

лечения больные принимали 2 препарата (изониазид и рафампицин или изониазид и пиразинамид) в течение 3-х месяцев. Больные находились в стационаре в среднем 193 дня.

Параллельно с химиотерапией применялось патогенетическое лечение. Больным с экссудативными плевритами и обширными инфильтратами на фоне туберкулоустатиков назначали преднизолон по укороченной схеме (суточная доза 15 мг принималась в течение 5-ти дней, затем каждую неделю уменьшалась на 5 мг). Для устранения побочных эффектов туберкулоустатических препаратов внутримышечно вводили витамин В6.

Для повышения эффективности химиотерапии туберкулеза и предупреждения развития выраженных фиброзных изменений в легких подросткам назначали физиотерапевтическое лечение. С началом II этапа интенсивной фазы лечения проводилась лазеротерапия (10 процедур на область поражения). Затем проводили электрофорез растворов изониазида, рифампицина, стрептомицина (20 процедур). Далее проводилась ультразвуковая терапия: фонофорез метилурацила на область поражения с одновременным приемом метилурацила внутрь (15

процедур). Через 1-2 недели перерыва курс физиотерапевтического лечения повторялся.

В результате проведенного лечения у всех больных полости распада закрылись, все были абациллированы. Отмечено полное рассасывание патологических изменений у 14 (48,2%) пациентов. При выписке у 1 (3,4%) имелся мелкий кальцинат, у 10 (34,5%) – фиброзно-очаговые изменения, у 2 (6,8%) сформировалась туберкулема, у 1 (3,4%) определялись плевральные спайки.

Выводы.

1. С учетом выявленных особенностей в течении туберкулеза органов дыхания у подростков для повышения эффективности лечения интенсивную фазу химиотерапии необходимо проводить 3-4-мя препаратами в условиях стационара в течение 6-8 месяцев.

2. Применение адекватной патогенетической терапии и физических методов (лазеротерапии, электрофореза, ультразвуковой терапии) в общем комплексе лечения туберкулеза органов дыхания у подростков предупреждает развитие выраженных остаточных изменений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аксенова В. А., Оляшнин В. Н., Кадникова О. Н., Иоромашвили Н. Г. // Проблемы туберкулеза. – 1992. - №3-4.
2. Лебедева Л. В., Горovenko Л. И. // Туберкулез у подростков (раннее выявление, профилактика, особенности клинического течения): Сборник трудов ЦНИИ туберкулеза. – М., - 1984.
3. Митинская Л. А., Тригуб Н. И., Фирсова В. А., Елуфимова В. Ф. // Проблемы туберкулеза. – 1979. - №8. – С.17-20.
4. Павлова М. В. // Проблемы туберкулеза. – 1985. - №3. – С.31-34.
5. Фирсова В. А. // Проблемы туберкулеза. – 1992. - №5-6.
6. Чарыкова Г. П., Чугаев Ю. П., Расовская Г. Л., Кондрашин А. Г. // Проблемы туберкулеза. – 1990. - №11. – С.19-21.
7. Янченко Е. Н., Греймер М. С. Туберкулез у детей и подростков. – С-П. – 1999. С.156-158.

*А.М. БУДРИЦКИЙ,
В.С. САМЦОВ, И.В. КУЧКО
Витебский государственный
медицинский университет*

ПРИМЕНЕНИЕ РОНКОЛЕЙКИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

По мнению ряда авторов [1, 3, 4, 5, 6], при туберкулезе легких доминируют нарушения Т-клеточного иммунитета, что служит основанием для

назначения иммунокорректирующей терапии в комплексном лечении туберкулеза легких. Появился ряд эффективных иммунокорректирующих препаратов

таких как интерлейкин – 1, 2, 12 и интерфероны [5]. Интерлейкин – 2 под названием ронколейкин является иммунным медиатором преимущественно регуляторного типа.

В литературе имеется ряд работ [1, 3, 6, 7] о применении ронколейкина в комплексном лечении туберкулеза легких.

Настоящее исследование проводилось с целью изучения эффективности применения ронколейкина на фоне стандартной химиотерапии у больных с тяжелыми прогрессирующими формами инфильтративного туберкулеза легких, а также у больных с фиброзно-кавернозным и диссеминированным туберкулезом легких. Ронколейкин вводили внутривенно капельно на физрастворе в дозе 1000000 МЕ в течение 4-6 часов с добавлением 4-8 мл 10% раствора альбумина трехкратно с интервалом в два дня. Полный курс лечения получили 22 больных туберкулезом легких, из них 15 больных с инфильтративным туберкулезом легких, 4 – с фиброзно-кавернозным и 3 – с диссеминированным туберкулезом легких. Все больные прошли клинико-иммунологическое обследование до начала, в процессе и после проведенного курса лечения. Клиническая картина характеризовалась выраженными симптомами интоксикации, фебрильной температурой, массивным бактериовыделением, наличием нередко множественных полостей распада. Иммунологическое обследование включало оценку субпопуляций лимфоцитов с использованием моноклональных антител (МКАТ) к CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺. Функциональная активность Т-клеток определялась в РБТЛ на ФГА. Специфический клеточный ответ оценивался в РБТЛ на ППД-Л. Клиническая эффективность препарата оценивалась по срокам исчезновения интоксикации, закрытия полостей распада, прекращения и уменьшения бактериовыделения.

В результате обследования данных больных были выявлены те или иные нарушения иммунитета. Так, у большинства больных отмечалось снижение абсолютного и относительного числа лимфоцитов (в 68 % случаев), выраженный дефицит Т-хелперов (в 72 %), угнетение их функциональной активности (снижение пролиферации клеток в ответ на ФГА – 75 % и ППД-Л – 64 % больных), а также отмечался дефицит цитотоксических лимфоцитов (в 82 % случаев).

После проведенного курса иммунокорректирующей терапии ронколейкином в лейкограмме большинства больных (в 82 %) обнаружен лейкоцитоз и нормализация числа лимфоцитов (у 44 % больных). Отмечена устойчивая тенденция к нормализации измененных показателей иммунитета. Так, содержание CD4⁺ возросло у 74,5 % больных, CD3⁺ – у 40 %, CD8⁺ – у 38 % больных. Выраженное иммуномодулирующее действие ронколейкин оказал на специфический клеточный ответ (РБТЛ на ППД-Л). Он активировал пролиферативный ответ в 52 % случаев. Функциональная активность лимфоцитов (по данным РБТЛ на ФГА) возросла в 55 % случаев. Следует отметить, что у 5 больных не удалось достичь клинического эффекта и достоверных изменений в иммунологических показателях.

После проведенного двухмесячного курса химиотерапии в комплексе с ронколейкином у 74 % больных отмечалась нормализация температуры тела, уменьшение или исчезновение симптомов интоксикации. Снижение массивности бактериовыделения или абациллирования мокроты наступило у 40 % случаев. Уменьшение полостей распада наблюдалось у 35 % больных.

Таким образом, использование ронколейкина эффективно и перспективно в качестве иммунокорректора в комплексном лечении распространенных и прогрессирующих форм туберкулеза легких.

ЛИТЕРАТУРА.

1. В.Я. Гергергт, Г.М. Космиади, З.П. Абрамова // Пробл.туб.- 1995. № 2. – С. 32-34.
2. Н.В. Заболотных, А.Е. Александрова и др. // Пробл.туб.- 1996.- № 1.- С. 32-35.
3. Б.Е.Кноринг, А.В.Елькин и др. // Пробл.туб. 1999. - № 5.- С. 26-29
4. В.И.Литвинов, А.М.Мороз, В.Я.Гергергт // Пробл.туб. – 1996.- № 6.- С. 14-19.
5. Ж.А.Ребенок // Медицинские знания. – 1999.- № 4. – С. 17-19.
6. А.Г. Хоменко. Туберкулез. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. – 496 с.
7. J.J.Ellner, USA // Int.J.Tuberc. Lung Dis.- 1998. – Vol. 2, № 9.- Suppl. 1.- P. 124-126.