

УДК: 616.24-002.5:576.858:612.017.1-085

ДЕЯКІ АПІФІТОНЦИДОКОМПОЗИЦІЇ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЇХ ЛІКУВАННЯ

- ^{1,3} О. В. Панасюк, д. мед. н., проф. каф. інфекц. хвор., фтизіатр. і пульмонол.
- ¹ В. П. Мельник, д. мед. н., проф., зав. каф. інфекц. хвор., фтизіатр. і пульмонол.
- ² Г. В. Радиш, асист. каф. фтизіатр.
- ³ Л. С. Ничипоренко, лікар-інфекціоніст
- ¹ Я. О. Якимова, лікар-інтерн і магістрант

■ ¹ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

■ ² Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ

■ ³ ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського НАМН України», м. Київ

Вступ

З давніх-давен існує народна медицина. Зокрема, ще у «Гіппократівському збірнику», який являє собою енциклопедію давньогрецької медицини, перелічено близько 300 лікарських засобів рослинного походження, в тому числі цибуля і часник, і де є вислів Гіппократа «Ваша їжа повинна бути ліками, а ліки – їжею».

За оцінками деяких сучасних авторів, наше здоров'я на 50 % залежить від якості продуктів харчування і способу життя, ще на 30 % – від стану навколишнього середовища і тільки на 10 % – від медицини [13]. Зрозуміло, що все більша кількість людей в наш час прагне жити ближче до природи, проявляє зацікавленість до народної медицини, використовуючи народні методи лікування і профілактики захворювань.

Апітерапія (лат. *apis* – бджола + гр. *therapeia* – лікування, догляд) – застосування чинників життєдіяльності бджіл.

Мед – найголовніший компонент серед апіпродуктів, містить у своєму складі широку гаму вітамінів і мінеральних речовин, легкозасвоювану суміш глюкози та фруктози, мікроелементи, незамінні амінокислоти. Мед має 100 % засвоюваність, не подразнює слизову оболонку шлунка і кишечника, швидко відновлює сили, сприятливо впливає на внутрішні органи, заспокоює та укріплює нервову систему. У людини, яка регулярно вживає мед, зникає відчуття слабкості, з'являється бадьорість, підвищується працездатність. Мед при вживанні *per os* має яскраво виражену антибактеріальну дію, вбиваючи чимало бактерій і зупиняючи їх розвиток.

Із усіх 5 основних продуктів бджільництва (мед, маточне молочко, прополіс, бджоляча отрута, квітковий пилок-перга) прополіс є самим активним антибактеріальним засобом, у тому числі антимікобактеріальним [1, 3, 4, 8]. Окрім того, *in vitro* доведено, що прополіс затримує ріст чутливих МБТ і стійких до ізоніазиду [2].

Застосування апітерапії в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз легень допомагає підвищити ефективність лікування вперше діагностованого туберкульозу

легень в середньому на 10-12 %, хронічних форм туберкульозу – на 7-8 %, скорочуючи терміни загострення деструктивних змін і сприяючи швидкому зникненню симптомів інтоксикації [7].

Термін «фітонциди» є поняттям біологічним і означає не що інше, як «рослинні речовини, що вбивають або пригнічують ріст і розмноження мікроорганізмів». Фітонциди синтезують усі рослини, але найбільшу фітонцидну активність проявляють цибуля та часник. За даними літератури, цибуля і часник мають протимікробну, загальнозміцнювальну, протитуберкульозну, тонізуючу і протизапальну дію, покращують апетит і мають ще ряд інших впливів.

За даними дослідження, проведеного у США (м. Сан-Франциско), дві третини ВІЛ-інфікованих, які лікуються антиретровірусними препаратами (АРВП), користуються народною медициною, в тому числі приймають часник та інші рослини [6].

Вагомим внеском у розвиток нового напрямку охорони здоров'я – «фармакологія харчування» – є розроблення дієтичних добавок підвищеної біологічної цінності, створених на основі продуктів бджільництва і рослинної сировини [9]. Ці автори зробили наступний висновок: «Розроблені апіфітокомпозиції мають терапевтичну ефективність від 85 до 95 %, що підтверджено клінічними дослідженнями і можуть бути рекомендовані для включення в комплексне лікування різних патологій».

Отже, є наукові публікації, які *in vitro* доводять, що саме деякі апіфітонцидопродукти мають природні антибактеріальні, у тому числі антимікобактеріальні властивості, а також які *in vivo*, зокрема застосування апітерапії в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз легень, сприяють підвищенню ефективності лікування. Проте немає публікацій щодо вивчення результатів застосування апіфітонцидопродуктів у комплексному лікуванні коінфекції туберкульоз і ВІЛ-інфекції.

Метою дослідження було вивчення клінічного перебігу туберкульозу з неуточненою локалізацією і мультирезистентного туберкульозу у ВІЛ-інфікованих хворих у умовах комплексного лікування з використанням апіфі-

тонцидокомпозицій на тлі антимікобактеріальної терапії (АМБТ) та поєднанні з антиретровірусною терапією (АРТ).

Матеріали та методи дослідження

Обстеження і лікування ВІЛ-інфікованих 100 хворих на туберкульоз, з них 60 хворих на туберкульоз (ТБ) з неуточненою локалізацією – ТБНУЛ (І група) і 40 – на мультирезистентний туберкульоз – МРТБ (ІІ група), проводилися у відповідності до чинних нормативно-правових документів і методів протягом 2005-2015 рр. на клінічних базах названих медичних університетів та Інституту інфекційних хвороб. Кожну групу залежно від застосування апіфітонцидопродуктів поділили на дві підгрупи: І А (n = 30) і ІІ А (n = 20) підгрупи включали пацієнтів, які отримували апіфітонцидопродукти; пацієнти І Б (n = 30) і ІІ Б (n = 20) підгруп не отримували їх. Обидві групи та підгрупи формувалися за методом підбору пар ВІЛ-інфікованих хворих на відповідну клінічну форму ТБ на старті призначення комплексного лікування з участю АМБТ, АРТ. Вік хворих був від 22 до 50 років, жінок – 34 %, чоловіків – 66 %.

У всіх хворих І групи діагноз ТБНУЛ формувався на підставі алгоритму ознак виявлення та критеріїв діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих пацієнтів [10].

У всіх хворих ІІ групи визначалися мікобактерії туберкульозу (МБТ), які виявляли мультирезистентність. До ізоніазиду (H) і рифампіцину (R) була резистентність у всіх (100 %) хворих, до стрептоміцину (S) – у 98 %, до етамбутолу (E) – у 75 % і до піразинаміду (Z) – у 15 %, до канаміцину (Km) або амікацину (Am) – у 50 %, до етіонаміду (Et) або протіонаміду (Pt) – у 48 %, до офлоксацину (Ofx) – у 38 %, до ПАСК (Pas) – у 12 %, до капреоміцину (Cm) – у 8 %, до левофлоксацину (Lfx) – у 5 %. Вогнищевий ТБ легень виявлений у 8 % хворих, інфільтративний ТБ легень – у 32 % дисемінований ТБ легень – у 44 %, фіброзно-кавернозний ТБ легень – у 8 %, ТБ лімфатичних вузлів – у 8 %. До перелічених локалізацій ТБ приєдналися ураження ТБ інших органів: плеври (10 %), оболонки і речовини головного мозку (20 %). Деструкція в легенях або іншому органі виявилася у 52 % хворих. Опортуністичні інфекції, які спричиняють кандидоз, герпес, токсоплазмоз, виявилися відповідно у 27 %, 8 % і 4 % хворих, супутня патологія (виразка 12-палої кишки і шлунка, хронічний холецистит, хронічний гепатит С і (або) В, хронічний панкреатит) – у 21 %.

Режими АМБТ хворих ІІ групи з МРТБ за 4 категорією в інтенсивній фазі (ІФ) включали від 5 до 7 протитуберкульозних препаратів (ПТП), до яких, як правило, зберігалася чутливість МБТ. Застосовували фторхінолон (Q), ін'єкційний препарат (Km, Am, Cm). Дози і методи введення ПТП були загальноприйнятими. Винятками були хворі з туберкульозним менінгоенцефалітом, з приводу якого ПТП застосовувалися парентерально протягом перших 4-7 тижнів ІФ із додаванням лінезоліду (Lzd) і (або) меропенему (Mr), які вводилися також довенно. Три-

валість ІФ – від 6 до 8 міс. Режими АМБТ у продовженій фазі (ПФ), яка тривала від 12 до 16 міс., включали від 4 до 5 ПТП з обов'язковим застосуванням Q, до якого зберігалася чутливість МБТ.

Хворі І групи з ТБНУЛ лікувалися, як правило, за категорією І і як мінімум 6 міс. Абсолютна більшість хворих І і ІІ групи отримували АРТ, що рекомендована для лікування хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ.

У щоденний раціон страв кожного пацієнта І А і ІІ А підгруп обов'язково входила та чи інша апіфітонцидопродукція (мед, прополіс, часник посівний, цибуля городня, хрін звичайний), яка відповідає стародавньому принципу «*Medicus curat, natura sanat!*» («Медик (лікар) лікує (призначає), природа зцілює!»).

Будь-які страви не обходилися без цибулі і (або) часнику: соуси, салати, пасти з бутербродом, супи (у тому числі окрошка, харчо, розсольник), борщі, овочеві страви (смажена або тушкована чи печена цибуля ріпчаста, у тому числі в поєднанні з баклажаном, солодким перцем, буряком, картоплею), страви з цибулі та яєць, страви з м'яса, риби та грибів з цибулею, пироги і пиріжки (у тому числі кулебяка, млинці).

Використовувалися часто 4 види салатів (мінімум один вид в день). 1). Переважно навесні і влітку салат із зеленої цибулі у сметані з кропом. 2). Салат із цибулі, моркви і квасолі, кореня петрушки з олією. 3). Салат із цибулі ріпчастої і помідорів. 4). Салат із зеленої цибулі з м'яким сиром.

Використовувалася терта цибуля ріпчаста, переважно солодка, з медом, які бралися в рівних кількостях. Суміш використовували по одній чайній ложці три рази на день під час їди або приймали сік цибулі чи сік цибулі з медом по одній чайній ложці три рази на день.

Часник застосовувався внутрішньо: одноразове вживання 2-3 зубків часнику (добова доза) в їжу; настоянку часнику (*Tinctura Allii sativi*) по 10-20 крапель 2-3 рази на день.

Хрін звичайний застосовувався внутрішньо – третій хрін з медом (готують у співвідношенні 4:5) по одній столовій ложці три рази на день до їди або третій хрін з кислим молоком (готують у співвідношенні 1:10) по одній столовій ложці три рази на день до їди чи хрін як їстівна приправа до страв (що продається у торговій мережі).

Із апіпродуктів використовувався переважно мед, середня добова доза складала 60-130 г, яка розподілялася на 3-4 прийоми залежно від супутньої патології. Наприклад, при орофарингеальному кандидозі, який часто мав місце у ВІЛ-інфікованих осіб, мед застосовувався в натуральному вигляді невеликими порціями, із затримкою у ротовій порожнині на 1-2 хв. Це дозволяло швидко вилікувати виразки, ранки і запальні процеси у роті на тлі флуконазолотерапії. Призначався перорально мед для підвищення імунітету організму, при слабкості і виснаженні, при захворюваннях печінки, анемії, при неврозах, при захворюваннях нирок і травного каналу, які також виявлялися у хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ. У таких випадках мед

Таблиця 1

Результати лікування хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ в залежності від групи та підгрупи спостереження наприкінці інтенсивної фази антимікобактеріальної терапії

Група, n	Підгрупа, n	Результати лікування							
		Зникнення інтоксикаційного синдрому		Припинення бактеріовиділення		Регресія органних			
		%	терм. міс.	%	терм. міс.	параспецифічних реакцій		туберкульозних змін	
						%	терм. міс.	%	терм. міс.
I n = 60	Всього з них	83	2,0 ± 0,12	0	0	75,0	2,2 ± 0,1	0	0
	IA (n = 30)	90,0	1,5 ± 0,1 ^x	0	0	83,0	1,7 ± 0,1 ^x	0	0
	IB (n = 30)	76,0	2,5 ± 0,14	0	0	67,0	2,7 ± 0,15	0	0
II n = 40	Всього з них	77	2,5 ± 0,12	63	3,6 ± 0,21	0	0	71	6,7 ± 0,14
	IIA (n = 20)	82	2,0 ± 0,1 ^x	71	3,3 ± 0,17	0	0	78	6,1 ± 0,12 ^x
	IIB (n = 20)	71	3,1 ± 0,14	54	3,8 ± 0,25	0	0	64	7,9 ± 0,16

Примітка: ^x – показник достовірно відрізняється від такого у хворих IB і IIB підгруп, p < 0,05.

використовувався per os у вигляді концентрованого водного розчину (2 ст. ложки меду на 1/2 води 30-35 °С). Перед прийомом меду необхідно попередньо нейтралізувати шлунковий сік питною водою (1/2 чайної ложки). Мед використовувався як відхаркувальний засіб у вигляді перорального прийому з гарячим молоком або чаєм (1 ст. ложка меду на склянку чаю чи молока).

Прополіс використовувався лише при побажанні пацієнта у наступних видах: спиртова настоянка, прополісне молоко, прополісне вершкове масло. При виразковій хворобі шлунка прополісне молоко застосовувалося у теплом вигляді по 100-150 мл із 1 чайною ложкою меду (15-20 г) три рази на день за 1 год до їди.

Хворі вели щоденники самоконтролю, в яких відзначали суб'єктивні симптоми, а також показники температури тіла, маси тіла.

Оцінку результатів лікування хворих на ТБНУЛ/ВІЛ і МРТБ/ВІЛ проводили відповідно за 1 і 4 категоріями наприкінці ІФ та при завершенні основного курсу (ОК) АМБТ, в тому числі на тлі АРТ.

Статистичну обробку проводили за допомогою пакетів Microsoft Office Excel 2007 та StatSoft/Statistica 8.0. Вірогідною вважалася різниця при рівні статистичної значущості p ≤ 0,05.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження впливу апіфітонцидокомпозицій в комплексному лікуванні хворих на ТБНУЛ/ВІЛ (I A підгрупа, n = 30) і МРТБ/ВІЛ (II A підгрупа, n = 20) і без застосування апіфітонцидокомпозицій в комплексному лікуванні хворих на ТБНУЛ/ВІЛ (IB підгрупа, n = 30) і МРТБ/ВІЛ (IIB підгрупа, n = 20) наприкінці ІФ і при завершенні ОК АМБТ відображені в табл. 1 і 2.

Таким чином, після завершення ОК АМБТ на тлі АРТ з включенням апіфітонцидотерапії, ТБНУЛ/ВІЛ і МРТБ/ВІЛ, за даними когортного аналізу, вдається відповідно на 14,0 % і 20,0 % підвищити показник «вилікування» туберкульозу за рахунок переважно зменшення показника «померло» від 7,0 % до 15,0 %, порівняно з хворими з аналогічною патологією, яким застосовувалася АМБТ на тлі АРТ без апіфітонцидотерапії.

Висновки

1. Мед, цибуля, часник і хрін є тими натуральними продуктами, які, у разі їх застосування у формі апіфітонцидокомпозицій в комплексному лікуванні хворих на туберкульоз неуточненої локалізації (ТБНУЛ) у поєднанні з ВІЛ-інфекцією сприяють зменшенню тривалості інтоксикаційного синдрому, параспецифічних

Таблиця 2

Результати основного курсу антимікобактеріальної терапії, в тому числі на тлі антиретровірусної терапії та апіфітонцидотерапії ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ в залежності від групи та підгрупи спостереження

Кількість хворих		Результати лікування							
		Вилікування		Померло		Вибуло		Побічні реакції	
Група, N	Підгрупа, n	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I n=60	Всього з них	48	80,0 ± 5,0	2	3,0 ± 2,0	10	17,0 ± 5,0	20	33,0 ± 6,0
	IA (n = 30)	26	87,0 ± 6,0	0	0	4	13,0 ± 6,0	6 ^x	20,0 ± 7,0
	IB (n = 30)	22	73,0 ± 8,0	2	7,0 ± 5,0	6	20,0 ± 7,0	14	47,0 ± 9,0
II n=40	Всього з них	26	65,0 ± 8,0	9	22,0 ± 7,0	5	12,0 ± 5,0	15	38,0 ± 8,0
	IIA (n = 20)	15	75,0 ± 10,0	3	15,0 ± 8,0	2	10,0 ± 7,0	4 ^x	20,0 ± 9,0
	IIB (n = 20)	11	55,0 ± 11,0	6	30,0 ± 10,0	3	15,0 ± 8,0	11	55,0 ± 11,0

Примітка: ^x – показник достовірно відрізняється стосовно підгрупи порівняння (IB і IIB), p < 0,05.

реакцій та обумовлюють пришвидшення вилікування туберкульозу.

2. Включення апіфітонцидокомпозицій в комплексне лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз (МРТБ) легень і нервової системи у поєднанні з ВІЛ-інфекцією підвищує терапевтичну ефективність на 20 % і знижує рівень смертності на 15 %.

3. Переносимість меду, цибулі, часнику і хрину у формі апіфітонцидокомпозицій під час основного курсу антимікобактеріальної терапії, у тому числі на тлі

антиретровірусної терапії, хворими на ко-інфекцію ТБНУЛ/ВІЛ і МРТБ/ВІЛ є доброю, серйозних побічних ефектів при цьому не відзначається, рівень побічних реакцій, які виникають на протитуберкульозні препарати, зменшується відповідно на 27 % і 35 %.

4. У наступному етапі дослідження доцільно вивчити можливе посилення антимікобактеріальної активності крові *in vivo* за рахунок апіфітонцидокомпозицій на тлі комплексного лікування хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ.

Література

1. Активність деяких засобів народної медицини та лікарських препаратів проти мікобактерій туберкульозу *in vitro* [Текст] / Мельник В. П., Панасюк О. В., Панасюк В. О. [та ін.] // Фітотер. Час. – 2012. – № 1. – С. 30-34.
2. Исхакова Р. Г. В кн.: Молодые ученые советскому здравоохранению / Р. Г. Исхакова, С. А. Поправок, Т. Г. Зудинова [и др.]. – Казань, 1974. – С. 56-57.
3. Кивалкина В. П. В кн.: Новые исследования по адаптации. [Текст]. Бухарест, 1976. – С. 201-206.
4. Лави П. Прополисный антибиотик [Текст] // Прополис. – Бухарест: Апимондия, 1981. – С. 82-92.
5. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник [Текст] (Відп. ред. А. М. Гродзінський. – К.: Голов. ред. УРЕ, 1989. – 544 с.
6. Люди и ВИЧ [Текст] Книга для неравнодушных. Киев, 2004. – С. 336-337.
7. Мастеров Г. Д. Клиническое течение туберкулеза и неспецифических заболеваний легких при комплексном лечении с применением апитерапии и учетом эндокринного гомеостаза [Текст]: Дис. ... докт. мед. наук. – Одесса, 1994. – 279 с.
8. Оконенко Л. Б. Прополис и его применение в медицине [Текст] // Клин. мед. – 1985. – № 10. – С. 20-23.
9. Пащенко О. О. Двадцятирічний досвід впровадження апіфітокомпозицій в лікувальні заклади України [Текст] / О. О. Пащенко, Г. І. Давидова, С. М. Гоцька // Фітотер. Час. 2013. – № 2. – С. 41-43.
10. Петренко В. І. Туберкульоз неуточної локалізації у ВІЛ-позитивних пацієнтів [Текст] / В. І. Петренко, Л. А. Коломійчук, Л. С. Ничипоренко, О. В. Панасюк, Г. В. Радиш // Туберк. Леген. хвор. ВІЛ-інфек. – 2015. № 3 (22). – С. 20-23.
11. Проблема туберкульозу та особливості антимікобактеріальної активності *in vitro* деяких рослин, які використовуються як харчовий продукт [Текст] / В. П. Мельник, О. В. Панасюк, М. Т. Клименко, Г. Я. Солонинка // Ліки Укр. – 1999. – № 2. – С. 50-51.
12. Ульянова Т. Целительные свойства лука [Текст]. – СПб: Питер Пресс, 1998. – 192 с.
13. Унижук Н. А., Унижук В. И. Лечение медом. [Текст]. – М: Издательский дом МСП, 2002. – 128 с.

Надійшла до редакції 26.11.2015

УДК: 616.24-002.5:576.858:612.017.1-085

О. В. Панасюк, В. П. Мельник, Г. В. Радиш, Л. С. Ничипоренко, Я. А. Якимова

ДЕЯКІ АПІФІТОНЦИДОКОМПОЗИЦІЇ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ХВОРИХ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЇХ ЛІКУВАННЯ

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, туберкульоз, комплексне лікування, апіфітонцидокомпозиції.

У статті висвітлюються результати застосування апіфітонцидокомпозицій, до складу яких входять мед, прополіс, часник, цибуля і хрін. Клінічними дослідженнями доведено ефективність включення апіфітонцидотерапії до комплексного лікування ВІЛ-інфікованих хворих на туберкульоз неуточної локалізації і мультирезистентний туберкульоз.

А. В. Панасюк, В. П. Мельник, А. В. Радиш, Л. С. Ничипоренко, Я. О. Якимова

НЕКОТОРЫЕ АПИФИТОНЦИДОКОМПОЗИЦИИ ПРОТИВ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, туберкулез, комплексное лечение, апифитонцидокомпозиции.

В статье приводятся результаты применения апифитонцидокомпозиций, в состав которых входят мед, прополис, чеснок, лук и хрен. Клиническими исследованиями установлена эффективность включения апифитонцидотерапии в комплексное лечение ВИЧ-инфицированных больных с туберкулезом неуточненной локализации и мультирезистентным туберкулезом.

O. V. Panasyuk, V. P. Melnyk, G. V. Radysh, L. S. Nychyporenko, Ya. A. Yakymova

SOME APIFITOCOMPOSITIONS AGAINST TUBERCULOSIS IN HIV-INFECTED PATIENTS IN THE INTEGRATED TREATMENT

Keywords: HIV infection, multidrug resistant tuberculosis, a comprehensive treatment, apifitocompositions.

The article presents the results of applying apifitocompositions, which include honey, propolis, garlic, onion and horseradish. Clinical studies have established the effectiveness of the inclusion of apiphytotherapy in the comprehensive treatment of HIV-infected patients with tuberculosis unspecified localization and multi-drug resistant tuberculosis.

