

АГ — на 40,0 %. Через 1 рік після завершення участі у клінічно-му дослідженні рівень прихильності до лікування ХОЗЛ знизився на 22,2 %, АГ — на 20,0 %.

Регулярні бесіди з пацієнтами (1 раз на 2 місяці) з приводу важливості базисної терапії здатні підтримувати прихильність до лікування хронічних захворювань.

**В. Д. Смоквін**

## ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

*Одеський національний медичний університет*

Туберкульоз — тяжка інфекційна хвороба, яка супроводжує людство на протязі всієї його історії. До тепер цю складну медико-соціальну проблему медицина не вирішила.

При туберкульозі уражаються усі органи й системи людського організму як специфічним запальним процесом, так і під впливом інтоксикаційного синдрому (сумісна патологія).

Сучасні етіотропні протитуберкульозні препарати не можуть в організмі хворого на туберкульоз виконувати призначену йому роль, так як у хворого порушені основні біологічні процеси адаптації, без корекції яких для відновлення нормального біобалансу в організмі повністю вилікувати хворого на туберкульоз неможливо.

Сучасним класичним постулатом лікування хворих на туберкульоз є використання в лікувальному процесі поєднання специфічних хіміопрепаратів з лікувальними засобами, що діють на основні патогенетичні ланцюги хвороби з метою мобілізації та відновлення власних можливостей організму.

Для виконання цієї мети ми використали препарати серії «Біотроф» (парафармацевтики — за визначенням академіка РАМН професора В. А. Тутельян і професора В. В. Закревського), які випускаються фірмою «Інтерпом» м. Сімферополь, які створені під керівництвом доктора медичних наук, професора М. М. Омерова за спеціальною технологією з органів молодих тварин (ноу-хау фірми-виробника). Препарати пройшли апробацію при різних захворюваннях в НДІ педіатрії Російської академії медичних наук, НДІ швидкої допомоги ім. Н. В. Скліфосовського, у Кримському державному медичному університеті ім. С. Георгіївського та інших лікувальних закладах.

Основою даної групи препаратів є композиція нативних біологічно активних білків і пептидів, разом з фітокомплексом, мінералами, мікроелементами й вітамінами, які забезпечують оптимальний синергічний ефект. Консервантом є мед гірських бджіл Криму.

Після спеціального резонансного тестування на апараті «Оберон» була визначена специфічна тропність препаратів до тканин, уражених туберкульозним процесом. Найбільш оптимальними препаратами є Біотроф 2.1 — фіто; Біотроф 4.0 — фіто; Біотроф 8 — фіто (при кістково-суглобовому туберкульозі). Препарати призначались ентерально, у вигляді ін'єкцій, аплікацій, електрофорезу, мікроклізм, тампонів або у поєднанні цих методів введення.

Багатолітні клінічні спостереження на кафедрі з додержанням правил доказової медицини на великій групі хворих з різними формами й локалізаціями туберкульозу показали, що під впливом такого комплексного лікування швидше зникали симптоми інтоксикації, розсмоктувались інфільтративні зміни, припинялось бактеріовиділення, не розвивалась вторинна резистентність, закривались порожнини розпаду, формувались незначні залишкові зміни, практично були відсутні або швидко усувались побічні реакції на етіотропні препарати.

Позитивна динаміка клініко-рентгенологічної симптоматики розвивалась на тлі нормалізації або покращення показників активності клітинного імунітету.

Поєднання методів введення препаратів дозволяє управляти реактивністю хворих, морфологією туберкульозного запалення та забезпечує виліковування в найбільш стислі терміни з мінімальними функціональними втратами та суттєвим економічним ефектом.

**В. В. Соколов, В. Г. Гетьман**

## ІДЕОМЕДІАСТІНОСКОПІЧНЕ ЛІКУВАННЯ БРОНХОГЕННИХ КІСТ СЕРЕДОСТІННЯ: ОПИСАННЯ ДВОХ ВИПАДКІВ

*Київська міська клінічна лікарня №17*

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, м. Київ*

Незважаючи на свою рідкість, бронхогенні кісти становлять до 25 % серед усіх кіст та пухлин середостіння. Тактика їх лікування варіабельна в різних установах: від спостереження до відкритої хірургічної резекції. При наявності показів до резекції, у теперішній час перевага надається мінімально інвазивному підходу з застосуванням відеоторакоскопії (ВАТС) в більшості торакальних відділень. Ми описуємо два перших випадки в російсько- та україномовній літературі вдалого відеомедіастиноскопичного (ВМСК) видалення бронхогенної паратрахеальної кісти середостіння в пацієнтки 53 років та фенестрації біфуркаційної кісти в пацієнтки 47 років з добрим віддаленим результатом. Перша пацієнтка направлена до відділення з виявленням утворенням середостіння при щорічній рентгенографії. Діагноз встановлений на основі комп'ютерної томографії (КТ) з довенним контрастуванням. Застосування ВМСК дозволило повністю відділити кісту від оточуючих структур середо-

стіння та видалити цілком. Друга пацієнтка звернулась зі скаргами на утруднення дихання та сухий кашель. Комп'ютерна томографія грудної клітки та бронхоскопія показала наявність біфуркаційної кісти з компресією каріни та обох головних бронхів зі звуженням їх отвору на 1/2. При ВМСК верхівка кісти була відділена від головних бронхів та правої гілки легеневої артерії та фенестрована. Її вміст був видалений, та порожнина оброблена 1,0 доксіцикліну. Післяопераційний період гладкий. При контрольній КТ грудної клітки через 6 місяців даних за рецидив кісти не було. На відміну від ВАТС, в обох випадках не було необхідності розкриття плевральної порожнини, її дренирування та проведення однолегеневої вентиляції. Термін знаходження в стаціонарі склав 3 доби. ВМСК може стати доброю альтернативою іншим методам лікування бронхогенних кіст середостіння. Для чіткого визначення показань та протипоказань для ВМСК їх резекції потрібні подальші дослідження.