



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66963 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61K 31/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЛЕГЕНЕВОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ З НЕСПЕЦИФІЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ В ЛЕГЕНЯХ

1

2

(21) u201108372
(22) 04.07.2011
(24) 25.01.2012
(46) 25.01.2012, Бюл.№ 2, 2012 р.
(72) ОСІЙСЬКИЙ ІВАН ЮРІЙОВИЧ
(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА
(57) Спосіб диференційної діагностики легеневого
туберкульозу з неспецифічними процесами в ле-

генах, що передбачає бактеріоскопічне та бактеріологічне дослідження харкотиння на МБТ, посів його на вторинну мікрофлору та грибки, ФБС з БАЛЖ та цитологічним дослідженням матеріалу, який **відрізняється** тим, що хворому з перших днів призначають пробну двомісячну антимікобактеріальну терапію, рифампіцин, ізоніазид, стрептоміцин в звичайних терапевтичних дозах / 2 R H S/.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до фтизіатрії, пульмонології, сімейної медицини, і може бути використана як метод диференційної діагностики специфічних та неспецифічних уражень легень.

Лікарям фтизіатрам, пульмонологам, онкологам, сімейним та загальної практики, постійно, в поліклініках та стаціонарах доводиться проводити диференційну діагностику між неспецифічними та специфічними ураженнями легень вогнищового, інфільтративного та дисемінованого характеру з використанням лабораторних, мікробіологічних, цитологічних, рентгенологічних, інструментальних та інших методів обстежень. Такі обстеження пацієнтів, до з'ясування етіології процесу в легенях іноді займають 30-60 днів, що може призвести до прогресування специфічного процесу та впливу на ефективність лікування. /Сучасні методи діагностики, лікування і профілактики туберкульозу. Фещенко Ю. І., Мельник В. М. - Київ.: Здоров'я, 2002. - 904 с; Management of Tuberculosis. - IUATLD; Paris, France. 2000. - 90 р./найближчий аналог/.

Відомо, що для виявлення МБТ (мікробактерій туберкульозу) при бактеріоскопічному дослідженні мазків, необхідно, щоб в 1 мл виділень було не менше 100 000 мікробних клітин. Однак, така кількість мікробних клітин в виділеннях є тільки у пацієнтів з масивним бактеріовиділенням, які складають 40-45 % серед хворих з легневим туберкульозом.

В основу корисної моделі "Спосіб диференційної діагностики легеневого туберкульозу з неспецифічними процесами в легенях" поставлена задача шляхом призначення хворим протягом двох місяців рифампіцину, ізоніазиду, стрептоміцину /2

R H S/ в звичайних терапевтичних дозах, з врахуванням ваги тіла вилікувати неспецифічні запальні процеси в легенях протягом 3-4 тижнів, і не втратити час, якщо у пацієнта виявиться специфічний туберкульозний процес, то він в подальшому буде лікуватись стандартною інтенсивною антимікобактеріальною терапією (2 RHSZE). Якщо у хворого буде діагностовано онкопроцес, то він буде продовжувати лікування в спеціалізованій клініці.

Це досягається способом, який передбачає продовження пошуків МБТ бактеріоскопічними методами, вторинної мікрофлори та грибків, цитологічне дослідження на атипіві клітини тощо, з обов'язковим призначенням хворим з перших днів рифампіцину, ізоніазиду, стрептоміцину (2 RHS), в звичайних терапевтичних дозах з врахуванням ваги тіла пацієнтів. Вся добова доза препаратів призначається як правило, однократно. Враховується те, що:

Рифампіцин (R) - антибіотик широкого спектра дії, діє на МБТ, стафілококи, стрептококи, пневмококи, кишкову паличку, сальмонели, леґіонели, хламідії, тощо.

Ізоніазид (H) - похідний гідразиду ізонікотинової кислоти, діє виключно на МБТ.

Стрептоміцину сульфат (S) - антибіотик широкого спектра дії. Він діє на МБТ, стафілококи, кишкову паличку, пневмококи, сальмонели тощо. /Лекарственные средства. Часть 2. Машковский М. Д. - М.: Медицина, - 1990. - 528 с./.

Спосіб здійснюється таким чином:

Хворим з запальними процесами в легенях, яким не вдається підтвердити етіологічний діагноз в перші 7-10 днів, призначають 2 R H S згідно ваги тіла, щоденно, як правило однократно. Наряду з

(19) UA (11) 66963 (13) U

цим продовжують активний пошук мікробних збудників, атипичних клітин у виділеннях, отриманих звичайними способами, а також з допомогою ФБС з БАЛЖ (фібробронхоскопії з бронхоальвеолярним лаважем).

Якщо у пацієнта виявиться неспецифічний запальний процес в легенях, то вже через 7-10 днів покращиться самопочуття, нормалізується температура тіла, зникнуть симптоми інтоксикації, а з 10 доби зникнуть симптоми бронхо-плеврального легеневого синдрому. Через 25-30 днів на рентгенограмах органів грудної клітки буде значне покращення чи виліковування запального процесу в легенях.

Якщо у хворого виявиться специфічний туберкульозний процес в легенях, то на тлі такої терапії продовжується синдром туберкульозної інтоксикації та бронхо-плеврально-легеневий синдром. При рентгенологічному обстеженні органів грудної клітки через 30-40 днів позитивної динаміки патологічного процесу в легенях немає. Призначивши таку терапію, продовжується прогресування специфічного туберкульозного процесу та його розпаду, а у деяких пацієнтів етіологічний діагноз підтверджується знаходженням МБТ.

Такий спосіб диференційної діагностики легеневого туберкульозу з неспецифічними процесами в легенях проводиться в Вінницькому обласному клінічному протитуберкульозному диспансері з 1990 року і його використано з хорошими результатами 230 хворих.

Приклади:

1. Хворий К-о І. А., 75 років, пенсіонер, історія хвороби № 448, був прийнятий у клініку 18.03.2011 р. з діагнозом: Двобічна полісегментарна пневмонія. Підгострий дисемінований туберкульоз легень в фазі інфільтрації? МБТ - хворіє протягом 10 днів, хворобу пов'язує з переохолодженням. В аналізах крові: Нв - 110 г/л, Е - 3,2 Т/л, Л - 7,2 Г/л, ШОЕ -30 мм/год. Багаторазова бактеріоскопія харкотиння - МБТ не виявлено. Рентгенологічно органів грудної клітки і томографія легень на глибині 7-9-11 см: в верхніх частках обох легень великовогнищеві, м'які затемнення, місцями зливного характеру без деструктивних змін. Корені структурні, тяжисті. Куполи діафрагми чіткі, рівні. Серце - без змін.

Хворому призначено: 2 RHS - згідно з вагою тіла, рифаміцину - 0,6 г, ізоніазиду - 0,6, стрептоміцину - 0,75 г та симптоматичну, патогенетичну терапію.

25.03.2011 р. ФБС з БАЛЖ - катаральний ендобронхіт курця. В змивах МБТ атипичних клітин не знайдено.

10.05.2011 р. в посівах харкотиння, взятих при прийнятті та при ФБС - виросли поодинокі МБТ, чутливі до антимікобактеріальних препаратів I та II ряду. Діагноз туберкульозу підтверджено та призначено продовжувати протягом чотирьох місяців таку антимікобактеріальну терапію через день: 4 R₃ H₃ E₃ Z₃.

2. Хворий К-а В. Ф., 58 років, пенсіонер, історія хвороби № 558, був прийнятий у клініку 13.04.2011 р. з діагнозом: інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені, МБТ - хворіє протягом 10 днів, хворобу пов'язує з переохолодженням. В

аналізах крові: Нв - 114 Г/л, Е - 3,6 Т/л, Л - 7,9 г/л, ШОЕ -32 мм/год. Багаторазова бактеріоскопія харкотиння - МБТ - не виявлено. Із харкотиння висіваються стрепто- та стафілококи - чутливі до пеніциліну, аміноглікозидів, фторхінолонів.

На рентгенограмі ОГК та томограмі правої легені на глибині 6-7-8-9 см: в верхній частці правої легені хмароподібний інфільтрат з декількома просвітленнями. В лівій легені - без змін. Корені легень структурні, нормальних розмірів.

Хворому призначено: 2 RHS, рифаміцину - 0,9 г, ізоніазиду - 0,6 г, стрептоміцину - 0,75 г та симптоматичне лікування.

15.05.2011 р. ФБС з БАЛЖ - катаральний ендобронхіт курця. В змивах МБТ атипичних клітин не виявлено.

Через 2 тижні лікування стан хворого покращився, симптоми інтоксикації та бронхо-плеврального легеневого синдрому зникли.

14. 05.2011 р. при рентгенологічному обстеженні змін в легенях не виявлено. 16.05.2011 р. в зв'язку з одужанням пацієнт виписаний під наглядом сімейного лікаря.

3. Хворий С-й В. В. 47 років, пенсіонер, історія хвороби № 581, був прийнятий у клініку 12.04.2011 р. з діагнозом: інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені в фазі розпаду, МБТ - хворіє протягом 2 тижнів, хворобу пов'язує з переохолодженням, після чого з'явився кашель, кровохаркання. Лікувався амбулаторно. В аналізах крові: Нв - 110 Г/л, Е - 3,6 Т/л, Л - 9,0 Г/л, ШОЕ - 56 мм/год. 12.04.2011 р. рентгенограма ОГК та ТГ - правої легені на глибині 7-9-11 см: справа в верхній частці хмароподібне інфільтративне затемнення займає всю частку (лобіт), з декількома зонами просвітлення. В лівій легені змін немає. Корені легень структурні. Корінь правої легені розширений. Куполи діафрагми чіткі, рівні. Синуси - вільні.

Хворому призначено лікування: 2 RHS, рифаміцину - 0,6 г, ізоніазиду - 0,6 г, стрептоміцину - 0,75 г та симптоматична терапія.

21.04.2011 р. ФБС з БАЛЖ - катаральний ендобронхіт слизової верхньочасткового бронха справа. В змивах - МБТ, атипичних клітин - не виявлено. В процесі лікування стан хворого значно покращився, симптоми інтоксикації та бронхо-плеврально-легеневий синдрому зникли.

10. 05.2011 р. при рентгенологічному обстеженні виявлено зміни ідентичні з змінами від 12.04.2011 р. при поступленні.

10.05.2011 р. повторна ФБС з БАЛЖ: зміни слизової ідентичні від 21.04.2011 р. В змивах МБТ не знайдено, але виявлено клітини схожі з атипичними.

10.05.2011 р. консультація торакального онкохірурга: у хворого центральний рак верхньої частки правої легені T₂ N₁ M₀ і пацієнт переведений на подальше лікування в онкологічну клініку.

Таким чином, запропонована корисна модель "Спосіб диференційної діагностики легеневого туберкульозу з неспецифічними процесами в легенях" завдяки призначенню протягом двох місяців рифампіцину, ізоніазиду та стрептоміцину (2 R H S) в звичайних терапевтичних дозах у хворих з нез'ясованими етіологічно-вогнищевими, інфільт-

ративними, дисемінованими змінами в легенях дозволяє вилікувати неспецифічні запальні процеси протягом 20-30 діб. У хворих з туберкульозними процесами в легенях за цей період підтверджується специфічне ураження легень, попереджується розпад легеневої тканини та прогресування туберкульозу. За цей період, як правило, виявляють в виділеннях бактеріоскопічно чи бактеріологічно МБТ, та призначають продовження стандартного інтенсивного етапу антимікобактеріальної терапії згідно з категорією диспансерного обліку пацієнтів. Хворі з пухлинними процесами в легенях будуть своєчасно направлені на продовження лікування в спеціалізованих медичних закладах. Такий спосіб покращує якість життя пацієнтів, термін перебування їх в стаціонарах, скорочує тривалість додіа-

гностичного періоду, впливає на ефективність лікування легеневого туберкульозу. Такий спосіб може використовуватись, згідно з рекомендаціями ВООЗ та міжнародним протитуберкульозним союзом, лікарями як в поліклінічних, амбулаторних, так і в стаціонарних медичних закладах. Використання такого способу дає великий економічний та соціально-моральний сукупний ефект, крім того, має значний вплив на епідеміологію туберкульозу в країні.

R - рифампіцин
H - ізоніазид
S - стрептоміцин
Z - піразинамід
E - етамбутол.