

А. Г. Ярешко, М. Д. Колбун, М. В. Куліш
КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ВИЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ
ЗА ДОПОМОГОЮ ІНФОРМАЦІЙНО-ХВИЛЬОВОЇ ТЕРАПІЇ

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава
НДУ «Інститут інформаційно-хвильових технологій», м. Київ*

В пошуках ефективних засобів патогенетичної терапії хворих на резистентний туберкульоз з 2002 року ми вивчаємо вплив магнітного випромінювання фізіологічного діапазону на ефективність хіміотерапії різних клінічних форм туберкульозу легень за допомогою технології інформаційно-хвильової терапії (ІХТ) з використанням апарату «ІХТ-Поріг» академіка Колбуна М. Д. [1, 4, 5, 8]. Необхідність такого пошуку продиктована постійним ростом резистентних форм туберкульозу, який набув характеру глобальної загрози людству [2, 9, 10], а ефективність протокольного лікування вимагає пошуку нових підходів і засобів. Дотримуючись принципів лікування української терапевтичної школи, яка передбачає вплив не тільки на збудника хвороби, як це здійснюють за протоколом, а й на організм хворої людини, нами була застосована інформаційно-хвильова терапія за допомогою апарату «ІХТ-Поріг» М. Д. Колбуна в якості патогенетичного засобу.

Метою дослідження було показати важливість інформаційно-хвильової терапії як ефективного патогенетичного засобу в лікуванні хронічних резистентних форм туберкульозу. Для визначення клінічної ефективності електромагнітного випромінювання була сформована група хворих на хронічні форми туберкульозу легень з безнадійним прогнозом не тільки на вилікування, а й на життя. Серед них була і хвора, історія хвороби якої наводиться.

Історія хвороби № 389. Т.Т.В., 1978 року народження, госпіталізована в стаціонарне відділення Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру 03.07.2002 р. з діагнозом ХТБ (1998) обох легень (фіброзно-кавернозний) Дестр +, МБТ +, М + К + Резист I (HS) Резист II 0 Гіст 0 Категорія 4 Когорта 3. Анемія. Кахексія. Хронічне легеневе серце в стадії компенсації, ЛСН-II ст.

Захворіла в 1996 році, коли виникли болі в животі. Після медичного спостереження протягом 4 місяців була прооперована, видалені тазові органи. Гістологічне дослідження видалених органів не проводилося. Через 2 місяці після операції на передній черевній стінці виник інфільтрат з флюктуацією. Хворій було проведено х-променеве обстеження органів грудної клітини і було встановлено в обох легенях вогнищеві тіні малої і середньої інтенсивності, з нечіткими контурами, місцями зливні, в верхніх частках множинні каверни (казеозна пневмонія). В мокроті виявлені МБТ. Був поставлений діагноз «Дисемінований туберкульоз обох легень, фаза деструкції, МБТ+». Туберкульоз органів черевної порожнини і тазових органів. Хворій була призначена стандартна

терапія протитуберкульозними препаратами. Основний і повторні курси лікування були неефективними і процес набув хронічного перебігу.

За 4 місяці стаціонарного лікування ефекту не було: хвора скаржилась на погане самопочуття, постійне підвищення температури тіла, нічні поти, слабкість, втому, відсутність апетиту, погану переносимість протитуберкульозних препаратів, спостерігалась негативна клініко-рентгенологічна динаміка і зберігалось бактеріовиділення. Загальний аналіз крові: від 10.10.2002 р. — ер.- $3,4 \times 10^{12}$ / л, Hb-106 г/л, лейкоц.- $6,4 \times 10^9$ /л, еоз.-7 %, п/я-15 %, с/я-63 %, лімф.-9 %, мон.-6 %, ШОЕ - 57 мм/год.

У зв'язку з неефективністю хіміотерапії з 21 жовтня 2002 року їй була призначена інформаційно-хвильова терапія (ІХТ) за допомогою апарату «ІХТ-Поріг», а також призначені ізоніазид, рифампіцин, піразинамід щоденно і офлоксацин в стандартних дозах. З перервами курс лікування ІХТ тривав до кінця березня 2003 року. За цей час хвора отримала 59 сеансів ІХТ в поєднанні з протитуберкульозними препаратами. Протягом першого місяця лікування ІХТ хвора відзначила кращу переносимість хіміотерапії, покращилось самопочуття, зменшилися слабкість, задишка, кашель і виділення мокротиння, з'явився апетит. Дослідження мокротиння від 4.02.2003 р. (через 3,5 місяці лікування ІХТ) ÷ МБТ в мокротинні бактеріоскопічним і культуральним методами не виявлені. Усі наступні аналізи мокротиння на МБТ були негативними.

Рентгенографія органів грудної клітини від 18.03.2003 р. — на оглядовій рентгенограмі відзначається виражена позитивна динаміка, розсмоктування інфільтрації і ущільнення вогнищ в обох легенях, зменшення каверн в правій легені у 1,5 рази, в лівій — в 2,5 рази.

Загальний аналіз крові: від 12.03.2003 р. — ер. - $4,1 \times 10^{12}$ / л, Hb - 133 г/л, лейкоц. - $7,3 \times 10^9$ /л, еоз. - 4 %, п/я - 1 %, с/я — 79 %, лейкоц. — 18 %, мон. — 8 %, ШОЕ - 15 мм/год. Прибавка маси тіла склала більше 5 кг, чого не спостерігалось протягом останніх 6 років.

Отже, застосування ІХТ в поєднанні з протитуберкульозними препаратами 1 ряду дало можливість протягом 4 місяців досягти зупинки прогресування хвороби та клінічної стабілізації, покращення загального стану, нормалізації самопочуття і гемограми та припинення бактеріовиділення.

Через 4 роки пацієнтка поступила в стаціонарне відділення з метою обстеження для підтвердження групи інвалідності. Загальний стан задовільний. Скарги тільки на задишку при фізичному навантаженні. Температура тіла в нормі. Грудна клітка правильної форми, перкуторний звук над верхніми частками тимпанічний, над нижніми частками ÷ легеневий з тим-

панічним відтінком. При аускультції дихання над верхніми частками не вислуховується, під лопатками — ослаблене везикулярне дихання, хрипи не вислуховуються. Всі показники гемограми в межах норми. МБТ в мокроті методом мазка і культуральним методом не виявлено. При рентгенологічному обстеженні органів грудної клітки: на місці верхніх часток обох легень справа визначається порожнина розмірами 16x11 см, зліва — порожнина розмірами 9x9 см. Порожнини мають округлу форму, тонку стінку з чіткими контурами (кісти). Ознаки перикавітарного запалення відсутні. В інших ділянках обох легень на фоні пневмофіброзу визначаються множинні вогнищеві тіні, високої та середньої інтенсивності. Даних за активацію (рецидив) туберкульозного процесу не виявлено.

Аналогічна картина була і в попередні 4 роки, протягом яких лікування не проводилось, що давало підстави вважати випадок туберкульозу вилікуваним з трансформацією гігантських каверн у кісти. Стало очевидним, що дія електромагнітного поля має позитивний вплив, який поширюється не тільки на МБТ, відновлюючи їх чутливість до протитуберкульозних препаратів, а й на весь організм і зокрема на соматичні клітини. Після — — 6 років неефективного лікування протитуберкульозними препаратами і формування туберкульозу з резистентніс-

тю МБТ, 4-місячна терапія тими ж препаратами з доповненням ІХТ забезпечила не тільки припинення бактеріовиділення, а й вилікування самої тяжкої форми туберкульозу. Наступні наші дослідження підтвердили ефективність ІХТ як патогенетичного засобу в протокольному лікуванні вперше діагностованого, резистентного і ВІЛ/СНІД-асоційованого туберкульозу легень [3, 6, 7].

Наведений клінічний приклад і результати проведених нами досліджень показали, що інформаційно-хвильова терапія це нове вирішення складної проблеми ефективного лікування резистентного туберкульозу. ІХТ проявляє виражений позитивний клінічний ефект, що проявляється покращенням самопочуття і загального стану хворого, нормалізує показники гемограми, відновлює сили, апетит і сон, покращує переносимість хворим медикаментозного навантаження, попереджає побічні реакції на хіміотерапію.

ІХТ проявляє вплив на резистентні мікобактерії туберкульозу, відновлює їх чутливість до протитуберкульозних препаратів, внаслідок чого досягається припинення бактеріовиділення в умовах хіміотерапії туберкульозу легень.

ІХТ проявляє позитивний вплив на соматичні клітини і на весь організм людини, обумовлює санацію туберкульозних каверн і трансформацію їх в кісти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Колбун НД. Бионическое моделирование воздействия оператора в мм-диапазоне длин волн: устройство и метод информационно-волновой терапии. *Электронная промышленность*. 1991;(5):43-44.
2. Фещенко ЮІ, Литвиненко НА, Погребна МВ, та ін. Лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю мікобактерій туберкульозу до протитуберкульозних препаратів: основні причини низьких результатів. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2016;(2):22-29.
3. Яreshko АГ, Воробюхіна АК, Куліш МВ, та ін. Ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень з первинною резистентністю МБТ. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2009;9(3):171-173.
4. Яreshko АГ, Колбун МД. Вивчення ефективності інформаційно-хвильової терапії в комплексному лікуванні мультиполірезистентного туберкульозу легень. *Матер. міжнародної науково-практичної конференції «Інформаційно-хвильова терапія і нова медична парадигма*. Київ. 2007;34-41.
5. Яreshko АГ, Колбун МД. Спосіб лікування полірезистентного туберкульозу. Пат. 62429 UA, МПК А61В8/00; заявник Яreshko Анатолій Григорович, Колбун Микола Дмитрович. № 2003032450; заявл. 21.03.2003; опубл. 15.12.2003, бюл. № 12, 2003 р.
6. Яreshko АГ, Колбун МД, Коптев ММ, та ін. Ефективність інформаційно-хвильової терапії в комплексному лікуванні вперше діагностованого, хронічного та ВІЛ/СНІД-асоційованого деструктивного туберкульозу легень. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2009;9(3):174-177.
7. Яreshko АГ, Колбун МД, Куліш МВ. Ефективність дії слабого електромагнітного випромінювання міліметрового діапазону в лікуванні хіміорезистентного туберкульозу. *Український пульмонологічний журнал*. 2017;(2)доповнення:125-126.
8. Яreshko АГ, Колбун МД, Чопорова ОІ. Ефективність інформаційно-хвильової терапії в комплексному лікуванні вперше виявленого деструктивного туберкульозу легень. *Тези доповідей XI Конгресу СФУЛТ*. Полтава-Київ-Чикаго. 2006;147.
9. Comolet T. Multidrug-resistant tuberculosis: challenges of a global emergence. *Bull. World Health Organ*. 2015;93(4):279-282.
10. World Health Organization. *Global Tuberculosis report 2016*. Geneva: WHO. 2016; 214 p.