

Е. П. Стамболцян, Н. Р. Маркарян, М. Д. Сафарян, И. Л. Сагоян, А. Е. Бозоян

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДНЫХ,
ИММУНОСТИМУЛИРУЮЩИХ И АНТИОКСИДАНТНЫХ ПРЕПАРАТОВ
В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ**

С целью повышения эффективности химиотерапии туберкулеза легких широкое распространение получили методы патогенетического лечения, способные нормализовать физиологические функции, стимулировать репаративный процесс [3—7]. В течение последних лет с учетом данных об интенсификации процессов перекисного окисления липидов при туберкулезе внимание клиницистов привлекает возможность использования в качестве средств патогенетической терапии антиоксидантов, в частности α -токоферола, тиосульфата-натрия, нуклеината натрия [1, 2]. Работами М. Д. Сафарян и соавторов [9] показана высокая эффективность комбинированного применения при туберкулезе наряду с химиопрепаратами α -токоферола и витамина С.

Кроме того, с целью ускорения рассасывания инфильтрации при распространенных экссудативных процессах туберкулезного генеза применяются кортикостероиды (КС). Однако КС оказывают иммунодепрессивное действие, усугубляя нарушение Т-клеточного иммунитета, имеющегося при туберкулезе [8]. С целью нейтрализации подобного стрессового воздействия КС ряд авторов [10] предлагают сочетать их с иммуномодулятором—Т-активвином.

В задачу настоящего исследования входило изучение эффективности применения наряду с химиопрепаратами КС, Т-активвина, лизинамида С и витамина Е. Исходя из существующего в настоящее время представления, что антиоксидантное действие α -токоферол осуществляет лишь в гидроксильной форме, мы сочли целесообразным одновременное введение в организм α -токоферола и витамина С в качестве донатора водородных ионов.

Было обследовано 100 больных инфильтративным, очаговым и диссеминированным туберкулезом легких. Больные были разделены на 2 группы: контрольную—I (50 человек), получавшую противотуберкулезные препараты: рифампицин, стрептомицин, изониазид, этамбутол, и основную—II (50 человек), получавшую наряду с аналогичными препаратами дополнительный комплекс лечебных мероприятий—витамины С и Е, Т-активвин и преднизолон в течение 2 месяцев, после чего дальнейшее лечение в контрольной и основной группах проводилось по единой схеме традиционной химиотерапии без дачи патогенетических средств.

Критериями отбора больных явилось наличие выраженных экссудативных явлений в легких с полостями распада, лимфопения в крови, снижение показателей других иммунологических тестов, характеризующих состояние Т-клеточного иммунитета.

По клиническим формам в обеих группах преобладали больные с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада—39 человек в контрольной группе и 40 в основной. У 6 больных в I группе и у 7 больных во II имел место очаговый туберкулез легких; диссеминированный туберкулез легких с распадом был у 5 больных I группы и у 3 больных II группы.

У 46 больных I группы и у 48—во II туберкулез легких был установлен впервые. По характеру начала заболевания больные распределялись следующим образом: у 10 больных I группы и у 8 больных II заболевание возникло остро по типу гриппа или пневмонии, у 37 больных I группы и у 41 больного II группы—подострое, бессимптомное начало заболевания имело место у 3 больных I группы и у 1 больного второй.

По локализации и распространенности процесса больные распределялись следующим образом: в обеих группах преобладало одностороннее поражение легких: в I группе—у 45 больных, во II—у 47. У 6 больных в I группе и у 7 больных во II процесс локализовался в пределах I—II сегментов, у 39 больных в I группе и 40—во II процесс занимал 1—2 доли. У всех больных в обеих группах был выявлен распад легочной ткани в виде полостей или участков разрежения в инфильтратах и очагах. Микобактерии туберкулеза были обнаружены у 45 больных I группы и 50 больных второй. Изменения в общем анализе крови в виде ускорения СОЭ, лейкоцитоза, лимфопении были обнаружены у 40 больных в I группе и 42 больных во II.

Лечение больных I группы проводилось комбинацией трех противотуберкулезных препаратов: стрептомицин 1,0 *в/м*, рифампицин и изониазид 0,6 *г* в сутки однократно. Больным II группы в течение первой недели после поступления назначались те же три препарата в аналогичных дозах. При хорошей переносимости комбинации на второй неделе добавлялся преднизолон в дозе 20 *мг* с постепенным снижением дозы по 5 *мг* каждые 10 дней (средняя продолжительность лечения преднизолоном 1,5 месяца). Одновременно с кортикостероидными препаратами назначался Т-активин по следующей схеме: в течение 5 дней по 100 *мкг* *в/м* ежедневно, после недельного перерыва в течение 3 дней ежедневно по 100 *мкг* *в/м*, затем по 100 *мкг* *в/м* через день (средний срок лечения Т-активином—2 месяца). Витамины Е и С назначались также на второй неделе от начала лечения противотуберкулезными препаратами по 600 *мг* и 500 *мг* в сутки, витамин Е—10 или 30% по 1,0 *мл* *в/м* в течение 30 дней, витамин С—4% по 1 *мл* *в/м* в течение 60 дней или по 2 *мл* в течение 30 дней.

Результаты проведенных исследований показали, что исчезновение симптомов интоксикации ко 2-му месяцу лечения имело место в 100% случаев (50 больных) в основной группе, тогда как в контрольной группе—у 36 больных (72%). Нормализация гематологических показателей ко 2-му месяцу лечения в основной группе отмечалась у 40 из 42 больных (95%), в контрольной—у 32 из 40 больных (80%). За-

крыгие полостей распада в основной группе имело место у 42 больных (84%), тогда как в контрольной группе полости распада закрылись у 27 больных (54%). У остальных больных обеих групп имело место уменьшение полостей в размерах. Существенная разница выявлялась и в сроках закрытия полостей: в основной группе до 3 месяцев лечения полости закрылись у 32 больных (64%), в контрольной группе к тому же сроку закрытие полостей распада отмечалось у 7 больных (14%). Абацеллирование мокроты имело место у всех больных, выделяющих микобактерии туберкулеза в обеих группах. Разница состояла в сроках абацеллирования: в основной группе прекращение бактериовыделения наступило в течение 1—2 месяцев, тогда как в контрольной группе—в основном через 3—4 месяца.

Помимо этого, сочетанное применение патогенетических средств в комплексе с химиотерапией больных туберкулезом легких способствовало не только улучшению клинико-рентгенологической и лабораторной динамики заболевания, но и оказывало влияние на качественную характеристику морфологических исходов. В группе больных, получавших кортикостероиды, Т-активин, витамины Е и С, к окончанию основного курса лечения у большинства пациентов—84% (42 больных) сформировались незначительные остаточные изменения в легких, тогда как у большинства больных—64% (32 больных), лечившихся только химиопрепаратами, остаточные изменения были умеренно выраженными и незначительными у 18 больных (36%).

Анализ результатов лечения больных деструктивными формами туберкулеза легких с выраженным экссудативным компонентом комбинацией 3—4 туберкулостатических препаратов с преднизолоном, Т-активинном, витаминами С и Е показал высокую эффективность такого сочетанного лечения, выражающуюся в сокращении сроков снятия интоксикации, нормализации гематологических показателей, абацеллировании мокроты, закрытии полостей распада, а также в уменьшении остаточных изменений после излеченного туберкулеза в виде ограниченного фиброза и единичных плотных очагов.

Кафедра пульмонологии и фтизиатрии НИЗ РА,
Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер

Поступила 20/XII 1993 г.

Ե. Պ. Ստամբոլյան, Ն. Ռ. Մարգարյան, Մ. Դ. Սաֆարյան,
Ի. Լ. Սաղոյան, Ա. Ե. Բոզոյան

ԿՈՐՏԻԿՈՍՏԵՐՈԻԴ, ԻՄՈՒՆՈՍԻՄՈՒԼՅԱՑԻՈՆ ԵՎ ՀԱՎՈՔՍԻՏՎԱՆՏ ԳԵՂԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ
ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆԸ ԹՈՔԵՐԻ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԿՈՄՊԼԵՔՍԱՑԻՆ
ՐՈՒԺՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

50 թղթերի դեատրակտիվ տուբերկոլոզով տառապող հիվանդների մոտ կիրառվել է 4 հակատուբերկոլոզային դեղամիջոցների (տուբազիդ, րիֆամպիցին, ստրեպտոմիցին և էտամբուտոլ) հետ մեկտեղ պրեդնիզոլոն, Տ ալկտիվին, E և C վիտամիններ բուժման առաջին էտապում:

Ստացված բարձր արդյունավետությունը (84 %-ում խոռոչների փակում, 54 % դիմաց փորձնական խմբում) թույլ է տալիս հեղինակներին առաջարկել սվլյալ սխեման լայն կիրառման համար տուբերկուլոզով հիվանդների բուժման ժամանակ:

E. P. Stamboltsian, N. R. Markarian, M. D. Sapharian,
I. L. Sagoyan, A. E. Bosoyan

The Effectiveness of Appliance of Corticosteroidal, Immunostimulative and Antioxydantive Preparations in Complex Therapy of Pulmonary Tuberculosis

The authors suggest a scheme of combined appliance of chemiopatogenetic treatment of destructive form of pulmonary tuberculosis with acute exsudative component.

The results achieved showed the high efficiency of the scheme a more improved type of the heal and a reduction of the term of the treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Адамбеков Д. А. Сб. трудов I Всес. конгресса по болезням органов дыхания, Киев, 1990, с. 905.
2. Батян О. Н., Титов Л. П. Сборник-резюме XI съезда врачей-фтизиатров, М., 1992, с. 342.
3. Васильев А. В., Иванова Л. А., Павлова М. В., Мачкова Н. А. Сб. трудов I Всес. конгресса по болезням органов дыхания, Киев, 1990, с. 908.
4. Демидов С. В., Костромин А. П., Черная И. В. Там же, с. 912.
5. Костина Э. И., Герасимова Е. В., Обросова Т. И., Царева О. И., Цебенова Л. А. Сборник-резюме XI съезда врачей-фтизиатров, М., 1992, с. 342.
6. Осипова Л. С., Мясников В. Г., Гончарова С. И. Там же, с. 348.
7. Павленко А. В., Костюковский Л. А., Омелян О. В. Сб. трудов I Всесоюзного конгресса по болезням органов дыхания, Киев, 1990, с. 920.
8. Рабухин А. Е. Химиотерапия больных туберкулезом, М., 1970.
9. Сафарян М. Д., Карагезян К. Г., Карапетян Э. Т., Аванесян Н. А. Проблемы туберкулеза, 1990, 5, с. 40.
10. Хоменко И. С., Чуканов В. И., Гергердт В. А., Уткин В. В. Проблемы туберкулеза, 1990, 1, с. 24.

УДК 616.24—002+616—002.5:0 7.07

М. Д. Сафарян, Е. П. Стамболцян

ПУТИ ИНТЕГРАЦИИ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Последние десятилетия характеризуются возрастанием частоты различных нетуберкулезных заболеваний легких. Изменилось клиническое течение этих заболеваний, усилилось сходство их клинических проявлений. Увеличилась частота неспецифических заболеваний, осложняющих течение неактивного туберкулеза. В связи с этим возросла роль терапевта в выявлении туберкулеза у обращающихся в поликлинику больных [1, 3, 6]. Эти условия диктуют необходимость совершен-