

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ

«Затверджено»
на засіданні кафедри загальної хірургії,
радіаційної медицини та фтизіатрії
Протокол № _____
« _____ » _____ 20 _____ р.

Зав. кафедри
д.мед.н, професор _____ І.Д.Дужий

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВИКЛАДАЧІВ
ДО ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З ФТИЗІАТРІЇ
ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ**

<i>Навчальна дисципліна</i>	Фтизіатрія
<i>Тема заняття № 13</i>	Неспецифічна терапія хворих на туберкульоз (гігієно-дієтичний режим, патогенетичне, симптоматичне лікування). Хірургічне лікування. Санаторно-курортне лікування
<i>Курс</i>	4

Актуальність теми:

Крім протитуберкульозних препаратів, спрямованих на пригнічення МБТ, в лікуванні туберкульозу застосовується низка неспецифічних засобів, що впливають на перебіг специфічного запалення, підвищують опірність організму, поліпшують обмін речовин, прискорюють репаративні процеси. Їх можна умовно поділити на такі групи:

- 1) гігієно-дієтичний режим;
- 2) неспецифічні медикаментозні засоби: протизапальні і десенсибілізуючі; прозапальні; імуностимулятори; спрямовані на нормалізацію обмінних процесів і функцій внутрішніх органів;
- 3) санаторне лікування;
- 4) фізіотерапевтичні методи.

Конкретні цілі:

- Визначати покази до хірургічного лікування хворих на туберкульоз;
- Визначати покази до санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз;
- Визначати покази до фізіотерапевтичного лікування хворих на туберкульоз;

Базовий рівень підготовки.

Назви попередніх дисциплін	Отримані навички
Хірургія	Хірургічні методи лікування ТБ
Фізіотерапія	Фізіотерапевтичні методи лікування ТБ

Теоретичні питання до заняття:**Організація змісту навчального матеріалу.**

“Добре лікує той, хто добре розпізнає” – так Гіппократ визначив важливість професійної кваліфікації, в якій закладена головна мета – вміння лікувати.

Історія лікування ТБ така ж стародавня, як і історія людства. Перші спогади про лікування туберкульозу зустрічаються понад 5 тисячоліть тому в “Святих водах” древніх індусів, які знали все про ТБ і вміли лікувати його травами (К.Н.Шанді, 1957). Пізніше клінічні описання фтизи і її лікування були зроблені Гіппократом (біля 3 тисячоліть) і Авіценою (понад 1000 р. тому). Пошуки засобів лікування фтизи проводилось людством на всіх історичних етапах розвитку науки, досягнення якої переносились в сферу медицини. Тому в минулі століття були апробовані в лікуванні фтизи різні метали і їх солі – золото, срібло, миш’як, кальцій і т.п. Пізніше стали користуватись кліматичними факторами – гірські, приморські кліматичні зони, які не втратили свого оздоровчого значення і в наш час. Так перший гірський санаторій для лікування хворих на ТБ був відкритий в Англії в 1796р. Пізніше з’явилися санаторії аналогічного типу в горах Швейцарії (Давосі та ін.) та інших країнах.

В 1834р. італійський лікар Раноді запропонував для лікування хворих на ТБ штучний пневмоторакс – введення повітря в плевральну порожнину. Метод набув широкого розповсюдження з 1882р. після доповіді Forlanini, який показав, що штучний пневмоторакс є єдиним ефективним на той час методом лікування ТБ. Наступний клінічний досвід показав, що наслідками штучного пневмотораксу є суттєві ускладнення. Тому в 1935 р. штучний пневмоторакс було замінено на штучний пневмоперітонеум, який був позбавлений негативних наслідків пневмотораксу. Ці колапсохірургічні методи широко використовувались в лікуванні ТБ до середини ХХ століття, коли з’явилися протитуберкульозні препарати (ПТП), які знизили частоту використання колапсохірургічних методів, але розширили можливості радикального хірургічного лікування ТБ. Широке використання ПТП в 60 – 80-х роках в лікуванні і профілактиці ТБ були настільки успішними, що деякі науковці навіть вважали можливою ліквідацію захворюваності на ТБ, але життя внесло свої корективи і на зміну успіхам в 90-х роках ХХ століття захворюваність на ТБ в усіх країнах світу зросла так, що ВООЗ проголосила “глобальну проблему” ТБ, яка загострила перед людством нову медико-біологічну складність, пов’язану з резистентністю МБТ до ПТП.

ПАТОГЕНЕТИЧНА ТЕРАПІЯ ТБ

Патогенетична терапія спрямована на вирішення таких завдань:

1. Зменшення ексудативно-пневмонічних явищ у вогнищі уражень, прискорення його розсмоктування і загоєння з мінімальними залишковими змінами.
2. Корекція порушених ТБ інтоксикацією і антимікобактеріальними препаратами обмінних процесів і дисфункцій різних органів і систем.
3. Стимуляція запальних процесів.

Окрім поліхіміотерапії використовують такі методи патогенетичного лікування як: гігієно-дієтичний режим, патогенетичне, фізіотерапевтичне, санаторно-курортне.

Гігієно-дієтичний режим:

- постільний – для важко хворих до 2 тижнів
- щадящий – 3 - 5 годин у ліжку вдень
- тренувальний – для видужуючих, 3 години в ліжку вдень через 3-6 місяців лікування.

Нормалізація обміну речовин: повноцінне харчування і дезінтоксикація: обов'язковий елемент комплексного лікування – спеціальні харчові раціони для хворих ТБ. У раціонах враховують енергетичні потреби хворого з урахуванням режиму. У харчуванні передбачають оптимальне співвідношення білків, жирів і вуглеводів, вітамінів і мінеральних солей з урахуванням фізіологічних потреб хворого. На 1 кг ваги хворого: білків – 2 г., жирів 1,5 г. і вуглеводів – 7 г. Режим прийому їжі 4-5 разів у день, невеликими порціями. Всім перерахованим вимогам відповідає дієта № 11 за Певзнером. Їсти потрібно повільно, ретельно пережовуючи їжу.

Симптоматична і патогенетична терапія туберкульозу

Симптоматична терапія – це призначення хворим у разі потреби жарознижувальних ліків, протикашльових та відхаркувальних засобів, анальгетиків. При супровідних захворюваннях і розладах функції інших органів застосовують лікувальні препарати, що спрямовані на їх нормалізацію.

Патогенетична терапія включає в себе: гормонотерапію, протизапальну, дезінтоксикаційну, вітамінотерапію, імунотерапію. Обґрунтоване застосування патогенетичної терапії поряд з антибактеріальними препаратами у 3-4 рази збільшує ефективність лікування.

Гормональні препарати. Серед них особливе місце займають гормони кори надниркових залоз: преднізолон, гідрокортизон, які мають виражену протизапальну десенсибілізуючу дію. Протиалергічна дія глюкокортикоїдів (ГК) здійснюється шляхом різкого пригнічення продукції гістаміну, що утворюється при взаємодії комплексу антиген-антитіло з клітинами. Протизапальний їх ефект пов'язаний зі стабілізуючою дією на біологічні мембрани, пригніченням синтезу або вивільненням медіаторів запалення, в тому числі простагландинів. ГК також зменшують утворення колагену і тому запобігають надмірному формуванню грубої волокнистої тканини, загоєння при її застосуванні відбувається з переважанням розсмоктування ексудативних та інфільтративних змін. Проте пригнічення проліферації фібробластів і утворення грануляційної тканини під впливом ГК можуть мати і негативне значення, тому ці препарати застосовують лише на фоні повноцінної АБТ. В зв'язку з такими особливостями дії ГК, призначають на початкових етапах лікування та при алергічних побічних реакціях на ПТП.

В лікуванні ТБ використовується схема призначення преднізолону, запропонована професором А.Г. Ярешко в 1980 р. При цьому преднізолон в дозі 20 мг приймається зранку в 7⁰⁰, через день, не менше 2 місяців. Преднізолон отримують всі вперше діагностовані хворі на ТБ при відсутності протипоказань.

Негормональні протизапальні засоби сприяють розсмоктуванню інфільтративних змін. Застосовують ібупрофен 0,2 всередину після їди 3-4 рази на день; бутадіон 0,1-0,15 всередину під час або після їди 2-3 рази на добу.

Дезінтоксикаційна терапія показана при інтоксикації, у разі прогресування ТБ процесу або загрози переходу його в хронічну форму. Включає в себе переливання препаратів крові (плазма, альбумін, протеїн); електролітні розчини (розчин Рінгера-Локка 200-400 мл в/в крапельно 1 раз на добу, реосорбілакт 200 мл в/в крапельно 1 раз на добу); сольові розчини, глюкозу.

Десенсибілізуючі антигістамінні засоби (супрастин, діазолін, лоратадін, тавегіл) призначають для усунення алергічного компонента запального процесу і при алергічних реакціях на АБП.

При ТБ завжди порушуються імунні процеси, особливо Т-система імунітету. Тому виправдане призначення *імуностимулюючих засобів*. До них відносяться тималін, Т-активін, натрію нуклеїнат, спленін та інші. Їх призначають під контролем показників імунного стану організму.

Препарати, спрямовані на нормалізацію обмінних процесів і функцію внутрішніх органів, відіграють велику роль в комплексному лікуванні хворих на ТБ. Обмінні порушення і дисфункція внутрішніх органів можуть бути зумовлені ТБ інтоксикацією, супровідними захворюваннями, а також впливом ПТП.

Ізоніазид призводить до дефіциту вітамінів групи В, етіонамід і протіонамід порушують обмін нікотинової кислоти, тому при лікуванні препаратами групи ГННК призначають курси тіаміну і піридоксину, при лікуванні етіонамідом і протіонамідом – вітамін РР. Більшість ПТП мають певну гепатотоксичну дію, тому на фоні хіміотерапії, особливо в осіб із супровідними захворюваннями печінки, необхідно призначати гепатопротектори (ессенціале, карсил, дарсил, лів-52, сілібор, ліволін).

При ТБ активуються процеси перекисного окислення ліпідів, знижується антиоксидантний захист організму, розвивається гіпоксія. Для корекції призначаються *антиоксиданти*: токоферолу ацетат (1 капс. 1-2 рази на день), натрію тіосульфат 30% р-н (5 мл в/в 1 раз на добу) та інші. Особливо ефективне застосування антиоксидантів у поєднанні з *антигіпоксантами*: пірацетам, рібоксин та інші. Застосування цих препаратів в комплексному лікуванні ТБ запобігає виникненню побічних реакцій на ПТП, особливо гепатотоксичних, має антифібротичну дію, стимулює репаративні процеси, поліпшує трофіку легеневої тканини, сприяючи більш досконалому загоєнню специфічних змін.

При гіпотрофії, анорексії, порушенні білкового обміну, який часто супроводжує хронічні, поширені форми ТБ, призначають *анаболічні препарати*: нерабол, ретаболіл. Вони стимулюють синтез білків, тому під час лікування ними потрібно збільшити в харчовому раціоні кількість білків, переливати білкові препарати і гідролізати.

Стимулятори репаративних процесів і загоєння каверн використовують на пізніших етапах лікування, коли існує загроза формування грубих фіброзних змін. До них належать екстракт алое (1 мл підшкірно, щоденно), склоподібне тіло (1-2 мл підшкірно, щоденно), плазмол (1 мл підшкірно, щоденно), завись плаценти (2 мл підшкірно, 1 раз на 7-10 днів). Всі ці препарати мають позитивний вплив на неспецифічну реактивність організму, тканинний обмін, сприяють досконалішому загоєнню, зменшують формування грубих рубцевих змін.

Фізіотерапевтичні методи лікування

Використовуються з метою безпосереднього впливу на ТБ процес, попередження його ускладнень та ліквідацію окремих симптомів. Метою призначення фізіотерапії на початковому етапі лікування є підвищення концентрації ПТП в зоні ураження (тканинний електрофорез із хіміопрепаратами); зменшення бронхіальної обструкції, гіпоксії, протизапальна, десенсибілізуюча, імуномодулююча дія (інформаційно-хвильова терапія, УВЧ-терапія, інгаляції та інші). На пізніших етапах метою фізичних методів лікування є стимуляція процесів розсмоктування, підвищення проникності тканинних мембран для ПТП, поліпшення репаративних процесів, прискорення загоєння каверн, запобіганню надмірному утворенню сполучної тканини.

Санаторно-курортне лікування

В доантибактеріальний період відіграло провідну роль, в наш час має допоміжне значення на заключному етапі хіміотерапії і після оперативних втручань. Метою санаторного лікування є закріплення результатів стаціонарного етапу терапії і підготовка до праці.

Основними лікувальними факторами кліматотерапії є максимальне перебування на свіжому повітрі з низькою вологістю, малими коливаннями температури і атмосферного тиску, дозовані сонячні ванни, ЛФК.

Клімат південних приморських курортів лагідний і показаний особам з підвищеною чутливістю до коливань метеорологічних факторів. Приморські курорти України розміщені на Південному березі Криму (Симеїз, Алушка, Ялта), біля Одеси. Лікування в гірських санаторіях (Ворохта, Яремча) з подразнювальним кліматом доцільне при затихаючих обмежених формах ТБ без ознак серцево-судинної недостатності. Хворі, які важко переносять акліматизацію повинні лікуватися в місцевих санаторіях.

ХІРУРГІЧНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ

Враховуючи, що ТБ легень є запальним інфекційним захворюванням, хірургічні методи повинні розглядатися як фрагмент комплексного лікування, а не альтернативний метод.

Хірургічні методи лікування діляться на радикальні, колапсохірургічні і проміжні. До радикальних відносять слідуючі операції: пневмонектомія, лобектомія, сегментектомія, комбінована резекція. Радикальність операції полягає у видаленні основного осередку враження. Після операції продовжується специфічна терапія.

При колапсохірургічних операціях утворюють умови для спадіння і заживання каверни без її видалення. Колапсохірургічними операціями є: штучний пневмоторакс, пневмоперитоніум, торакопластика.

До проміжних операцій відносять операції без посередньої дії на каверну (кавернотомія, кавернопластика, дренаж каверни, перев'язка бронха).

Показання до хірургічного лікування можуть бути плановими (абсолютні та відносні) і невідкладними.

Абсолютними показання до хірургічного лікування є:

- 1) стійке бактеріовиділення після 6-ти місячної антибактеріальної терапії при наявності каверни;
- 2) некурабельні залишкові зміни – бронхоектази, зруйнована частка (легеня), виражений стеноз бронха;
- 3) підозра на поєднання ТБ із злоякісними новоутвореннями;
- 4) великі фіброзно-казеозні вогнища (туберкульома, казеома), без бактеріовиділення;
- 5) тонкостінні каверни без бактеріовиділення з епідеміологічних міркувань (працівники дитячих закладів).

Відносні показання до хірургічного лікування мають місце при поширених форма ТБ або порушенні життєво-важливих функцій організму.

Невідкладні показання до хірургічного лікування:

- 1) ускладнення ТБ процесу легеневою кровотоцею, яку не вдається зупинити консервативними методами;
- 2) спонтанний пневмоторакс після безуспішної трансторакальної аспірації повітря.

Противопоказання до хірургічного лікування: інфаркт міокарда, вади серця, серцево-судинна недостатність II А ст., гіпертонічна хвороба, захворювання крові, амілоїдоз внутрішніх органів з порушенням їх функції.

План і організаційна структура навчального заняття

№ п/п	Етапи заняття	Розподіл часу	Види контролю	Засоби навчання
1.	Підготовчий етап	9,5% 20 хвилин	Письмове тестування	
1.1	Організаційні питання	5 хвилин		
1.2	Формування мотивації	5 хвилин		
1.3	Контроль початкового рівня підготовки	10 хвилин		
2.	Основний етап	76,2% 160 хвилин	Усне опитування, практичні завдання.	Підручники, посібники, довідники, методичні рекомендації, матеріали лекцій, таблиці, результати досліджень (рентгенограми, томограми), результати аналізів та обстежень, тематичні хворі.
2.1	Самостійна робота з методичними рекомендаціями	45 хвилин		
2.2	Усне опитування з теми	65 хвилин		
2.3	Інтерпретація результатів аналізів та обстежень	25 хвилин		
2.4	Курація тематичного хворого	25 хвилин		
3.	Заключний етап	14,3% 30 хвилин	Ситуаційні задачі.	
3.1	Контроль кінцевого рівня	15 хвилин		

	підготовки			
3.2	Загальна оцінка навчальної діяльності студента	10 хвилин		
3.3	Інформування студентів про тему наступного заняття	5 хвилин	Профілактика туберкульозу: інфекційний контроль, соціальна, первинна, вторинна. Робота в осередку туберкульозної інфекції. Характеристика джерела туберкульозної інфекції.	

Методика організації навчального процесу на практичному занятті.

Підготовчий етап.

Крім протитуберкульозних препаратів, спрямованих на пригнічення МБТ, в лікуванні туберкульозу застосовується низка неспецифічних засобів, що впливають на перебіг специфічного запалення, підвищують опірність організму, поліпшують обмін речовин, прискорюють репаративні процеси.

Ознайомити студентів з цілями заняття і провести контроль початкового рівня підготовки студентів.

Основний етап.

Включає самостійну роботу студентів з методичними рекомендаціями, усне опитування з теми, інтерпретацію результатів аналізів та обстежень хворих на туберкульоз, курацію тематичного хворого.

Заключний етап.

Провести кінцевий тестовий контроль, проаналізувати успішність і оцінити діяльність кожного студента. Проінформувати студентів про тему наступного заняття і методичні рекомендації щодо підготовки до нього.

Додатки (тестові завдання, ситуаційні задачі, контрольні питання, тощо): див. методичні вказівки для самостійної роботи студентів

Література

Основна:

1. Лекційний матеріал професора Дужого І.Д.
2. Фтизіатрія: нац. підруч. / В.І.Петренко, Л.Д.Тодоріко, Л.А.Гришук та ін.; за ред. В.І.Петренка. – К.: ВСВ «Медицина», 2015. – 472 с.
3. Фтизіатрія. Підручник /За ред. проф. В. І. Петренка.-Вінниця: «Нова книга», 2006.- 503 с.
4. Перельман М.И. Туберкулез. Учебник для студентов мед. институтов. – М., 1990.
5. Пилипчук Н.С. Туберкулез. – М., 1998.
6. Савула М.М., Ладний О.Я. Туберкульоз: Підручник. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. – 324 с.
7. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню - К.: Здоров'я, 2006. – 654 с.
8. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Сучасні методи в діагностиці туберкульозу. – К.: Здоров'я, 2002.
9. Фтизіатрія. Підручник. За редакцією В.І. Петренка. – Вінниця: Нова книга, 2006. – 504 с.
10. Циганенко А.Я., Зайцева С.І. Фтизіатрія. Підручник для студентів вищих навчальних закладів. – Харків: Факт, 2004. – 390 с.
11. В.І. Зозуляк .Фтизіатрія. Підручник.- Івано-Франківськ.- 2000. – 100 с.

Додаткова:

1. Наказ МОЗ України від 04.09.2014 № 620 "Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при туберкульозі
2. Фещенко Ю.И. Ситуация с туберкулезом в Украине // Doctor. – 2002. – №4. – С. 11-14.
3. Фещенко Ю.І.; Мельник В.М. Сучасна стратегія боротьби з туберкульозом в Україні: [Виробниче видання]. – К.: Здоров'я, 2007. – 664 с.

4. Феценко Ю.И., Мельник В.М. Фармако-терапевтический справочник пульмонолога и фтизиатра – К.: Здоров'я, 2004. – 200 с.
5. Феценко Ю.И.; Мельник В.М. Фтизіоепідеміологія – К.: Здоров'я, 2004. – 624 с.
6. Феценко Ю.И.; Мельник В.М., Коблянська А.В. Хіміорезистентний туберкульоз – К.: Здоров'я, 2003. – 136 с.