

А. Г. Ярешко, М. Д. Колбун, М. В. Куліш

ЕФЕКТИВНІСТЬ ДІЇ СЛАБОГО ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ МІЛІМЕТРОВОГО ДІАПАЗОНУ В ЛІКУВАННІ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ

*Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»
Інститут інформаційно-хвильових технологій АН України*

Сучасний протокол хіміотерапії туберкульозу не враховує стару добру традицію вітчизняної медицини — не тільки вести боротьбу із збудником хвороби, а й надавати підтримку організму в зміцненні його захисних систем. На це спрямована патогенетична терапія. Очевидно, що тільки така двостороння спрямованість лікувальних заходів може бути шляхом підвищення ефективності хіміопрепаратів як основного методу лікування хворих на туберкульоз.

З цієї метою нами було проведено вивчення ефективності інформаційно-хвильової терапії (ІХТ) в протокольному лікуванні 61 хворого на хіміорезистентний туберкульоз легень, із яких у 35 (52,45 %) був вперше діагнований туберкульоз (ВДТБ), у 19 (20,21 %) — туберкульоз з хронічним перебігом і у 7 (7,45 %) — вперше діагнований ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз. Контрольну групу склали

101 хворий, із яких ВДТБ був у 52 (51,49 %) хворих, туберкульоз з хронічним перебігом (ХТБ) — у 37 (36,63 %) і ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз — у 12 (11,88 %) хворих. За статтю і віком групи були ідентичними.

За характером резистентності у хворих з ВДТБ (1 гр.) монорезистентність була у 11 (31,46 %), мультирезистентність — у 3 (8,58 %) і полірезистентність — у 21 (59,06 %), в контролі відповідно — у 15 (28,84 %), 14 (26,92 %) і 23 (44,24 %). В 2 групі хворих з хронічним перебігом туберкульозу мультирезистентність була у 6 (31,62 %) хворих, полірезистентність — у 13 (68,38 %). В контролі цієї групи монорезистентність була у 8 (21,6 %) хворих, мультирезистентність — у 13 (35,1 %) і полірезистентність — у 16 (43,3 %) хворих.

В 3 групі хворих з ВІЛ/СНІД-асоційованим туберкульозом мультирезистентність була у 4 (57,42 %), поліре-

зистентність — у 3 (42,58 %). В контрольній групі моно-резистентність була у 1 (8,4 %) хворого, мультирезистентність — у 6 (50,0 %) і полірезистентність — у 5 (41,6 %) пацієнтів.

Показанням для призначення ІХТ були резистентність МБТ до антибактеріальних препаратів, збереження бактеріовиділення після неефективного попереднього лікування і погана переносимість хворими протитуберкульозних препаратів. Застосування ІХТ здійснювали за способом Ярешка А. Г., Колбуна М. Д. (2003).

Результати проведеного дослідження показали, що ІХТ є важливим фактором підвищення ефективності сучасних режимів хіміотерапії туберкульозу. Майже всі хворі відмічали покращення самопочуття і кращу переносимість хіміопрепаратів уже в перше тижні лікування. Це проявилось і в об'єктивних показниках. Так в групі ВДТБ бактеріовиділення припинилось у 96,97 %

хворих, закриття порожнин розпаду досягнуто у 90,24 % випадків. В контролі бактеріовиділення припинилося у 89,6 % ($p > 0,05$) випадків, закриття порожнин відмічається у 64,65 % ($p < 0,05$) хворих. В групі ХТБ бактеріовиділення припинилось у 80,0 % хворих, закриття порожнин розпаду досягнуто у 50,0 % випадків, тоді як в контролі у хворих цієї групи бактеріовиділення припинилося у 29,41 % ($p < 0,05$) випадків, а закриття порожнин наступило у 20,37 % ($p < 0,05$) хворих. В групі ВІЛ/ТБ бактеріовиділення припинилось у 100 % хворих, закриття порожнин розпаду досягнуто у 71,43 % випадків. У хворих контрольної групи бактеріовиділення припинилося у 46,67 % ($p < 0,05$) випадків, закриття порожнин відмічено у 50,0 % хворих. Середній рівень лімфоцитів у І групі проявив тенденцію до зростання, тоді як у контрольній групі цей показник знизився на 23,72 %.