

Табриз Нурлан Сулейменович

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА "ЭКДИФИТ" В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ
ТУБЕРКУЛЕЗА**

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2010/3-1/23.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2010. № 3 (34): в 2-х ч. Ч. I. С. 83-85. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2010/3-1/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

УДК 616-002

*Нурлан Сулейменович Табриз**Карагандинский государственный медицинский университет***ЭФФЕКТИВНОСТЬ ФИТОПРЕПАРАТА «ЭКДИФИТ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА[©]**

В связи с неблагоприятной эпидемической ситуацией по туберкулезу разработка и внедрение в практику эффективных методов его лечения приобретают первостепенное значение в современной фтизиатрии. Важным в этой проблеме представляется комплексный подход к лечению туберкулеза, который позволит значительно уменьшить резервуар туберкулезной инфекции [6]. В последние годы все большее внимания врачей разных специальностей привлекают препараты растительного происхождения, которые эффективно воздействуют на патологический процесс и выгодно отличаются от своих синтетических аналогов широтой терапевтического воздействия и низкой токсичностью [1].

Одной из перспективных групп лекарственных средств растительного происхождения являются фитопрепараты с анаболическим, адаптогенным и тонизирующим действием. Применение этих средств актуально при широком круге нозологий, сопровождающихся нарушением белкового анаболизма, общим истощением организма, потерей веса, астенией, задержкой роста, нарушением компенсаторных и адаптационных процессов [2].

К категории перспективных источников актопротекторных препаратов относится серпуха венценосная (*Serratula coronata* L.) [3; 4]. На основе экстракта серпухи венценосной в АО «НПЦ «Фитохимия» создан лекарственный препарат «Экдифит», обладающий анаболическим, адаптогенным и тонизирующим свойством [5].

На базе Карагандинского областного противотуберкулезного диспансера проведена III фаза клинических испытаний препарата «Экдифит» в качестве анаболического, адаптогенного и тонизирующего средства.

Цель данного исследования состояла в изучении эффективности и безопасности применения препарата «Экдифит» в качестве анаболического, адаптогенного и тонизирующего средства у больных туберкулезом легких.

Программа III фазы клинических испытаний утверждена приказом Министра здравоохранения РК протокол № 607 от 21.11.08 г.

Материалы и методы исследования

Объектом клинического исследования служил препарат «Экдифит», разработанный на основе экстракта серпухи венценосной (*Serratula coronata* L.). В состав препарата Экдифит входит активное вещество - экстракт серпухи венценосной - 0,24 г; вспомогательные вещества: тальк - 0,005 г, стеарат Са - 0,005 г, крахмал картофельный - 0,165 г, лактоза - 0,24 г, микрокристаллическая целлюлоза - 0,025 г.

Третья фаза клинического исследования проведена на 200 больных без ограничения в возрасте с диагнозом туберкулез легких. Для оценки эффективности препарата «Экдифит» больные рандомизированы на основную и контрольную группы. В основной группе пациенты получали базисную терапию и препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день в течение месяца. Пациентам контрольной группы проводили базисную терапию без назначения препарата «Экдифит».

Критериями показателей эффективности служило увеличение массы тела, повышение аппетита, улучшение общего состояния, данных клинико-лабораторных и биохимических тестов.

В качестве оценки безопасности препарата «Экдифит» у испытуемых учитывался объективный и субъективный статус, результаты лабораторных показателей, а также изменение биохимических данных в крови.

При проведении второй фазы клинического исследования у пациентов до исследования, и после проведения исследования определялись следующие показатели: клинические, рентгенологические, лабораторные (клинико-биохимические), исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.

Статистическая обработка полученного материала включала оценку достоверности по критерию Стьюдента для независимых и зависимых выборок.

Среди клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез легких в основной группе - $80 \pm 4,0\%$ и в контрольной группе - $82 \pm 3,8\%$ больных. У 91 ($91 \pm 2,9\%$) больных основной группы и у 90 ($90 \pm 3,0\%$) пациентов контрольной группы были выявлены различные симптомы туберкулезной интоксикации.

На рентгенограммах у больных наблюдаемых групп констатированы распространенные процессы в легких. Деструктивные изменения в легочной ткани в исследуемых группах обнаруживались с одинаковой частотой, соответственно по 91 ($91 \pm 2,9\%$).

К началу лечения бацилловыделение установлено у 81 ($81 \pm 3,9\%$) больного основной группы и у 80 ($80 \pm 4,0\%$) больных контрольной группы.

Лекарственная устойчивость к МТ установлена у 57 ($57 \pm 5,0\%$) больных основной группы и у 50 ($50 \pm 5,0\%$) пациентов контрольной группы. При изучении структуры резистентности различие по частоте лекарственной устойчивости к отдельным препаратам и их сочетаниям не выявлено.

В обеих группах чаще обнаруживались мультирезистентные штаммы возбудителя туберкулеза, в основной группе они составили - $42 \pm 4,9\%$, в контрольной - $36 \pm 4,8\%$, полирезистентные штаммы выявлены у $9 \pm 2,9\%$ больных основной и у $7 \pm 2,6\%$ контрольной группы, монорезистентные штаммы зарегистрированы соответственно $5 \pm 2,2\%$ и $6 \pm 2,4\%$ случаях.

Изменение со стороны периферической крови отмечались у 74 ($74 \pm 4,4\%$) больных основной и у 72 ($72 \pm 4,5\%$) больных контрольной группы.

Таким образом, сравниваемые группы были практически идентичны по полу, возрасту, клиническим формам, распространенности процесса, частоте бактериовыделения и характеру лекарственной устойчивости, что позволило объективно оценить и сравнить эффективность лечения у данных больных.

Результаты и обсуждения

Критериями показателей эффективности служило повышение аппетита, увеличение массы тела, улучшение общего состояния, данных клинико-лабораторных и биохимических тестов.

Больным обеих групп были назначены одинаковые виды химиотерапии (Табл. 1).

Табл. 1. Виды стандартной химиотерапии

Виды химиотерапии	Основная		Контрольная	
	abc	%	abc	%
1 категория	31	$31 \pm 4,6$	38	$38 \pm 4,9$
2 категория	30	$30 \pm 4,6$	28	$28 \pm 4,5$
4 категория	39	$39 \pm 4,9$	34	$34 \pm 4,7$
Всего	100	100	100	100

После проведения 3 фазы клинических исследований у больных ухудшения со стороны общего состояния и самочувствия, связанные с побочным действием препарата не выявлено.

После завершения приема препарата «Экдифит» симптомы заболевания исчезли у 29 ($31,9 \pm 4,9\%$) больных основной группы и у 16 ($17,8 \pm 4,0\%$) пациентов контрольной группы, $p < 0,05$. Через месяц после завершения лечения симптомы заболевания исчезли в основной и контрольной группах у 60 ($65,9 \pm 5,0\%$) и у 44 ($48,9 \pm 5,3\%$) пациентов, соответственно ($p < 0,05$).

После приема препарата «Экдифит», у больных отмечалось улучшение общего состояния. Прибавка в весе выявлена в основной группе после завершения лечения у 85 ($85 \pm 3,6$) и через 1 месяц наблюдения у 87 ($87 \pm 3,4\%$) больных, при этом у 37 ($37 \pm 4,8\%$) больных после лечения и у 57 ($57 \pm 5,0\%$) через 1 месяц наблюдения прибавка составила более 3 кг.

В контрольной группе прибавка в весе установлена после лечения у 57 ($57 \pm 5,0\%$), через 1 месяц наблюдения у 67 ($67 \pm 4,7\%$) больных, прибавка более 3 кг после лечения выявлена у 25 ($25 \pm 4,3\%$), через 1 месяц наблюдения у 31 ($31 \pm 4,6\%$) больного. Разница параметров между группами была достоверной.

В ходе клинических исследований у больных проводилось исследование гемограммы до приема препарата «Экдифит», а также после лечения и через 1 месяц наблюдения. После завершения лечения нормализация показателей отмечены у 12 ($16,2 \pm 4,3\%$) из 74 больных основной группы с патологическими изменениями в периферической крови, в контрольной группе у 8 ($11,1 \pm 3,5\%$) из 72 пациентов. Через 1 месяц наблюдения нормализация показателей крови установлены у 32 ($43,2 \pm 5,7\%$) больных основной группы и у 22 ($30,6 \pm 5,4\%$) пациентов контрольной группы.

Из Табл. 2 видно, что использование препарата «Экдифит» у больных способствовало нарастанию концентрации белка в крови. При этом у больных основной группы уровень белка к началу лечения составил $68,4\%$, содержание белка к концу лечения достигало $71,0\%$, а спустя месяц наблюдения $73,3\%$, что было достоверным ($p < 0,001$) и не отмечалось в контрольной группе.

Применение анаболического препарата «Экдифит» не только способствовало синтезу белка в организме, но и оказывало положительное влияние на азотистый обмен. Уровень креатинина и мочевины в основной группе достоверно повышался на $78,6\%$ и $4,7\%$, соответственно, но оставался в пределах нормы. В контрольной группе данные показатели на протяжении лечения достоверно не изменялись.

Больным до лечения и через 1-3 месяцев после испытания препаратом «Экдифит» проводилось исследование мокроты на МТ бактериоскопическим методом. В результате лечения бактериовыделение прекратилось в основной группе у 68 ($84,0 \pm 4,1\%$) из 81 больного, в контрольной группе у 56 ($70,0 \pm 5,1\%$) из 80 больных, выделяющих микобактерии туберкулеза, $p < 0,05$.

Положительная рентгенологическая динамика в виде частичного рассасывания, уплотнения инфильтрации и уменьшения и закрытия полости распада отмечена в основной группе у 86 ($86 \pm 3,5\%$) больных, в контрольной группе у 75 ($75 \pm 4,3\%$) больных, ($p < 0,05$).

Таким образом, на основании проведенных исследований установлено, что включение препарата «Экдифит» в комплексное лечение туберкулеза легких, повышает его эффективность.

Табл. 2. Изменения биохимических показателей на протяжении лечения

Показатели	Группы		
	Этапы лечения	Основная	Контрольная
Белок, г/л	в начале	68,4±0,8	72,0±0,9
	в конце	71,0±0,8*	73,4±0,8
	спустя месяц	73,3±0,9***	73,1±0,9
АЛАТ, нмоль/(с.л)	в начале	29,4±2,2	30,2±2,9
	в конце	28,1±2,5	28,5±2,1
	спустя месяц	28,1±3,0	28,0±1,4
АСАТ, нмоль/(с.л)	в начале	40,4±2,5	39,1±1,7
	в конце	39,9±3,3	42,1±4,0
	спустя месяц	36,5±2,1	34,9±1,6
Билирубин общий, мкмоль/л	в начале	11,8±0,3	12,2±0,3
	в конце	11,7±0,5	12,0±0,4
	спустя месяц	10,9±0,2**	11,0±0,3*
Билирубин прямой, мкмоль/л	в начале	3,2±0,1	3,4±0,2
	в конце	2,8±0,1	3,4±0,3
	спустя месяц	2,7±0,1***	3,0±0,2
Креатинин, мкмоль/л	в начале	73,1±1,4	75,8±1,5
	в конце	76,5±1,3	75,8±1,5
	спустя месяц	78,6±1,5**	75,7±1,5
Мочевина, моль/л	в начале	4,2±0,1	4,2±0,1
	в конце	4,4±0,1	4,2±0,1
	спустя месяц	4,7±0,1*	4,2±0,1

Примечания - * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ - достоверность различий параметров между группами

Список литературы

1. Ахрем А. А., Ковганко Н. В. Экдистероиды: химия и биологическая активность. Минск, 1989.
2. Зарембо Е. В., Рыбин В. Г., Болтенков Е. В., Вербицкий Г. А. Динамика содержания 20-гидроксиэкдизона в различных органах *Serratula manshurica* kitag // Растительные ресурсы. 2004. Т. 9. Вып. 3. С. 65-71.
3. Карилхан И., Альжанов С. С., Бердин А. Г., Медиянова А. М., Кусайнова Д. Д., Адекенов С. М. Адаптогенные свойства экстракта серпухи венценосной // X Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». М., 2003. С. 719-720.
4. Кусайнова Д. Д., Карилхан И. Актопротектор «Экдифит» и его фармацевтические показатели // Фармация Казахстана: специальный выпуск. 2005. С. 41-42.
5. Терешкина Н. Г., Альжанов С. С., Карилхан И., Пак Р. Н., Адекенов С. М. Разработка твердой лекарственной формы на основе *Serratula coronata* L. // Материалы международной научно-практической конференции «Этапы становления, современное состояние и фундаментальные проблемы развития образования и науки Казахстана». Караганда, 2003. С. 181-183.
6. Чуканов В. И. Проблема излечения больных туберкулезом органов дыхания // Русский медицинский журнал. 2001. Т. 9. № 21. С. 954-959.

УДК 574.6

Владимир Григорьевич Фёдоров
Омская государственная медицинская академия

К ИЗУЧЕНИЮ ИЗМЕНЧИВОСТИ РАКОВИН БОЛОТНОГО ПРУДОВИКА
(GASTROPODA, LYMNÆIDAE)©

Болотный прудовик *Lymnaea palustris* (Müller, 1774) - широко распространенный вид; населяет, главным образом, различного рода мелководные водоёмы - болота, лужи, ручьи, но встречается и в более крупных водоёмах - прудах, озёрах и реках с медленным течением [2; 5].