

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ФТИЗИАТРОВ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ТУБЕРКУЛЕЗА» РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ,  
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА  
ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

***РОССИЙСКАЯ** научно-практическая конференция  
молодых ученых **С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ,**  
посвященная **ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С**  
**ТУБЕРКУЛЕЗОМ***

**Москва 2014**

распространенность МЛУ форм туберкулеза у больных с сопутствующими заболеваниями достаточно высока – 35,3%, что требует необходимости дальнейшего изучения вышеназванной категории больных, так как эффективность лечения у этой группы больных будет зависеть от правильной коррекции сопутствующей патологии и учета лекарственной устойчивости.

## **Ингаляционное введение противотуберкулезных препаратов как способ снижения риска возникновения побочных эффектов от лечения у больных химиорезистентным туберкулезом легких**

**Бойко А.В., Навчук Д.И.**

Буковинский государственный медицинский университет

**Актуальность.** На сегодняшний день, важным фактором роста заболеваемости туберкулезом (ТБ) в разных странах мира, является быстрое распространение штаммов микобактерий ТБ (МБТ), резистентных к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Одной из основных причин недостаточной эффективности лечения данного контингента больных являются побочные реакции, возникающие в процессе комбинированной терапии ПТП.

**Цель исследования.** Установить распространенность и характер поражения органов пищеварительной системы в зависимости от профиля устойчивости МБТ к ПТП в Черновицкой области, определить основные побочные действия, вызванные теми или иными ПТП, часто встречающиеся в регионе и усовершенствовать пути фармакологической коррекции.

**Материалы и методы исследования.** Проведен анализ данных о чувствительности МБТ к ПТП I и II ряда в Черновицкой области 132-х пациентов, находившихся на лечении во II-м фтизиатрическом отделении Черновицкого областного противотуберкулезного диспансера и КГУ

городского противотуберкулезного диспансера в период 2012-2013гг. Диагностика ТБ и определение степени активности специфического воспалительного процесса проводились на основе комплекса клинических, лабораторных, рентгенологических и бронхологических исследований.

**Результаты исследования.** Показатель частоты возникновения побочных реакций ПТП составил 15,2% от общего количества пациентов. В 8% случаев пришлось полностью отказаться от дальнейшего применения ПТП, при приеме которого развился побочный эффект. Анализ данных клинических, лабораторных исследований и УЗИ органов брюшной полости показал, что нарушение функционирования органов системы пищеварения, в основном со стороны гепато-панкреато-билиарной системы в виде диффузных изменений печени, иногда ее увеличения, а также признаков холецисто-панкреатита встречаются среди больных с монорезистентностью – у 41%, с мультирезистентностью – в 72% случаев, с полирезистентностью – почти в 90%, а также у всех больных с расширенной устойчивостью МБТ. Исследование непереносимости ПТП показало, что среди препаратов I и II ряда чаще побочные реакции возникают при приеме протионамида – у 30% больных, которые предъявляли жалобы на тошноту, головокружение, боли в животе, тахикардию, а также при применении канамицина – у 25%, у этих пациентов ухудшалось слух, возникал шум в ушах. У 10% больных при приеме левофлоксацина возникали артралгия, миалгия, тошнота и головокружение. Аллергические реакции в виде высыпания на коже, зуда возникали у 15% пациентов при приеме пипразинамида, этамбутола и гатифлоксацина. У 15% – наблюдались расстройства ЖКТ – диарея, тошнота, рвота при приеме офлоксацина, коксерина и териза. У 5% наблюдался эпилептический припадок после приема клозерина.

Результаты данных исследований свидетельствуют о том, что при пероральном, внутримышечном и внутривенном методах введения ПТП больным химиорезистентным ТБ, прежде чем попасть в легкие и очаг поражения или область воспаления, препараты проходят сложный путь

доставки в легкие, в связи с этим имеется высокий риск развития побочных эффектов. В этом случае необходимо отметить достоинства небулайзерной терапии, при которой лекарственные вещества попадают непосредственно в легкие. При выборе ПТП для ингаляционного введения необходимо учитывать их различное влияние на внеклеточно и внутриклеточно расположенные МБТ. Поскольку, на начальных стадиях ТБ инфекции большинство МБТ находится внеклеточно, в первых 2 мес. следует применять преимущественно ингаляции стрептомицина (2 курса по 25 ингаляций с перерывом между ними на 12 дней – 250-500 мг, разводится в 3-5 мл изотонического раствора NaCl, ежедневно или через день, вторая половина дозы вводится традиционным методом). По мере затихания ТБ процесса большинство МБТ располагается внутриклеточно. В этот период следует использовать изониазид – 2 курса по 25 ингаляций с перерывом между ними на 12 дней – 5% раствор 5 мл (или 10% раствор, растворенный в физ. растворе 1:1 по 2 мл 2-3 раза в день). Другую половину дозы препарата следует вводить традиционным методом, поскольку он имеет большую проницаемость и внутриклеточную активность. Если ПТП плохо переносится при обычном применении, можно вводить всю суточную дозу ингаляционным методом. Преимуществом ингаляций рифампицином является высокая клиническая эффективность, однако его плохая растворимость не позволяет использовать в аэрозолях, поэтому как растворитель и проводник может выступать "Димексид", который обладает также антимикробным действием, оказывает положительное влияние на функции Т – и В-лимфоцитов. Лекарственная смесь получается путем растворения 150-300 мг рифампицина в 3-4 мл ДМСО. Амикацин – полусинтетический антибиотик из группы аминогликозидов, имеющий широкий спектр действия. Он наиболее активен в отношении грамотрицательных микроорганизмов, в том числе штаммов, резистентных к гентамицину. Для аэрозольтерапии амикацин применяется дважды в сутки по 250 мг (100 мг – 2 мл), предварительно разведенного в 2-3 мл изотонического раствора NaCl. Канамицин – 1 раз в день по 0,5 г, предварительно разведенного в 5 мл изотонического раствора NaCl.

**Выводы.** Проведение аэрозольерапии обеспечивает биодоступность препаратов и снижает токсическое влияние с потенцированием действия первичного препарата, способствует повышению эффективности и сокращению сроков лечения, а также имеет фармакоэкономический эффект при лечении больных химиорезистентным ТБ.

## **Методы респираторной терапии нарушений бронхиальной проходимости у больных химиорезистентным туберкулезом легких**

**Бойко А.В., Головач Т.А.**

Буковинский государственный медицинский университет

**Актуальность.** В последние годы лечение больных туберкулезом (ТБ) значительно осложнилось из-за отсутствия новых эффективных антимикробных препаратов, роста химиорезистентных штаммов возбудителя ТБ. Как свидетельствуют результаты целого ряда исследований, одной из причин недостаточной эффективности лечения ТБ является осложнение его бронхообструктивным синдромом.

**Цель исследования.** Определить способы коррекции нарушений бронхиальной проходимости у больных химиорезистентным ТБ легких.

**Материалы и методы исследования.** Анализ данных о чувствительности МБТ к ПТП I и II ряда пациентов Черновицкого областного противотуберкулезного диспансера, результатов клинических, лабораторных, рентгенологических и бронхологических исследований, ФВД с определением динамических объемов легких (ФЖЕЛ, ОФВ1, ПОС, МОС25, МОС50, МОС75).

**Результаты исследования.** Важным звеном в патогенезе формирования эпидемического ТБ легких является диффузное поражение бронхов