

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

ТАШПУЛАТОВА Ф. К.¹, МУХТАРОВ Д. З.², МУХАМЕДИЕВ И. К.², ТАРАСОВА Н. В.²

USE OF PHYTOTHERAPY IN THE COMPLEX TREATMENT OF DRUG RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

TASHPULATOVA F. K.¹, MUKHTAROV D. Z.², MUKHAMEDIEV I. K.², TARASOVA N. V.²

¹Ташкентский педиатрический медицинский институт,
²РСПМЦ ФнП МЗ РУз, г. Ташкент, Республика Узбекистан

¹Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

²Republican Specialized Scientific Practical Medical Center of Phthisiology and Pulmonology, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Цель: изучить эффективность фитотерапии в комплексной терапии у больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью возбудителя.

Материалы и методы. Обследовано 55 ранее леченных больных с лекарственной устойчивостью возбудителя в возрасте от 25 до 45 лет. Преобладали мужчины – $66,0 \pm 6,3\%$, женщины составили $34,0 \pm 6,3\%$. Фиброзно-кавернозный туберкулез диагностирован у 29 ($52,2 \pm 6,7\%$) больных, инфильтративный туберкулез – у 15 ($27,3 \pm 6,0\%$), диссеминированный туберкулез – у 11 ($20,0 \pm 5,3\%$).

У всех пациентов обнаружен туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя. Все больные получали химиотерапию по программе ДОТС-плюс. Для ускорения дезинтоксикации, улучшения переносимости препаратов приготовлен настой из лечебных трав: душицы, зверобоя, корня солодки, подорожника, цветов ромашки, кукурузных рылец.

Для оценки выраженности воспаления определяли уровень в сыворотке крови гаптоглобина, сиаловых кислот, серомукоидов. Больные в зависимости от характера лечения разделены на 2 группы: 1-я группа (основная) – 30 больных, получавших дополнительно в течение 2 мес. настой из фитосбора; 2-я группа (контрольная) – 25 больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя, которые получали комплексную терапию без включения фитосбора.

Результаты. У 17 ($56,6 \pm 9,0\%$) больных, получавших фитосбор в течение 1 мес. лечения, отмечена положительная динамика клинических симптомов: уменьшение или исчезновение кашля с мокротой, нормализация температуры тела, исчезновение потливости, появление аппетита. В то же время в контрольной группе положительная динамика отмечена только к концу 2-3-го мес. терапии.

Динамические наблюдения в конце интенсивной фазы лечения через 6 мес. показали, что показатели конверсии мокроты (бактериоскопия) в группе

больных, получавших дополнительно фитосбор, составили $63,3 \pm 8,4\%$, в контрольной группе – $48,0 \pm 10,0\%$.

Положительные рентгенологические изменения в динамике через 6 мес. отмечены в виде закрытия и уменьшения каверны и значительного или частичного рассасывания инфильтрации, очагов диссеминации. У больных с наличием лекарственной устойчивости возбудителя, получавших дополнительно фитосбор, уменьшение каверны отмечено у $66,7 \pm 8,6\%$ и рассасывание инфильтрации у $33,3 \pm 8,6\%$ больных, в то же время в контрольной группе эти показатели составили $40,0 \pm 9,7$ и $24,0 \pm 8,5\%$ соответственно. Закрытие каверны через 6 мес. стационарного лечения установлено у 26,6% больных основной группы и 20% больных контрольной группы ($p > 0,05$).

Анализ динамики активности воспалительного комплекса показал, что, если до начала лечения у всех больных показатели воспалительного комплекса крови были повышенными, то в процессе лечения отмечены положительные сдвиги в сторону уменьшения. Однако в группе больных, получавших дополнительно фитосбор, уровень гаптоглобина, серомукоидов и сиаловой кислоты в 1,3-1,5 раза ниже, чем в контрольной группе. В результате применения фитосбора отмечается снижение частоты побочных реакций (ПР) до $40,0 \pm 8,8\%$, в контрольной группе частота ПР составила $64,0 \pm 9,3\%$. Уменьшение количества ПР при использовании разработанных схем лечения с применением фитосборов следует объяснить тем, что, в отличие от медикаментозной терапии, лекарственные травы обладают разнонаправленным действием: спазмолитическим, дезинтоксикационным, противовоспалительным, десенсибилизирующим, седативным, нормализуя функциональные показатели печени и почек.

Заключение. Включение фитотерапии в качестве патогенетического метода лечения больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью воз-

будителя способствует более быстрой дезинтоксикации и улучшению показателей эффективности химиотерапии. Применение фитотерапии улучшает

переносимость полихимиотерапии, способствует положительным сдвигам в биохимических показателях воспалительного комплекса крови.

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ТАШПУЛАТОВА Ф. К., РАЗАКОВ С. А., НИГМАНОВ Р. Т.

DETECTION OF TUBERCULOSIS MENINGITIS UNDER CURRENT CONDITIONS

TASHPULATOVA F. K., RAZAKOV S. A., NIGMANOV R. T.

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Republic of Uzbekistan

Цель: изучение особенности диагностики туберкулезного менингита (ТМ) в современных условиях.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования 38 больных в возрасте от 17 до 58 лет, поступивших в клинику РСНПМЦФ и П в 2000-2008 гг.

Результаты. Среди обследованных – 21 ($55,2 \pm 8,0\%$) мужчина и 17 ($44,8 \pm 8,0\%$) женщин. Преобладали больные в возрасте 21-30 лет (14 больных – $36,8 \pm 7,8\%$), 31-40 лет (12 больных – $31,6 \pm 7,5\%$), 41-50 лет (7 больных – $18,4 \pm 6,2\%$). В возрасте до 20 лет было 3 пациента ($7,9 \pm 4,3\%$), старше 50 лет – 2 ($5,3 \pm 3,6\%$).

У 31 ($81,5 \pm 6,2\%$) больного туберкулез был выявлен впервые, из них у 20 ($64,5 \pm 8,5\%$) больных ТМ сочетался с туберкулезом легких, у 11 ($35,4 \pm 8,5\%$) – с внелегочным туберкулезом, 7 ($18,4 \pm 6,2\%$) больных раньше получали лечение по поводу ТМ.

Самолечение с широким использованием антибиотиков и анальгетиков затрудняло диагностику и своевременное поступление больных в специализированный стационар. У 20 ($52,6 \pm 8,1\%$) больных отмечено подострое начало ТМ, у 18 ($47,4 \pm 8,1\%$) – острое. Проанализирована длительность клинических проявлений ТМ у больных до поступления в стационар. Если у 12 ($31,6 \pm 7,5\%$) больных этот срок составил 1 нед., то у 18 ($47,4 \pm 8,1\%$) – до 2 нед. Более 1 мес. болели 5 ($13,1 \pm 5,4\%$) больных и более 4 мес. – 3 ($7,8 \pm 7,5\%$). ТМ выявлен в общей лечебной сети у 18 ($47,4 \pm 8,0\%$) больных, в противотуберкулезном стационаре – у 12 ($31,5 \pm 7,5\%$), самотеком поступили в клинику в крайне тяжелом состоянии 7 ($18,4 \pm 6,2\%$) больных и одному больному диагноз установлен в противотуберкулезном

диспансере. Базиллярная форма ТМ диагностирована у 10 ($26,3 \pm 7,1\%$) больных, менингоэнцефалит – у 28 ($73,6 \pm 7,1\%$). У 35 ($92,1 \pm 4,3\%$) из 38 больных ТМ развился на фоне активного легочного и внелегочного туберкулеза. Из 38 больных 32 ($84,2 \pm 6,9\%$) поступили в клинику в крайне тяжелом состоянии и 15 ($39,5 \pm 8,0\%$) – в коматозном. У 19 ($50,0 \pm 8,1\%$) больных отмечались признаки отека мозга. Из 38 больных у 5 ($13,2 \pm 5,4\%$) обнаружена ВИЧ-инфекция.

Наиболее часто эти больные лечились соматических учреждениях с диагнозами: пневмония, ОРВИ, грипп, нейроциркуляторная дистония, гипертонический криз, пищевая токсикоинфекция. Недооценивали свое состояние, занимались самолечением 47,8% больных. Бактериологическое исследование спинномозговой жидкости проведено у 35 ($92,1 \pm 4,3\%$) больных. Если в мокроте микобактерии туберкулеза (МБТ) обнаружены у 10 ($26,3 \pm 7,1\%$) больных, то в спинномозговой жидкости – у 3 ($7,9 \pm 4,5\%$), при ПЦР-исследовании ликвора МБТ обнаружены также у 3 ($7,9 \pm 4,5\%$) больных. ПЦР крови у всех обследованных была положительной. У 16 больных проведены компьютерная томография (КТ) головного мозга и ПЦР в крови и ликворе. При КТ у всех больных обнаружены признаки гипертензии головного мозга и энцефалита, у 6 – очаговые изменения, у 2 больных с ВИЧ-инфекцией – туберкулема головного мозга.

Заключение. Для ТМ в современных условиях характерны: преобладание туберкулезного менингоэнцефалита, увеличение числа случаев сочетаний менингита с туберкулезом легких и внелегочными поражениями. Имеет место снижение настороженности врачей общей лечебной сети по своевременной диагностике ТМ.