

The characteristic of patients with a tuberculosis of bodies of breath

R.S. Igembaeva, K.S. Igembaeva, N.K. Selihanova, G.A. Kadirova, A.A. Enikeev, I.M. Baylidinova, K.Seksenbayev

Among the clinical forms in our region the infiltrative a pulmonary tuberculosis (53,8 %) in phase of disintegration hive, had 87,7%, hey excreted (secreted) mycobacterium of a tuberculosis 92,3%. The process was wide-spread at 56,9% of the patients and the abundant secreted of bacilli have form made 50,0%.

УДК 616.314.17.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.М. Адылканова,

С.М. Сагайдачный, Ж.Т. Байбусинова, З.Г. Кездыкбаева

НИИ радиационной медицины и экологии, Семей

Цель работы - оценить клинико-иммунологическую эффективность вобэнзима в комплексном лечении больных бронхиальной астмы.

Материалы и методы: Нами проведено рандомизированное исследование у 56 больных (30 мужчин, 20 женщин) бронхиальной астмой средней степени тяжести в возрасте от 34 до 55 лет. На фоне комплексного лечения вобэнзим получали 28 больных (исследуемая группа). Вобэнзим назначали по 5 таблеток 3 раза в день (за 30-40 минут до еды) в течении 12 дней. Группу сравнения составили 28 больных, принимавших базисное этиопатогенетическое лечение. Сравнимые группы больных существенно не различались по основным клиниче-

ским, иммунологическим, возрастным параметрам. Больные бронхиальной астмой получали комплексное базисное лечение.

Результаты и обсуждение

Состояние иммунитета у больных бронхиальной астмой оценивали по содержанию в периферической крови СД3, СД4, СД8 с использованием моноклональных антител. Оценку эффективности вобэнзима осуществляли на основании клинических критериев (продолжительности основных клинических симптомов на фоне лечения) и динамики иммунологических показателей. Полученные данные были обработаны статистической программой SPSS.

Таблица 1. - Иммунологические показатели у больных бронхиальной астмой (1 группа) на фоне лечения вобэнзимом.

	СД3 исходно	СД3 после лечения	Р	СД4 исходно	СД4 После лечения	Р
1 гр	0,48±0,06	0,56±0,01	≤0,05	0,34±0,031	0,40±0,02	≤0,05
II гр	0,46±0,06	0,51±0,04	≤0,05	0,33±0,005	0,32±0,07	≤0,05

Проведенное исследование показало, что применение вобэнзима в составе комплексной терапии больных бронхиальной астмой, повышало терапевтический эффект. Так у больных, получавших вобэнзим, частота приступов ($p \leq 0,01$), кашель ($p \leq 0,05$), одышка экспираторного типа ($p \leq 0,05$), оказалась достоверно меньше, чем у лиц, принимавших только этио-патогенетическое лечение. Динамика абсолютного и относительного ко-

личества СД3 и СД4 и соотношения СД4/СД8, а также содержание ЦИК в процессе лечения у больных бронхиальной астмой в зависимости от метода лечения представлена в таблице, из которой видно, что у больных бронхиальной астмой, получавших вобэнзим, по сравнению с исходными данными достоверно повышалось как относительное, так и абсолютное содержание СД3 и СД4, а также соотношение СД4/СД8.

Таблица 2. - Иммунологические показатели у больных бронхиальной астмой (1 группа) на фоне лечения вобэнзимом.

	СД4/СД8 исходно	СД4/СД8 после лечения	Р	ЦИК исходно	ЦИК после лечения	Р
1 гр	1,12±0,03	1,20±0,05	≤0,05	0,06±0,001	0,03±0,002	≤0,05
II гр	1,05±0,05	1,13±0,04	≤0,05	0,07±0,001	0,05±0,004	≤0,05

Кроме этого существенно до нормы снизился уровень ЦИК. В то же время у больных группы сравнения значительно повысилось в сравнении с исходными данными лишь относительное содержание СД3 клеток, несколько снизился уровень ЦИК, который, однако, к концу курса лечения существенно превышал норму. Аналогичная динамика иммунологических показателей

(кроме СД3) наблюдалась в двух сравниваемых группах больных с бронхиальной астмой.

Выводы. Таким образом, проведенное исследование, показало, что вобэнзим в сравнении с традиционной терапией значительно повышает клинический и иммунологический эффекты (повышением содержания СД3, СД4, уменьшением диспропорции СД4/ СД8, нормализацией ЦИК).

Емдеу бронхті демікпесі вобэнзим қолдану
 К.Н. Апсаликов, Л.К. Жазыкбаева, Л.Б. Кенжина, А.М. Адылканова,
 С.М. Сагайдачный, Ж.Т. Байбусинова, З.Г. Кездыкбаева
 Радиациялық медицина және экология ҒЗИ, Семей

Вобэнзим емдеу нәтижесінде жоғары дәрежеде клиникалық және иммунологиялық ауруына әрекетте мол.

Wobensim in treatment bronchial asthma
 K.N. Apsalikhov, L.K. Zhazykbaeva, L.B. Kenzhina, A.M. Adyilkanova,
 S.M. Sagajdachnyi, Zh.T. Bajbusinova, Z.G. Kezdykbaeva
 Research institute for Medicine and Ecology, Semey

Wobensim in treatment bronchial asthma demonstrated high clinical and immunology effects.

УДК 616.24-002.5-08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С ПРИМЕНЕНИЕМ МЕТОДИКИ DOTS

К.С. Игембаева, Р.С. Игембаева, Н.К. Селиханова, Г.А. Кадирова,
 А.А. Еникеев, И.М. Байльдинова, Ш. Астаева

Государственный медицинский университет города Семей

В соответствии с установкой ВОЗ показатель излечения больных туберкулезом, выделяющих микобактерии туберкулеза (МБТ), должен составлять не менее 85%. В программе ВОЗ критерий заживления каверн у больных туберкулезом легких не используется. С точки зрения фтизиатров бывшей советской школы, система лечения больных туберкулезом, действовавшая в бывшем Советском Союзе, была эффективной (1-3).

Цель исследования – проанализировать результаты лечения больных туберкулезом и эффективность применения методики DOTS.

Материалы и методы

Для оценки эффективности применения DOTS в клинике было взято под наблюдение 66 больных с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением, у которых с начала лечения применяли антибактериальный режим в соответствии с методикой DOTS (1-я группа). В контрольную группу взяты 117 больных (2-я группа), у которых с начала лечения применяли индивидуальные режимы антибактериальной терапии.

Результаты и обсуждение.

В 1-й группе было 56 (84,8%) мужчин и 10 (15,2%) женщин, в возрасте 18-40 лет – 43 (65,2%), 41-60 лет – 23 (34,8%); во 2-й группе – 85 (72,6%) мужчин, 32 (27,4%) женщины, в возрасте 18-40 лет – 82 (70,1%), 41-60 лет – 35 (29,9%). В 1-й группе 1 каверна в легких определялась у 27 (40,9%) больных, а 2 каверны и больше – у 39 (59,1%); во 2-й группе с 1 каверной было 62 (53%), а с множественными – 55 (47%) больных. В 1-й группе односторонняя локализация процесса отмечена у 52 (78,8%) больных, двусторонняя – у 14 (21,2%); во 2-й – односторонняя локализация туберкулеза определялась у 96 (82,1%), двусторонняя – у 21 (17,9%) больного.

У больных 1-й группы слабовыраженные явления туберкулезной интоксикации установлены у 18 (27,3%), средней степени – у 33 (50%), значительно выраженные – у 15 (22,7%), у больных 2-й группы соответственно слабовыраженные – у 13 (11,1%), средней степени выраженности – у 78 (66,7%), сильно выраженные – у 26 (22,2%). Сопутствующие заболевания у больных 1-й группы определялись у 16 (24,5%), во 2-й – у 30 (25,6%). Первичная резистентность МБТ к противотуберкулез-

ным препаратам (ПТП) обнаружена у 23 (34,8%) больных 1-й группы и у 24 (20,5%) больных 2-й группы, т.е. у 47 (25,7%) из 183 человек обеих групп. Группы сравнения статистически не различались. У больных 1-й группы в интенсивную фазу ежедневно применяли 4 противотуберкулезных препарата: изониазид (H), рифампицин (R), пирразинамид (Z), этамбутол (E). Если за это время бактериовыделение прекратилось, переходили на поддерживающую фазу терапии с применением 2 основных препаратов (HR) ежедневно или интермиттирующие на протяжении 4 месяцев. Общая продолжительность основного курса лечения составляла 6 месяцев. Если выделение МБТ не прекращалось и деструкции через 2 месяца сохранялись, интенсивная фаза лечения продлевалась или применялись индивидуальные схемы лечения. При выявлении лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам сразу же прекращали стандартную антибактериальную терапию и назначали индивидуальный режим лечения с учетом резистентности МБТ.

При индивидуальных схемах лечения больным назначали 4-5 ПТП. Если процесс в легких носил распространенный характер, сразу же начинали интенсивную химиотерапию, состоящую из 5 ПТП, которые применяли ежедневно. Интенсивную фазу лечения продолжали до прекращения бактериовыделения и заживления каверн. В случае выявления МБТ, устойчивых к ПТП, сразу же проводили коррекцию лечения и, как правило, применяли резервные препараты.

Литература:

1. План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ 2002-2006 г.г. – Женева, 2002.
2. Зиновьев И.П., Эсаулова Н.А., Новиков В.Г. и др. Первичная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких // Пробл. туб. - 2009. - №4. - С.37-39
3. Григорьева Е.А., Копылова И.Ф. Исходы лечения впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких, прогнозирование степени риска рецидива // Туберкулез и болезни легких. - 2009. - №9. - С.16-20