

Винахід відноситься до медицини, зокрема, до пульмонології, і може застосовуватись при лікуванні хронічного гнійного бронхіту в фазі загострення.

Для лікування хронічного гнійного бронхіту застосовують антибактеріальні, нестероїдні протизапальні, відхаркувальні, бронхолітичні та імунокорегуючі препарати. Проте їхнє застосування не завжди приносить успіх, що пов'язане з резистентністю мікроорганізмів до них, погіршенням проникливості гістогематичного бар'єру легенів при постійному рецидивуючому перебігу захворювання в зв'язку з формуванням навколо вогнища зони пневмосклерозу та облітерації мікроциркуляторного русла, а також виникненням побічних ефектів.

Загальновідомо, що ефективність антибактеріального лікування загострень хронічного гнійного бронхіту залежить від концентрації препарату в вогнищі запалення, тобто в стінці та просвіті бронхів. Підвищену концентрацію препарату можна створити збільшенням дози препарату, що вводиться перорально чи парентерально, або підведенням його до вогнища запалення. Перший шлях пов'язаний з ризиком виникнення побічних ефектів, тому при лікуванні хронічного гнійного бронхіту перевагу віддають місцевому застосуванню протимікробних препаратів: ендобронхіальні санації, аерозоль терапія.

Найближчим до запропонованого є спосіб лікування хронічного гнійного бронхіту, який полягає в тому, що хворим на фоні комплексного лікування бронхолітичними, відхаркувальними, нестероїдними протизапальними препаратами проводять ендобронхіальні санації розчином фурациліну в розведенні 1:5000,0 3-9 бронхоскопій на курс лікування в залежності від ступеня активності запального процесу, а також інгаляції цього розчину в дозі

5 мл в дні, вільні від бронхоскопій (Н.Е.Черняхов-ская. Деформирующий бронхит. - М, 1995. – 26 с.

Недоліки відомого способу - недостатня ефективність, побічні дії.

В основу винаходу поставлене завдання створити такий спосіб лікування хронічного гнійного бронхіту, який забезпечує скорочення терміну лікування без побічних дій, продовження фази ремісії. Це досягається завдяки проведенню санаційних бронхоскопій і інгаляцій розчином декаметоксину 0,02% на фоні комплексного лікування бронхолітичними, відхаркувальними, нестероїдними протизапальними препаратами.

Спосіб здійснюється наступним чином. Хворим на хронічний гнійний бронхіт на фоні комплексного лікування, що включає бронхолітичні, відхаркувальні, нестероїдні протизапальні препарати, проводять ендобронхіальні санації 0,02% розчином декаметоксину за допомогою лікувальних бронхоскопій 2-3 рази на тиждень, а в дні вільні від бронхоскопій - ультразвукової інгаляції цього розчину. Кількість ендобронхіальних санацій 0,02% розчином декаметоксину та ультразвукових інгаляцій залежить від ступеня активності запального процесу: при хронічному гнійному бронхіті III ступеню активності проводять 7-9 бронхоскопій та 6-8 інгаляцій, на одну лікувальну бронхоскопію використовують 80-140 мл 0,02% розчину декаметоксину; при II ступені активності - 3-6 бронхоскопій та 7-8 інгаляцій, використовують 80-120 мл розчину; хворим I ступеня активності хронічного гнійного бронхіту проводять 1-3 санації, 3-5 інгаляцій, використовують 60-80 мл розчину мл розчину. На кожну інгаляцію використовують 5 мл розчину.

Декаметоксин (1,10-декаметилен-біс /N-діме- тилментоксікарбоніметил/ амонія діхлорид) - новий антисептик з високою антимікробною дією, активний у відношенні грампозитивних, грамнегативних і спорових мікроорганізмів. Механізм дії препарату пов'язаний з порушенням обмінних процесів в цитоплазмі мікробної клітини, в збільшенні проникливості клітинних мембран бактерій, що підвищує чутливість їх до антибіотиків. Декаметоксин в терапевтичних дозах не пригнічує імунну реактивність, стимулює фагоцитарну активність лейкоцитів та утворення лейкоцитів. Його з успіхом використовують для лікування бактеріальних та грибкових інфекцій шкіри, хронічного тонзиліту та ін.

Контроль лікування здійснювали на основі динаміки клінічних проявів хвороби, ендоскопічної картини, даних мікробіологічного дослідження та клітинного складу рідини бронхоальвеолярного лаважу. Клінічна апробація запропонованого способу проведена на 68 хворих на хронічний гнійний бронхіт в фазі загострення, контрольна група складала 34 особи, репрезентативних за віком, статтю і клінічним перебігом хронічного гнійного бронхіту, яким включали в комплексне лікування ендобронхіальні санації розчином фурациліну 1:5000,0 та його ультразвукової інгаляції.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що у 57 хворих першої групи (86,7%) вдалось досягти повного припинення кашлю з виділенням гнійного харкотиння, серед пацієнтів контрольної групи таких результатів досягнули у 21 особи (61,8%). На фоні лікування задишка зникла у 32 хворих (47,0%) першої групи, клінічні прояви загострення хронічного гнійного бронхіту зникли на 4-5 днів раніше, ніж у хворих контрольної групи. Фібробронхоскопічне дослідження підтвердило покращення ендоскопічної картини у хворих першої групи на 2-4 санації раніше ніж у хворих контрольної групи. Цитограма рідини бронхо-альвеолярного лаважу після лікування у хворих першої групи виявила нормалізацію клітинного складу, серед пацієнтів контрольної групи ці показники лише наближались до нормальних. Мікробіологічне дослідження рідини бронхо-альвеолярного лаважу виявило позитивні мікробіологічні аміни бронхіального вмісту у хворих першої групи, серед яких у 19 чоловік (30,2%) не було зростання на протязі перших 48 годин інкубації мікроорганізмів, тоді як у хворих контрольної групи - лише у 4 осіб (10,5%). Будь-яких побічних ефектів при лікуванні ендобронхіальними санаціями 0,02% розчином декаметоксину не спостерігалось, за винятком двох хворих, у яких спостерігався незначний бронхоспазм.

Приклад. Хворий Т., 60 років, історія хвороби № 1525 знаходився на стаціонарному лікуванні з 06.03.95 р. по 30.03.95 р. Останніх 6 років відмічав постійний кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння в кількості 50-100 мл. При об'єктивному обстеженні виявлено: дифузний, теплий ціаноз, емфізематозна форма грудної клітини, перкуторно-коробковий звук, аускультативно - жорстке дихання, сухі розсіяні хрипи. При рентгенологічному обстеженні органів грудної клітки виявлені ознаки емфіземи легенів, корені легенів розширені, деформовані, крупнопетельний базальний пневмосклероз. При фібробронхоскопії: дифузну деформацію хрящового каркасу та отворів видимих бронхів, значний набряк слизової оболонки, який щільноподібно звукує гирла бронхів, контактну кровоточивість, значну кількість пухлого, в'язкого гнійного вмісту та дискінезую трахеї II ступеня активності запального процесу. В лаважній рідині визначено 82%

37361

нейтрофілоцитів, 14% альвеолярних макрофагів та 4% лімфоцитів. Із промивних вод бронхів виділили негемолітичний стрептокок - $5 \cdot 10^4$ та H.influenta - $8 \cdot 10^6$ в 1 мл. Проведено комплексне лікування, що включало ендобронхіальні санації 0,02% розчином декаметоксину - 7 бронхоскопій та 8 інгаляцій. Після першої та другої санації хворий відмічав посилення та збільшення кількості харкотиння, але з четвертого дня лікування нормалізувалась температура тіла, зменшилась пітливість, задишка та гнійність харкотиння. В кінці лікування при бронхоскопії визначалась незначна кількість слизового вмісту, зменшення набряку та гіперемії слизової оболонки, відновлення судинного малюнка. В лаважній рідині збільшилась кількість макрофагів до 84% та зменшилось нейтрофілів до 12%. Мікробіологічне дослідження виявило гемолітичну паличку в концентрації $3 \cdot 10^2$ в 1 мл.

Таким чином, дні клінічного дослідження підтверджують більшу ефективність способу лікування хронічного гнійного бронхіту за допомогою ендобронхіальних санацій 0,02% розчином декаметоксину порівняно з використанням для ендобронхіальних санацій розчину фурациліну в розведенні 1:5000,0.