

ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМЕНІ Ф.Г.ЯНОВСЬКОГО
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

ВАЛЕЦЬКИЙ ЮРІЙ МИКОЛАЙОВИЧ

УДК 616.24-002.54/.57-085.33-038.8

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІПОСТАБІЛУ НА ТЛІ АНТИМІКОБАКТЕРІАЛЬНОЇ
ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ВПЕРШЕ ДІАГНОСТОВАНИЙ
ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ

14.01.26 - фтизіатрія

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук

Київ - 2000

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Інституті фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського Академії медичних наук України.

Науковий керівник: доктор медичних наук Мельник Василь Михайлович, Інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського АМН України, заступник директора з науково-організаційної та науково-методичної роботи, завідувачий відділом епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології.

Офіційні опоненти:

Провідна установа:

Захист відбудеться "___" _____ 2000 р. о 12 год. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д.26.552.01 при Інституті фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського АМН України (252000, Київ, МСП-680, узвіз Протасів Яр, 7).

З дисертацією можна ознайомитися в бібліотеці Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського АМН України (252000, Київ, МСП-680, узвіз Протасів Яр, 7).

Автореферат розісланий "___" _____ 2000 р.

Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради Ж.Б.Бегоулева

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. В останні роки в Україні, як у багатьох країнах світу, спостерігається погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу, зокрема зростає захворюваність та смертність від цієї недуги (А.Г. Хоменко, 1995; Ю.І.Фещенко, В.М.Мельник, 1997; J. Crofton із співавт., 1997). За висловом R.T.Bell (1992), туберкульоз сьогодні - це тиха суспільна загроза людству, оскільки він зазнав суттєвого патоморфозу. Тому в квітні 1993 р. ВООЗ визнала туберкульоз глобальною небезпекою (М.Тоолє із співавт., 1997).

В Україні, наприклад, з 1990 р. до 1997 р. захворюваність всіма формами туберкульозу збільшилася на 53.44 % (з 32,0 на 100 тис. населення до 49.1 на 100 тис. населення), у Волинській області - на 91.72 % (з 29.0 на 100 тис. населення до 55.6 на 100 тис. населення), а смертність від туберкульозу за ці роки збільшилася в Україні в 2.1 рази, або з 8,1 на 100 тис. населення до 17,0 на 100 тис. населення, у Волинській області - в 2.0 рази, або з 9.2 на 100 тис. населення до 18.7 на 100 тис. населення.

Отже, у нашій країні за всіма ознаками цей стан можна кваліфікувати як епідемію туберкульозу. На цьому тлі в Україні з 1990 р. до 1997 р. у хворих на вперше діагностований туберкульоз легень відсоток припинення бактеріовиділення зменшився з 91 % до 80.6 %, відсоток загоєння порожнин розпаду - відповідно з 80 % до 67.5 % пролікованих, а частота рецидивів становить - 13.24 % - 21.25 % (Ю.І.Фещенко, В.М.Мельник, 1998). Схожа ситуація спостерігається й у Волинській області, оскільки з 1990 р. до 1997 р. відсоток припинення бактеріовиділення зменшився з 96.0 % до 87.5 %, а загоєння порожнин розпаду - з 91.0 % до 84.1 %. Тому проблема лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, зокрема підвищення його ефективності, є вельми актуальною і складною. З цією метою у повсякденній фтизіатричній практиці застосовуються різні патогенетичні середники, які дозволяють підвищити ефективність антимікобактеріальної терапії на 10 - 15 % (Н.А.Васильєв, 1995; Ю.І.Фещенко із співавт., 1996; А.Г.Хоменко із співавт., 1996).

Нашу увагу привернув Ліпостабіл. Цей препарат дозволений для застосування у клінічній практиці. Застосування Ліпостабілу рекомендується при гіперліпопротеїнемії (гіперхолестеринемії, гіпертригліцеридемії), атеросклерозі (В.А.Чернышев із співавт., 1994); при порушеннях коронарного, мозкового, периферичного кровообігу; для профілактики тромбоемболії перед оперативними втручаннями; профілактики і лікування жирової емболії (Н.Б.Николаева із співавт., 1997), нефротичному синдромі (М.Д.Машковский, 1997). Найчастіше застосовується Ліпостабіл в геріатричній практиці (Л.Д.Иткина, 1985) при серцево-судинних захворюваннях (Л.П.Купраш із співавт., 1993-1994), особливо при ішемічній хворобі серця (А.Н.Сененко із співавт., 1983; Е.И.Красильникова, 1990), нестабільній стенокардії (Е.И.Красильникова, 1986). За даними Т.В.Королевой, С.Жупайна (1986) у хворих на цукровий діабет у поєднанні із ішемічною хворобою серця Ліпостабіл регулює ліпідні та гомореологічні порушення. Препарат виявився ефективним у алкоголіків, хворих на вірусний гепатит В (В.М.Цыркунов із співавт., 1990; В.М.Цыркунов, 1992).

А.Д.Царегородцев, А.М.Николаев (1994) виявили терапевтичну ефективність Ліпостабілу і свіжезамороженої плазми при лікуванні дітей раннього віку із тяжкими формами вірусно-бактеріальних пневмоній. Проте в літературі ми не знайшли відомостей, що зазначений препарат застосовувався б при туберкульозі.

Ліпостабіл (Lipostabil) - це комплексний препарат, капсула якого містить есенціальні фосфоліпіди - ненасичені жирні кислоти (лінольова, ліноленова, олеїнова) - 300 мг і 7-(бета-гідрооксиетил)-теофіліну - 50 мг, а ампула - ті ж ненасичені жирні кислоти - 250-500 мг, піридоксину гідрохлорид - 2-4 мг, нікотинову кислоту - 1-2 мг, аденозин-5-монофосфат (АМФ) - 1-2 мг. Аналізуючи окремі інгредієнти Ліпостабілу можна сподіватися на ряд позитивних його властивостей.

Посилаючись на дослідження Ю.І.Фещенка та В.К.Гаврисюка (1996) поліненасичені жирні кислоти надзвичайно ефективні й перспективні при лікуванні пульмонологічних хворих. Й це спонукало нас вивчити ефективність Ліпостабілу у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, оскільки різні аспекти дії та ефективність Ліпостабілу у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень до цього часу не вивчалися і заслуговують уваги.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами: Робота виконана в рамках науково-дослідної роботи Інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського АМН України А.96.05 "Вивчити стан, проблеми та обсяги проведення основних протитуберкульозних заходів в Україні і розробити шляхи їх організації в сучасних умовах" (N державної реєстрації: 0196U008142)

Мета дослідження - підвищити ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень шляхом застосування Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії та вивчити вплив його на функцію зовнішнього дихання, клініко-рентгенологічні, імунологічні та інші лабораторні показники.

Задачі дослідження:

1. Вивчити особливості клініко-рентгенологічних проявів і перебігу вперше діагностованого деструктивного туберкульозу легень у хворих, що лікувалися Ліпостабілом у періоді основного курсу антимікобактеріальної терапії.
2. Вивчити особливості динаміки показників зовнішнього дихання, імунологічної реактивності організму та інших лабораторних показників у процесі лікування Ліпостабілом хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.
3. Вивчити ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень у хворих, що лікувалися Ліпостабілом.
4. Вивчити віддалені результати застосування Ліпостабілу у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.
5. Обґрунтувати показання і протипоказання до застосування Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.

6. Розробити практичні рекомендації щодо застосування Ліпостабілу в комплексному лікуванні хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.

Наукова новизна одержаних результатів. полягає в тому, що вперше розроблена технологія і досягнута ефективність ліпостабілотерапії на тлі антимікобактеріальної терапії хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, яка є предметом винаходу.

Доведено, що Ліпостабїл у зазначених хворих проявляє бронхолітичний, імуностимулюючий, гіполіпідемічний, антиагрегаційний ефект, завдяки чому полегшується перебіг специфічного процесу на тлі лікування, скорочуються терміни досягнення позитивної клініко-рентгенологічної динаміки у пацієнтів на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень та інволюції специфічного процесу, що проявляється збільшенням частоти загоєння порожнин розпаду й, відповідно, зменшенням термінів припинення бактеріовиділення та загоєння порожнин розпаду, а також скороченням термінів стаціонарного лікування хворих і тривалості основного курсу антимікобактеріальної терапії.

Відмічений сприятливий вплив Ліпостабілу на деякі показники гомеостазу, функціональні показники міокарду, печінки.

Уточнені показання й протипоказання щодо застосування Ліпостабілу у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень й науково обгрунтована доцільність застосування цього препарату для лікування зазначених хворих.

Практичне значення одержаних результатів полягає у всебічному вивченні клінічних проявів, результатів клінічного, фізикального, клініко-лабораторного, рентгенологічного, мікробіологічного, імунологічного та інструментального методів обстеження та виявлення особливостей їх прояву та перебігу вперше діагностованого деструктивного туберкульозу легень у хворих, котрі на тлі антимікобактеріальної терапії лікувалися Ліпостабілом.

Рекомендовано застосування Ліпостабілу за апробованою технологією на тлі антимікобактеріальної терапії хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, оскільки це полегшує перебіг специфічного процесу на тлі лікування, збільшує частоту загоєння порожнин розпаду й, відповідно, зменшує терміни припинення бактеріовиділення та загоєння порожнин розпаду, а також скорочує терміни стаціонарного лікування хворих і тривалості основного курсу антимікобактеріальної терапії.

Впровадження результатів досліджень в практику: фтизіатричні відділення Волинського, Житомирського, Вінницького, Івано-Франківського, Рівненського, Львівського обласних протитуберкульозних диспансерів. Пропозиції та розробки цього дисертаційного дослідження увійшли до наказу Волинського обласного протитуберкульозного диспансеру від *- * Ї *-* "Назва*-*". Основні висновки та практичні рекомендації наведені у *-* публікаціях на тему дисертації.

Особистий внесок здобувача. Автором одноосібно проведене клінічне обстеження 159 (76.08 %) хворих, з них всі II (основної) групи, розробка всіх основних положень дисертаційної роботи. Нами безпосередньо проводилася розробка способу лікування туберкульозу із

застосуванням Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії. Статистична обробка та аналіз матеріалу, оформлення результатів належить автору.

Апробація результатів дисертації. Матеріали дослідження доповідалися на: науково-практичних конференціях лікарів-фтизіатрів Волинської (1996-1999 рр.), Рівненської (1997 р.), Житомирської областей (1998 р.), підсумковій нараді-семінарі лікарів-фтизіатрів Західного регіону України (Луцьк, 1998 р.). Робота апробована у Інституті фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського АМН України (1999 р.).

Публікації. На тему дослідження опубліковано 3 наукових праці, у тому числі 1 винахід, розроблена 1 раціоналізаторська пропозиція.

Обсяг і структура дисертації. Робота викладена на *-* сторінках, ілюстрована 34 таблицями, складається із переліку умовних позначень, символів, одиниць, скорочень і термінів, вступу, огляду літератури, 5 розділів власних досліджень, висновків, практичних рекомендацій, переліку 168 посилань.

ЗМІСТ РОБОТИ

Матеріал та методи дослідження й лікування. Під нашим спостереженням було 209 хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень у віці від 18 до 80 років, котрі лікувалися у Волинському обласному протитуберкульозному диспансері в 1994 - 1998 роках. Чоловіків було 161 (77.03 %), жінок - 48 (22.97 %). Ці хворі розподілені на дві ідентичні й співставлювані клінічні групи за віком, статтю та клінічними формами туберкульозу.

До I (контрольної) групи віднесено 102 (48.80 %) хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень, що лікувалися антимікобактеріальними препаратами.

У II (основну) групу включено 107 (51.20 %) хворих, які з приводу вперше діагностованого деструктивного туберкульозу легень отримували антимікобактеріальні препарати та Ліпостабіл.

Туберкульоз легень виявлений під час профілактичного обстеження у 49 (48.04 %) хворих I та у 39 (36.45 %) II груп, при зверненні - у 53 (51.96 %) і 68 (63.55 %) відповідно ($P > 0.05$). При поступанні хворих на стаціонарне лікування переважав інфільтративний туберкульоз, що спостерігався у 80 (78.43 %) хворих I і у 87 (81.31 %) II групи. Дисемінований туберкульоз діагностований відповідно у 20 (19.61 %) і у 18 (16.82 %), фіброзно-кавернозний - по 2 хворих в обох групах, або у 1.96 та 1.87 % відповідно. У всіх пацієнтів був деструктивний процес із інфільтрацією та засівом.

Всім хворим проводили загальноприйняті клінічні методи обстеження, термометрію, вимірювання росту та маси тіла, рентгенографію органів грудної дулини в двох проекціях, загальний клінічний аналіз крові та сечі, вимірювання частоти пульсу, артеріального тиску, електрокардіографію, загальний клінічний аналіз харкотиння, дослідження функції зовнішнього

дихання, глюкози крові та сечі, загального білка сироватки крові та його фракцій, холестерину, білірубину крові, активності глютамінкоаланінової трансамінази (АлТ) та аспартаталанінової трансамінази (АсТ), дослідження рівня натрію, калію, хлоридів крові, сечовини й залишкового азоту крові, пробу Манту, аналіз харкотиння методом бактеріоскопії, флотації та посіву, визначення лікарської стійкості мікроорганізмів при поступанні та у процесі антимікобактеріальної терапії й інші методи клініко-рентгенологічного обстеження (за показаннями). До останніх віднесені прицільна томографія зони деструкції у вибраних зрізах, томографія трахеобронхіального дерева, бронхографія, тімолова проба, коагулограма крові, гематокритну величину, фосфоліпіди, бета-ліпопротеїни та обчислювали коефіцієнт холестерин/фосфоліпіди. Методики їх загальноприйняті та описані у доступній літературі.

До того ж, для вивчення рентгенологічної динаміки під впливом Ліпостабілу проводили рентгенометрію за принципом квадрованих фігур (В.Т.Воднев із співавт., 1989). В'язкість плазми і крові визначали віскозиметром, холестерин крові за методом Рапопорта-Енгельгардта. Імунологічне обстеження у 81 (38.76 %) хворого за методами, описаними Е.Ф.Чернушенко, Л.С.Когосовой із співавт. (1988). Результати імунологічних досліджень зрівнювали з аналогічними показниками 22 здорових донорів.

Ускладнення туберкульозного процесу спостерігалися у 17 (8.13 %) хворих, з них у 8 (7.84 %) - І і у 9 (8.41 %) - ІІ груп. Кровохаркання відповідно у 2 (1.96 %) і у 3 (2.80 %), легенево-серцева недостатність - у 4 (3.92 %) і у 3 (2.80 %), ексудативний плеврит - по 1 (0.98 % і 0.93 %), а спонтанний пневмоторакс був у 2 (1.87 %) хворих ІІ групи, легенева кровотеча - у 1 (0.98 %) - І групи.

У 146 (69.86 %) виявлено 175 різних супутніх захворювань, причому у 69 (67.65 %) хворих І групи діагностовано 85, а у 77 (71.96 %) - ІІ групи - 90 супутніх недугів. Найчастіше у структурі супутньої патології спостерігалися неврози і неврастенії (23.92 %), хвороби зубів та ясен (14.35 %), хронічний алкоголізм (11.48 %), хронічний гастрит (7.17 %) і т.д.

Математико-статистична обробка і цифровий аналіз проведені на персональній ЕОМ "Pentium-150" із використанням пакету програмних засобів "Statistica-5.0" у середовищі Windows-95.

Отже, спостережуваним хворим проведене сучасне всебічне, комплексне обстеження, яке дозволило у них верифікувати основний і супутній діагноз, своєчасно діагностувати ускладнення патологічного процесу, а також детально уточнити поширеність процесу в легенях, локалізацію вогнищ засіву, встановити клініко-функціональний діагноз, вивчити функціональний стан внутрішніх органів і систем. Все це дозволило індивідуалізувати і суттєво оптимізувати лікування спостережуваних хворих.

Всі хворі отримували ідентичну антимікобактеріальну терапію. Так, схему N 1 (2HRZS/7,4HR) застосовували у 61 (59.80 %) хворого І групи та у 68 (63.55 %) - ІІ групи ($P > 0.05$) в основному у бактеріовиділювачів і при розповсюдженішому процесі в межах частки легень. Схему N 2 (3HRZE2S/7,5HR) застосовували у 9 (8.82 %) пацієнтів І групи і у 14 (13.08 %) - ІІ групи ($P > 0.05$), у котрих був найважчий і найрозповсюдженіший туберкульозний процес в

одній або обох легенях та з бактеріовиділенням. Схеми N 3 (2HRZ/7,3HR) і N 4 (2HRE/6,3HR) застосовували відповідно у 28 (27.45 %) і у 4 (3.93 %) хворих I групи та у 22 (20.56 %) і 3 (2.81 %) - II групи ($P > 0.05$).

У хворих I групи Ліпостабіл не застосовували, а всім хворих II групи його призначали з перших днів антимікобактеріальної терапії, лише у 3 (2.80 %) пацієнтів із кровохарканням ми спершу досягли припинення кровохаркання, а потім приєднали ліпостабілотерапію. Ліпостабіл біля 3 - 4 тижнів (в середньому 3.5 ± 0.2 тижні) призначали внутрішньовенно щоденно по 10 - 20 мл і всередину по 1 - 2 капсулі перед вживанням їжі тричі на добу. При цьому, за даними віскозиметрії, домагалися зниження в'язкості крові на 10 - 20 % від фізіологічної норми (0.005 н*сек/м^2 , або в середньому $(0.005 \pm 0.00002) \text{ н*сек/м}^2$).

Після досягнення позитивної клініко-рентгенологічної динаміки, а саме розсмоктування перифокального запалення в легені, зменшення розмірів патологічного процесу, подолання інтоксикації ще близько 10 - 12 тижнів (в середньому 11.3 ± 0.3 тижні) призначали підтримуючу дозу Ліпостабілу по 1 - 2 капсулі всередину перед вживанням їжі 3 рази на день. Загальний курс ліпостабілотерапії становив близько 3 - 4 місяців, або (3.3 ± 0.3) місяців. Потім доліковування хворого здійснювали лише антимікобактеріальними препаратами впродовж 3 - 4 місяців без Ліпостабілу (в середньому 3.2 ± 0.3 місяців), причому весь курс лікування хворого на туберкульоз легень тривав 6 - 8 місяців (в середньому 6.5 ± 0.4 місяців).

Таким чином, спостережувані хворі зазнавали комплексного різнобічного обстеження сучасними методами, а також ідентичного етіотропного лікування, що дозволяє коректно зрівнювати обидві групи стосовно вирішення завдань цього дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення. В ході проведеного дослідження нами встановлено таке.

У хворих II групи, котрим призначали Ліпостабіл, переважна більшість скарг проходила в середньому на (1.07 ± 0.29) міс. раніше, ніж у пацієнтів I групи ($P < 0.001$). Так, загальна слабкість у цих хворих проходила на (0.87 ± 0.31) міс. ($P < 0.05$), в'ялість - на (0.73 ± 0.21) міс. ($P < 0.02$), погіршення працездатності - на (1.58 ± 0.39) міс. ($P < 0.01$), потіння - на (1.05 ± 0.31) міс. ($P < 0.02$), погіршення апетиту - на (1.11 ± 0.23) міс. ($P < 0.001$), кашель - на (1.10 ± 0.25) міс. ($P < 0.01$) раніше, ніж у I групі.

За даними аускультатії, жорстке дихання і хрипи проходили у хворих II групи відповідно на 1.02 ± 0.20 і (0.62 ± 0.18) міс. швидше від I групи ($P < 0.001 - 0.02$). У хворих, що лікувалися Ліпостабілом, загальний аналіз крові нормалізувався на (0.75 ± 0.26) міс., а загальний аналіз сечі - на (0.58 ± 0.20) міс. раніше, ніж у I групі ($P < 0.05$).

Цю позитивну динаміку ми не пояснюємо прямим впливом Ліпостабілу, а тим, що у порівнянні із I групою у хворих II групи раніше наступала детоксикація організму (1.60 ± 0.25) проти (2.28 ± 0.23) міс., $P < 0.05$). Встановлено, що чим легший ступінь інтоксикації, тим коротші терміни детоксикації.

Із 18 (17.65 %) хворих I групи та 15 (14.02 %) - II групи, у котрих на бронхоскопії діагностований неспецифічний ендобронхіт, у 14 (93.33 %) осіб II групи та у 10 (55.55 %) - I

групи через 2 місяці при повторному обстеженні він не виявлявся ($P < 0.01$). Проте специфічний ендобронхіт дренажного бронха у всіх пацієнтів ще залишався.

Розсмоктування вогнищ засіву у хворих I групи наступило через (2.41 ± 0.23) міс., II групи - через (1.75 ± 0.18) міс., себто на (0.66 ± 0.22) міс. швидше ($P < 0.05$). Як правило, із розсмоктуванням вогнищ засіву спостерігалось й зменшення перифокальних інфільтративних змін. Тому в перші 3 місяці градієнт зменшення площі патологічного процесу становив $(10.04 \pm 3.15) \%$ у I групі та $(19.38 \pm 2.56) \%$ - у II групі, себто на $(9.34 \pm 2.85) \%$ швидше при $P < 0.02$. Причому у наступні 3 місяці (4-6 місяці від початку антимікобактеріальної терапії) цей градієнт сповільнився у I групі в 3.3 рази ($P < 0.001$), а у II групі - в 2.7 раз ($P < 0.003$) порівнянно із градієнтом у перші 3 місяці й становив відповідно $(3.05 \pm 1.12) \%$ та $(7.21 \pm 1.37) \%$ при $P < 0.02$.

Отже, у хворих II групи інволюція специфічного патологічного процесу в легенях наступала швидше, ніж у контрольній групі.

Побічні реакції антимікобактеріальних препаратів в процесі лікування у хворих II групи зустрічалися втричі рідше, ніж у I групі (5.61 % проти 16.67 %, $P < 0.02$).

Ми не виявили впливу Ліпостабілу на туберкулінову чутливість до і після лікування. Однак, нами встановлено, що під впливом Ліпостабілу такі зміни ЕКГ як дистрофія й гіпоксія міокарду та тахікардія у хворих II групи нормалізувалися або зменшилися їх інтенсивність на (1.48 ± 0.21) міс. швидше, аніж у I групі ($P < 0.001$). Тоді як екстрасистолія практично залишалася у всіх хворих й після ліпостабілотерапії.

У хворих II групи статистично вірогідно ($P < 0.02$) загальний стан хворого стабілізувався вдвічі швидше, аніж в I групі (0.77 ± 0.23 проти 1.56 ± 0.20 міс), причому чим агресивніший початок туберкульозного процесу (поширений процес із інтоксикацією), тим триваліші терміни стабілізації загального стану хворого ($r = 0.67$, $P < 0.003$). Еволюція поліпшення загального стану хворих, себто перехід від важкого до середнього і задовільного загального стану, у хворих II групи здійснювалася в 1.4 - 1.8 разів швидше, ніж у I групі ($P < 0.05-0.003$). Спалах туберкульозу на тлі лікування і хвилеподібний перебіг процесу у II групі спостерігався по 1 (0.93 %) хворому, тоді як у I групі - по 6 (5.88 %) при $P < 0.05$.

Статистично вірогідних особливостей перебігу й особливостей лікування ускладнень туберкульозу легень у 8 (7.84 %) пацієнтів I групи та 9 (8.41 %) - II групи ми не виявили. Однак, ми відмітили сприятливий вплив Ліпостабілу на такі супутні захворювання як атеросклероз (3.74 % хворих II групи), гіпертонічну хворобу (2.80 %), цукровий діабет (4.67 %) та на функцію печінки при хронічному алкоголізмі (13.08 %).

Функцію зовнішнього дихання (ФЗД) при поступанні у стаціонар досліджувалася всім пацієнтам, а повторне дослідження у терміни 3-4 місяців проводили 43 (42.16 %) пацієнтам I та 55 (51.40 %) - II груп, у яких були найвираженіші порушення ФЗД.

За початкові показники прийнято 100 %. У хворих I групи через (3.3 ± 0.3) міс. лікування відмічається тенденція до поліпшення показників зовнішнього дихання, але різниця статистично не достовірна. У хворих II групи після завершення курсу Ліпостабілу у порівнянні із вихідними даними ($P < 0.001$) і навіть у порівнянні з аналогічними показниками після (3.3 ± 0.3)

міс. лікування хворих I групи статистично вірогідно поліпшилися показники зовнішнього дихання, причому як рестриктивні так й обструктивні. Заслуговує уваги те, що внаслідок ліпостабілотерапії поліпшилася прохідність бронхів: порівняно з вихідними даними МОШ₂₅ збільшилася до $(117.95 \pm 3.51) \%$, МОШ₅₀ - до $(120.00 \pm 4.99) \%$, МОШ₇₅ - до $(118.68 \pm 4.03) \%$, проба Тіфно - до $(119.32 \pm 5.64) \%$, ОФВ₁ - до $(118.26 \pm 5.01) \%$ при $P < 0.001$. Це свідчить про те, що Ліпостабіл привів до поліпшення прохідності бронхів і має бронхолітичний ефект.

Після лікування Ліпостабілом поліпшилися й інші показники ФЗД, зокрема ЖЄЛ - до $(121.34 \pm 5.18) \%$, ФЖЄЛ - до $(124.57 \pm 4.31) \%$, РД - до $(131.20 \pm 3.44) \%$, КвО₂ - до $(124.85 \pm 4.12) \%$ при $P < 0.001$. Але, на наш погляд, основна заслуга тут належить антимікобактеріальним препаратам у поєднанні з Ліпостабілом, під впливом яких пришвидшується розсмоктування специфічного процесу, тому й об'ємні показники ФЗД у зазначені терміни теж поліпшилися.

Найважливіші імунологічні показники, що відображають всі головні ланки імунітету, при поступанні у відділ хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень були статистично вірогідно пригнічені у всіх 34 (33.33 %) обстежених пацієнтів I та 47 (43.92 %) - II групи у порівнянні з нормою.

Однак, через (3.3 ± 0.3) міс. антимікобактеріальної терапії імунологічні показники у хворих I групи, безперечно, поліпшилися у порівнянні з вихідними даними, але статистично не вірогідно, за винятком РБТЛ з ФГА, де різниця статистично вірогідна (56.67 ± 1.57) проти $(50.51 \pm 1.21) \%$ при $P < 0.003$. Стосовно хворих II групи, то після завершення ліпостабілотерапії у порівнянні з вихідними даними збільшилася абсолютна кількість лімфоцитів (з 1.39 ± 0.11 до (1.71 ± 0.10) Г/л, $P < 0.05$), Т-лімфоцитів (з 33.84 ± 0.74 до $(37.2 \pm 0.86) \%$, $P < 0.01$), В-лімфоцитів (з 12.08 ± 1.14 до $(15.5 \pm 1.2) \%$, $P < 0.05$), поліпшилася функціональна активність лімфоцитів (показник РБТЛ з ФГА збільшився з 48.37 ± 1.05 до $(58.64 \pm 1.15) \%$, $P < 0.001$), концентрація Ig G (з 9.18 ± 0.41 до (12.26 ± 0.49) г/л, $P < 0.001$), Ig A (з 1.45 ± 0.22 до $(2.2 \pm 0.18) \%$, $P < 0.01$). Виняток становить концентрація імуноглобулінів М в крові, яких до лікування було (0.70 ± 0.14) г/л, а після лікування - (0.77 ± 0.1) при $P > 0.5$. Це вказує на імуностимулюючий ефект Ліпостабілу. Завдяки цьому ефектові ми пояснюємо те, що антимікобактеріальна терапія у поєднанні із ліпостабілотерапією пришвидшує розсмоктування специфічного процесу у порівнянні із хворими I групи.

Нами підтверджені дані літератури (В.А.Чернышев із співавт., 1994; Н.Б.Николаева із співавт., 1997) про те, що Ліпостабіл має гіполіпідемічний ефект. У хворих II групи після ліпостабілотерапії у порівнянні із показниками при поступанні у відділ зменшилися концентрація холестерину в крові на $(41.27 \pm 0.35) \%$ (із 8.9 ± 0.3 до (6.3 ± 0.4) ммоль/л, $P < 0.001$), фосфоліпідів - на $(18.52 \pm 0.14) \%$ (з 3.2 ± 0.15 до (2.7 ± 0.11) ммоль/л, $P < 0.001$), бета-ліпопротеїнів - на $(25.0 \pm 0.34) \%$ (з 7.0 ± 0.3 до (5.6 ± 0.2) ммоль/л, $P < 0.001$), на $(16.67 \pm 0.15) \%$ - коефіцієнт холестерин/фосфоліпіди (з 2.8 ± 0.17 до 2.4 ± 0.10 , $P < 0.05$).

У хворих, котрі лікувалися Ліпостабілом, знижувалася в'язкість крові (з 0.0084 ± 0.0009 до (0.0042 ± 0.0011) н*сек/м², $P < 0.01$) та плазми (з 0.00295 ± 0.0005 до (0.00161 ± 0.0004) н*сек/м², $P < 0.05$), що свідчить про антиагрегаційний ефект препарату. Гіпокоагуляційний

ефект Ліпостабілу проявлявся зниженням фібриногену плазми (з 12.19 ± 0.31 до (10.25 ± 0.25) мкмоль/л, $P < 0.001$), щезанням фібриногену В, збільшенням часу згортання крові (з 6.0 ± 0.2 до (8.0 ± 0.2) хв., $P < 0.001$), зменшенням часу рекальцифікації плазми (з 84.19 ± 4.18 до (69.14 ± 3.54) сек., $P < 0.01$), зменшенням протромбінового індексу (з 102.61 ± 8.54 до (75.34 ± 7.65) %, $P < 0.02$), а також зменшенням гематокритної величини (з 49.83 ± 1.53 до (41.31 ± 1.24) %, $P < 0.001$).

Ліпостабіл на (39.22 ± 5.35) % зменшував концентрацію загального білірубіну в крові (з 14.1 ± 1.2 до (10.2 ± 1.00) ммоль/л, $P < 0.02$) у 30 (28.04 %) хворих, у котрих цей показник був підвищений. Водночас у 77 (71.96 %) хворих, у яких не спостерігалось білірубінемії, Ліпостабіл не впливав на концентрацію білірубіну в крові (10.43 ± 0.48 проти (11.00 ± 0.36) ммоль/л, $P > 0.3$). Така ж тенденція виявлена й стосовно АлТ і АсТ. Отже, Ліпостабіл поліпшує функцію печінки. Він також збільшує концентрацію альбумінів на (3.61 ± 0.42) % ($P < 0.05$), гамма-глобулінів крові - на (20.11 ± 2.10) % ($P < 0.02$) та зменшує концентрацію бета-глобулінів на (46.67 ± 2.15) % ($P < 0.05$).

Застосування Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії не впливає на частоту припинення бактеріовиділення (96.15 % у I групі та 100.0 % у II групі, $P > 0.1$), але на 5.97 % збільшує частоту загоєння порожнин розпаду (98.13 % проти 92.16 %, $P < 0.05$). Отже, припинення бактеріовиділення наступило у 100.0 % пацієнтів II групи, що на 12.5 % більше ($P < 0.001$) від середньоволинського показника (87.5 %) і на 19.4 % більше ($P < 0.001$) від середньоукраїнського показника (80.6 %). У цих же хворих порожнини розпаду загоїлися у 98.13 % хворих, що на 14.03 % більше ($P < 0.001$) від середньоволинського показника (84.1 %) і на 30.63 % більше ($P < 0.001$) від середньоукраїнського показника (67.5 %).

Терміни припинення бактеріовиділення у хворих II групи на (1.0 ± 0.3) міс. менші, ніж у I групі: 1.7 ± 0.3 проти (2.7 ± 0.3) міс, $P < 0.02$, а терміни загоєння порожнин розпаду відповідно на (1.3 ± 0.3) міс. менші, або 4.1 ± 0.5 проти (5.4 ± 0.4) міс. при $P < 0.05$.

Загоєння порожнин розпаду або каверн, припинення бактеріовиділення, розсмоктування або зменшення патологічного процесу, відсутність великих залишкових змін після проведеного основного курсу етіопатогенетичної терапії ми розцінювали як "повний клінічний ефект". Частота останнього у хворих II групи на 5.97 % більша ($P < 0.05$) від I групи; він наступив відповідно у 105 (98.13 %) і 94 (92.16 %). Щодо інших показників різниця статистично не вірогідна. Частковий клінічний ефект (припинення бактеріовиділення при наявності порожнин розпаду) досягнутий у 6 (5.88 %) хворих I групи і 2 (1.87 %) - II групи ($P > 0.1$). Окрім того, 2 (1.96 %) хворих I групи лікувалися без ефекту, бо бактеріовиділення у них продовжувалося, порожнини розпаду не загоювалися. Летальності не було в жодній групі.

Тривалість стаціонарного лікування у хворих II групи на (1.3 ± 0.4) міс. була меншою від I групи (4.3 ± 0.4 проти (5.6 ± 0.3) міс., $P < 0.02$). Аналогічно тривалість основного курсу антимікобактеріальної терапії завдяки застосуванню Ліпостабілу була на (2.3 ± 0.4) міс. меншою, ніж без застосування цього патогенетичного препарату (6.2 ± 0.3 проти (8.5 ± 0.5) міс., $P < 0.001$).

В II групі у порівнянні із I групою малі залишкові зміни спостерігалися на 13.81 % частіше (63.81 % проти 50.00 %, $P < 0.05$), а великі - на 13.65 % рідше (25.71 % проти 39.36 %, $P < 0.05$). Кількість хворих із відсутніми залишковими змінами в обох групах була приблизно однакова: 10.64 % в I групі та 10.48 % у II групі.

У терміни (2.32 ± 0.62) роки 5 (4.91 %) хворих I групи і 7 (6.54 %) - II групи вибули за межі області, тому віддалені результати ми вивчили у 97 (95.10 %) хворих I групи і у 100 (93.47 %) - II групи. Клінічне вилікування хворих II групи утримувалося на 10.53 % частіше, ніж у I групі (93.00 % проти 82.47 %, $P < 0.05$), а хронічний туберкульоз спостерігався відповідно на 6.25 % рідше (2.00 % проти 8.25 %, $P < 0.05$). Статистично вірогідної різниці в обох групах щодо рецидиву (7.22 % у I групі та 2.00 % у II групі, $P > 0.05$) і летальності (відповідно 2.06 % і 3.00 %, $P > 0.5$) не виявлено.

У віддалені терміни померло 5 (2.39 %) хворих, в тому числі у 2 (2.06 %) I групи і 3 (3.00 %) II групи. Один хворий I групи помер від прогресування туберкульозу, другий - від алкоголізму у зв'язку із асфіксією у стані сп'яніння. Серед померлих хворих II групи жоден з них не помер у зв'язку з туберкульозом; причинами смерті були травма - у 1, інфаркт міокарду - у 2.

Нами не виявлено впливу Ліпостабілу на частоту залишкових змін, інвалідизацію та показники реабілітації хворих.

На основі проведених досліджень встановлено, що Ліпостабіл протипоказаний при його непереносності, схильності до кровоточивості й тимчасово протипоказаний при кровохарканні та легеневій кровотечі. Ліпостабіл показаний у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень у віці 40 років і старшому, при поширеності специфічного процесу в межах однієї частки легені й більше, туберкульозній інтоксикації середнього або важкого ступеня, тахікардії, дистрофії та гіпоксії міокарду, гіперхолестеринемії, збільшенні в'язкості крові та плазми, гіперкоагуляційних станах, бронхообструктивних порушеннях, зниженні імунологічної реактивності організму, порушенні функції нирок, печінки, кардіотоксичних розладах, гепатиті, атеросклерозі та гіпертонічній хворобі. Якщо немає зазначених показань, то від ліпостабілотерапії можна утриматися у віці до 40 років й тоді, коли туберкульозний процес займає менше однієї частки легені, інтоксикація відсутня або легкого ступеня, відсутності змін на електрокардіограмі або при порушеннях серцевого ритму, відсутності гіперхолестеринемії, нормальній в'язкості крові та імунологічній реактивності організму, помірній гіпокоагуляції.

Таким чином, проведене нами дисертаційне дослідження є самостійною, завершеною науково-дослідною працею, в якій отримані нові науково-обгрунтовані результати щодо диференційованого застосування за новим призначенням Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень й позитивного впливу його на функцію зовнішнього дихання, клініко-рентгенологічні, імунологічні та інші лабораторні показники, що в сукупності вирішує актуальне наукове завдання - підвищення ефективності лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень і має суттєве науково-практичне значення для фтизіатрії.

ВИСНОВКИ

1. За останні роки як в Україні, так й у Волинській області, на тлі погіршення епідеміологічної ситуації з туберкульозу погіршується ефективність лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень.

2. Під впливом Ліпостабілу у хворих швидше проходять основні скарги на 1.07 місяця, жорстке дихання та хрипи при аускультації на 1.02 місяця, нормалізуються загальні аналізи крові на 0.75 місяця та сечі на 0.58 місяця, оскільки раніше настає детоксикація організму, виліковується неспецифічний ендобронхіт, зазнає інволюції специфічний патологічний процес в легенях і рідше зустрічаються побічні дії антимікобактеріальних препаратів, а також спостерігається сприятливий вплив на дистрофію і гіпоксію міокарду та тахікардію.

На тлі ліпостабілотерапії туберкульозний процес і деякі супутні недуги перебігають стабільніше й легше, зменшується частота спалахів туберкульозу, швидше стабілізується і поліпшується загальний стан хворих. Проте препарат не впливає на перебіг та терміни лікування ускладнень туберкульозного процесу.

3. Ліпостабіл у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень проявляє бронхолітичний, імуностимулюючий, гіполіпідемічний, антиагрегаційний ефект, завдяки чому скорочуються терміни досягнення позитивної клініко-рентгенологічної динаміки у хворих. Препарат також поліпшує функцію печінки, збільшує кількість альбумінів і гамма-глобулінів крові та зменшує концентрацію бета-глобулінів,

4. Завдяки ліпостабілотерапії у поєднанні із антимікобактеріальними препаратами збільшується частота загоєння порожнин розпаду на 5.97% та й відповідно частота досягнення повного клінічного ефекту, зменшуються терміни припинення бактеріовиділення на 1 місяць та загоєння порожнин розпаду на 1.3 місяця, а також скорочуються терміни стаціонарного лікування хворих на 1.3 місяця і тривалість основного курсу антимікобактеріальної терапії на 2.3 місяця.

Однак, застосування Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії не впливає на частоту припинення бактеріовиділення у хворих-бактеріовиділювачів та на загальну частоту залишкових змін, хоча великі залишкові зміни зустрічаються рідше від малих.

5. У віддалені терміни внаслідок ліпостабілотерапії клінічне вилікування настає частіше на 10.53%, а хронізація туберкульозу на 6.25% рідше. Проте впливу препарату на частоту залишкових змін, інвалідизацію та показники реабілітації не виявлено.

6. Показаннями до застосування Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень є: вік 40 років і старший; поширеність специфічного процесу в межах однієї частки легені і більше; туберкульозна інтоксикація середнього або важкого ступеня; тахікардія, дистрофія та гіпоксія міокарду; гіперхолестеринемія; збільшення в'язкості крові та плазми; гіперкоагуляційні стани; бронхообструктивні порушення функції зовнішнього дихання; зниження імунологічної

реактивності організму; порушення функції нирок, печінки, кардіотоксичні розлади, гепатит внаслідок побічної дії антимікобактеріальних препаратів чи супутніх недугів, а також супутні атеросклероз та гіпертонічна хвороба. Препарат протипоказаний при його непереносності, схильності до кровоточивості й тимчасово протипоказаний - при кровохарканні та легеневій кровотечі.

Ліпостабілотерапія не протипоказана, але від неї можна утриматися у віці до 40 років й тоді, коли туберкульозний процес займає менше однієї частки легені, інтоксикація відсутня або легкого ступеня, відсутності змін на електрокардіограмі або при порушеннях серцевого ритму, відсутності гіперхолестеринемії, нормальній в'язкості крові та імунологічній реактивності організму, помірній гіпокоагуляції, якщо не має явних показань або протипоказань до застосування Ліпостабілу.

7. Ліпостабіл доцільно застосовувати у комплексному лікуванні хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень з урахуванням диференційованих показань і протипоказань.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. У лікуванні хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень провідне місце належить антимікобактеріальній терапії, яку застосовують за загальновідомими режимами і схемами.

2. З перших днів антимікобактеріальної терапії впродовж 3-4 тижнів рекомендується Ліпостабіл внутрішньовенно щоденно по 10-20 мл і всередину по 1-2 капсулі перед вживанням їжі тричі на добу. При цьому, за даними віскозиметрії, домагаються зниження в'язкості крові на 10-20 % від фізіологічної норми (0.005 н*сек/м^2 , або в середньому $(0.005 \pm 0.00002) \text{ н*сек/м}^2$).

Після досягнення позитивної клініко-рентгенологічної динаміки, а саме розсмоктування перифокального запалення в легені, зменшення розмірів патологічного процесу, подолання інтоксикації, тривалістю 10-12 тижнів призначають лише підтримуючу дозу Ліпостабілу по 1-2 капсулі всередину до вживання їжі 3 рази на день, орієнтуючись на рівень в'язкості крові. Загальний курс ліпостабілотерапії - близько 3-4 місяців, причому весь курс антимікобактеріального лікування хворого на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень триває не менше 6-8 місяців.

4. Показаннями до застосування Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії у хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень є: вік 40 років і старший; поширеність специфічного процесу в межах однієї частки легені і більше; туберкульозна інтоксикація середнього або важкого ступеня; тахікардія, дистрофія та гіпоксія міокарду; гіперхолестеринемія; збільшення в'язкості крові та плазми; гіперкоагуляційні стани; бронхообструктивні порушення функції зовнішнього дихання; зниження імунологічної

реактивності організму; порушення функції нирок, печінки, кардіотоксичні розлади, гепатит внаслідок побічної дії антимікобактеріальних препаратів чи супутніх недугів, а також супутні атеросклероз та гіпертонічна хвороба. Препарат протипоказаний при його непереносності, схильності до кровоточивості й тимчасово протипоказаний при кровохарканні та легеневій кровотечі.

Ліпостабілотерапія не протипоказана, але від неї можна утриматися у віці до 40 років й тоді, коли туберкульозний процес займає менше однієї частки легені, інтоксикація відсутня або легкого ступеня, відсутності змін на електрокардіограмі або при порушеннях серцевого ритму, відсутності гіперхолестеринемії, нормальній в'язкості крові та імунологічній реактивності організму, помірній гіпокоагуляції, якщо не має явних показань або протипоказань до застосування Ліпостабілу.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1.

2.

3.

Валецький Ю.М. Ефективність Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.26 - фтизіатрія. Інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г.Яновського АМН України, Київ, 1999.

Дисертація присвячена підвищенню ефективності лікування хворих на вперше діагностований деструктивний туберкульоз легень шляхом застосування Ліпостабілу на тлі антимікобактеріальної терапії. Доведено, що Ліпостабіл проявляє бронхолітичний, імуностимулюючий, гіполіпідемічний, антиагрегаційний ефект, пришвидшує детоксикацію організму, інволюцію специфічного процесу, зменшує частоту побічної дії антимікобактеріальних препаратів й тому скорочуються терміни досягнення позитивної клініко-рентгенологічної динаміки у хворих, на 5.97 % збільшується частота загоєння порожнин

розпаду, а також скорочуються терміни припинення бактеріовиділення на (1.0 ± 0.3) міс., загосення порожнин розпаду - на (1.3 ± 0.3) міс., тривалість стаціонарного лікування - на (1.3 ± 0.4) міс., основного курсу антимікобактеріальної терапії - на (2.3 ± 0.4) міс. Основні результати праці впроваджені у клінічну практику деяких протитуберкульозних закладів України.

Ключові слова: туберкульоз легень, антимікобактеріальна терапія, Ліпостабіл, ефективність.

Валецкий Ю.Н. Эффективность Липостабила на фоне антимикобактериальной терапии больных впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких. Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.26 - фтизиатрия. Институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г.Яновского АМН Украины, Киев, 1999.

Диссертация посвящена повышению эффективности лечения больных впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких путем применения Липостабила на фоне антимикобактериальной терапии. Доказано, что Липостабил имеет бронхолитический, иммуностимулирующий, гиполипидемический, антиагрегационный эффект, ускоряет детоксикацию организма, инволюцию специфического процесса, уменьшает частоту побочного действия антимикобактериальных препаратов и поэтому сокращаются сроки достижения положительной клинико-рентгенологической динамики у больных, на 5.97 % увеличивается частота заживления полостей распада, а также сокращаются сроки прекращения бактериовыделения на (1.0 ± 0.3) мес., заживление полостей распада - на (1.3 ± 0.3) мес., продолжительность стационарного лечения - на (1.3 ± 0.4) мес., основного курса антимикобактериальной терапии на (2.3 ± 0.4) мес. Основные результаты работы внедрены в клиническую практику некоторых противотуберкулезных учреждений Украины.

Ключевые слова: туберкулез легких, антимикобактериальная терапия, Липостабил, эффективность.

Valecky Yu.M. Effectiveness of Lipostabil on the background of antimicrobacteriale therapy with newly diagnosed destructive lung tuberculosis patients. Manuscript.

Thesis for a Master's degree of Medical sciences on a speciality 14.01.26 - phthisiology. Institute of Phthisiology and Pulmonology named by F.G.Yanovsky AMS of Ukraines, Kiev, 1999.

The thesis is devoted to increasing of effectiveness of treatment of patients with newly diagnosed destructive tuberculosis by employment Lipostabil on the background antimicrobacteriale therapy. Was proved, that Lipostabil has broncholytic, antiaggregating, immunostimulating, hypolipiding effect, it accelerates the detoxication, the involution of the specific process, in reduces the frequency of a side effects of antimicrobacteriale drugs and that's way has reduced the terms of reaching of the positive clinic and radiology dynamic in the patients. The frequency of healing of cavernae has increased on 5.97 %. And also the terms of cessation of excretion of MBT are reduced on (1.0 ± 0.3)

months, the healing of cavernae - on (1.3 ± 0.3) months, the duration of in patient treatment - on (1.3 ± 0.4) months, the basic course antimicrobacterial therapy - on (2.3 ± 0.4) months. The basic outcomes of work had been introduced in clinical practice some antituberculosis organization of Ukraine.

Key word: lung tuberculosis, antimicrobacterial therapy, Lipostabil, effectiveness.