зруйнованої кісткової тканини ребер чи грудини з подальшим лікуванням рани відкритим способом з використанням

30 антимікобактеріальних препаратів згідно з чутливістю МБТ. Так як в усіх хворих до специфічного процесу приєднується неспецифічна мікрофлора, то ефективність лікування таких пацієнтів дуже низька. В основу корисної моделі "Спосіб лікування хворих з туберкульозом ребер та грудини, асоційованим з вторинною неспецифічною мікрофлорою" поставлено задачу скоротити строки лікування хворих, покращити ефективність лікування, скоротити термін стаціонарного етапу лікування, покращити якість життя таких пацієнтів.

35 Поставлена задача вирішується таким чином, що на тлі призначеної хворим стандартної антимікобактеріальної терапії - 2 RHSZE*, після піднаркозного розкриття "холодного" абсцесу, видалення казеозно - некротичних мас та зруйнованих ребер чи грудини, асептичної обробки рани з 0,05 % розчином хлоргексидину біглюконату, в рану засипають суміш стрептоміцину 0,25 г з рифампіцином 0,1 г, а в м'які тканини навколо рани з 4 - 5 точок, вводять розчин лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5% - 2,0 мл, щоденно протягом 14 діб.

40 Лінкоміцину гідрохлорид - антибіотик широкого спектра дії із групи лінкозамідів. Він має антимікобактеріальну дію на грампозитивні мікроорганізми, стрептококи, пневмококи, дифтерійну паличку, деякі анаероби, правця, мікоплазму, синьогнійну паличку, кишкову паличку. На грамнегативні бактерії, грибки, віруси - лінкоміцин не діє. Резистентність мікроорганізмів до лінкоміцину розвивається дуже повільно. Внаслідок того, що лінкоміцин накопичується в кістковій тканині, то він являється одним із основних при лікуванні гострих та

45 хронічних неспецифічних остеомієлітів. Разова доза лінкоміцину гідрохлориду 0,6 г : 30 % - 2,0 мл. Тривалість лікування 12 - 14 діб / Машковский М. Д. Лекарственные средства. Т. 2. - Медицина, 1999. - 528 с./.

Гідрокортизону ацетат 2,5 % - 2,0 мл має сильну протизапальну дію та прискорює проникнення препаратів в зони ураження.

Спосіб здійснюється таким чином:

55 Під загальним внутрішньовенним комбінованим наркозом проводять розкриття "холодного" натічника. Рану очищають від казеозно-некротичних мас, обробляють стінки антисептиками. Піднатіснично видаляють фрагменти зруйнованих ребер чи грудини. Рану промивають 0,5 % розчином хлоргексидину біглюконату та засипають порошком суміші стрептоміцину 0,25 г з рифампіцином 0,1 г. В м'які тканини навколо рани, з 4 - 5 точок, вводять розчин лінкоміцину

60 гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5 % - 2,0 мл. Рану лікують відкритим способом.

Такі перев'язки проводять щоденно протягом 14-15 днів. Через два тижні загальний стан хворого значно покращується, нормалізується температура тіла, зникає больовий синдром, виділень із рани немає, рана підсихає, покривається грануляційною тканиною, мікрофлора із рани не висівається. Хворий переводиться в денний стаціонар чи на амбулаторне контрольоване лікування (АКЛ).

Такий спосіб лікування хворих з туберкульозом ребер та грудини асоційованими з вторинною неспецифічною мікрофлорою проводиться в фтизіохірургічному торакальному відділенні Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру з 1990 року і його використано з хорошими безпосередніми та віддаленими результатами у 12 хворих з туберкульозом ребер та 6 - з туберкульозом грудини, асоційованими з вторинною неспецифічною мікрофлорою. У 11 пацієнтів туберкульоз ребер та грудини виник через 2-5 років після оперативних втручань з приводу туберкульозу легень та плеври. У 7 чоловік туберкульоз ребер та грудини виник паралельно з легеневим туберкульозом.

Приклади:

1. Хворий Б-ко І. К., 62 років, інвалід І групи по туберкульозу з 1980 р., історія хвороби № 768. Лікувався в фтизіохірургічному відділенні з 06.02.2011 р. по 07.03.2011 р. Виявлений в 1978 р. з дисемінованим туберкульозом легень в фазі розпаду, МБТ +. Лікувався стаціонарно. В 1980 р. у хворого виник правобічний відкритий спонтанний пневмоторакс з гострою змішаною емпіємою плеври, в зв'язку з чим була виконана операція - правостороння плевропневмонектомія. В післяопераційному періоді виникло загострення емпієми плеври з приводу чого в 1981, 1982, 1984 рр. були виконані багатоетапні торакопластики та повторне зашивання кукси бронха. Загальний стан хворого став задовільним, регулярно лікувався антимікобактеріальними препаратами стаціонарно і амбулаторно. В січні 2011 р. виникли болі в ділянці грудини та "холодний" абсцес. Хворому призначено 2 РНКЕ. Після обстеження, 12.02.2011 р. хворому під внутрішньовенним комбінованим наркозом виконано розтин "холодного" абсцесу в ділянці тіла грудини, видалено казеозно-некротичні маси. Піднаткіснично видалено зруйноване тіло грудини до внутрішньої пластинки. Асептична обробка рани, промивання рани 0,05 % розчином хлоргексидину. Рана припудрена порошком стрептоміцину 0,25 г. з рифампіцином 0,1 г. В м'які тканини навколо рани, з 4 точок, введено розчин лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5 % - 2,0 мл. Із вмісту абсцесу висіяно МБТ чутливі до антимікобактеріальних препаратів II-го ряду, а також патогенний стафілокок та синьогнійні палички чутливі до лінкоміцину. Лікування рани велось відкритим способом. Щоденно проводились перев'язки з обробкою рани антисептиками та 0,05 % розчином хлоргексидину. В рану засипали порошок стрептоміцину 0,25 г з рифампіцином 0,1 г. В м'які тканини навколо рани, з 4-5 точок, вводили розчин лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5 % - 2,0 мл. Через 14 днів загальний стан пацієнта значно покращився, нормалізувалась температура тіла, зникли болі, рана очистилась від некротичних мас, покритлась грануляціями. Мікрофлора із рани не висівалась. Через місяць рана загоїлась. 07.03.2011 р. пацієнта виписали в хорошому стані. Через 6 місяців стан хороший, продовжує АКЛ лікування.

2. Хвора К-о З. Г., 47 років, історія хвороби № 1026, інвалід II-го групи по туберкульозу з 2003 р. Лікувалась в торакальному відділенні з 15.05.2005 по 20.06.2005 р. Виявлена в 2003 р. з дисемінованим туберкульозом легень в фазі розпаду, МБТ+, чутливі до антимікобактеріальних препаратів I-II ряду. Лікувалась регулярно стаціонарно і амбулаторно. 10.03.2003 р. перенесла операцію - правобічну нефректоманію в зв'язку з деструктивним туберкульозом нирки. В квітні 2005 р. діагностовано туберкульозний остеомієліт передніх відрізків 6-го та 7-го ребер справа з "холодним" натічком в м'яких тканинах нижче правої молочної залози. Призначена антимікобактеріальна терапія - 2 RHSZ. Після обстеження 20.05.2005 р. хворий, під внутрішньовенним комбінованим наркозом, проведено розтин абсцесу, видалено до 120 мл казеозно-некротичних мас, піднаткіснично видалено фрагменти зруйнованих передніх відрізків 6-го та 7-го ребер протягом 10 см. Асептична обробка рани, промивання рани 0,05 % розчином хлоргексидину. Рана припудрена порошком стрептоміцину 0,25 г. з рифампіцином 0,1 г. В м'які тканини навколо рани, з 4 точок, введено розчин лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5 % - 2,0 мл. Із вмісту абсцесу висіяно МБТ чутливі до антимікобактеріальних препаратів I та II ряду, а також грампозитивні палички, стрептококи та стафілококи, чутливі до лінкоміцину. Лікування рани велось відкритим способом. Щоденно проводились перев'язки з обробкою рани антисептиками, 0,05 % розчином хлоргексидину. В рану засипали порошок стрептоміцину 0,25 г з рифампіцином 0,1 г. В м'які тканини навколо рани, з 4-5 точок, вводили розчин лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5 % - 2,0 мл. Через 14 днів загальний стан пацієнтки значно покращився, нормалізувалась температура тіла, зникли болі,

рана очистилась від некротичних мас, покрилась грануляціями. Мікрофлора із рани не висівалась. Через місяць рана загоїлась. 20.06.2005 р. пацієнта виписали в хорошому стані на подальше АКЛ. Через 6 років - стан хороший, регулярно проводить АКЛ.

5 Таким чином, запропонована корисна модель "Спосіб лікування хворих з туберкульозом ребер та груднини, асоційованими з вторинною неспецифічною мікрофлорою" після розкриття "холодного" натічника, завдяки використанню для лікування вторинної неспецифічної мікрофлори лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5 % - 2,0 мл, шляхом введення його в м'які тканини навколо рани, з 4-5 точок, та введення в рану суміші порошку стрептоміцину 0,25 г з рифампіцином 0,1 г протягом 14-15 діб дає можливість знищення 10 вторинної неспецифічної мікрофлори та загоєння рани. Це пришвидшує покращення клінічного стану хворих, скорочує термін стаціонарного лікування, прискорює виліковування специфічного туберкульозного процесу ребер чи груднини, покращує якість життя пацієнтів.

15 Такий спосіб лікування туберкульозу ребер та груднини асоційованими з неспецифічною вторинною мікрофлорою може бути використаний в усіх торакальних фтизіохірургічних відділеннях. Він дає великий економічний та соціально-моральний сукупний ефект, крім того, він має значний позитивний вплив на епідеміологію туберкульозу в країні.

2 RHSZE* - два місяці: рифампіцин, ізоніазид, стрептоміцин, піразинамід, етамбутол - щоденно, в звичайних терапевтичних дозах.

20 3 - 4 R₃ H₃ E₃* - три - чотири місяці: рифампіцин, ізоніазид, етамбутол - через день, в звичайних терапевтичних дозах (три рази на тиждень).

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

25 Спосіб лікування хворих з туберкульозом ребер та груднини, асоційованими з вторинною неспецифічною мікрофлорою, що передбачає призначення хворим стандартної інтенсивної антимікобактеріальної терапії 2 RHSZE*, згідно з чутливістю МБТ, який **відрізняється** тим, що після піднаркозного розкриття "холодного" абсцесу, видалення казеозно-некротичних мас та зруйнованих ребер чи груднини, асептичної обробки рани з 0,05 % розчином хлоргексидину біглюконату, в рану засипають суміш стрептоміцину 0,25 г з рифампіцином 0,1 г, а в м'які 30 тканини навколо рани, з 4-5 точок, вводять розчин лінкоміцину гідрохлориду 30 % - 2,0 мл з гідрокортизоном 2,5 % - 2,0 мл щоденно протягом 14 діб.

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601