

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Геронтологическое общество РАН
Курское отделение Российской ассоциации врачей общей практики
Курское отделение Российского научно-практического общества
врачей-терапевтов
Курское отделение Российской ассоциации геронтологов и гериатров



Материалы
международной научно-практической конференции
«От стандартизированной к
индивидуализированной терапии.
Лечим не болезнь, а больного»

18 марта 2014 г.

Курский государственный медицинский университет

УДК:616-085 (063)

ББК: 53.5

Публикуется по решению редакционно-
издательского отдела ГБОУ ВПО КГМУ

Минздрава РФ

«От стандартизированной к индивидуализированной терапии.

Лечим не болезнь, а больного» // материалы международной научно-практической конференции, *18 марта 2014 г.* – Курск: КГМУ. 2014. - 423 с.

Ответственный редактор профессор Н.К.Горшунова

Компьютерная верстка Н.В.Медведев

Материалы международной научно-практической конференции, в которой приняли участие представители России, Республики Беларусь, Украины, Молдовы и Узбекистана, посвящены обсуждению современных проблем сочетания стандартизированной терапии и индивидуализированного подхода в медицинской практике, они будут полезны врачам различного профиля, студентам медицинских вузов, организаторам здравоохранения.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РАЗЛИЧНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ

1. Седация и региональная гипотермия головного мозга
Аваков В.Е., Шахова И.А. 202
2. Фиксированная комбинация бисопролола и амлодипина: за и против
Барбашина Т.А., Брескина И.В., Цуканова М.А., Прусакова О.Ю., Киревнина Р.Е., Гришаева Г.М., Колесникова О.Е., Корень Н.А. 209
3. К вопросу о механизмах взаимодействия низких доз ацетилсалициловой кислоты и нестероидных противовоспалительных препаратов при совместном применении у пациентов высокого сердечно-сосудистого риска
Бездетко Н.В., Яковлева Л.В. 218
4. Оценка эффективности и полноценности лечебно-диагностических мероприятий у пациентов с сочетанной кардиоваскулярной патологией в условиях типичной амбулаторной практики
Безуглова Е.И., Лунева Ю.В., Поветкин С.В., Филиппенко Н.Г., Корнилов А.А. 226
5. Современные методы лечения Эпштейна-Барр вирусной инфекции
Белоконова Л.В., Провоторов В.Я., Дворникова Н.Н., Титарева Л.В. 231
6. Рациональная фармакотерапия химиорезистентного туберкулеза в Черновицкой области
Бойко А.В. 234
7. Комплаенс, его влияние на эффективность лечения больных туберкулезом
Бойко А.В. 237
8. Стандарт и алгоритм этиологической диагностики лекарственноустойчивого туберкулеза
Бойко Н.Г., Тюрина Е.Б., Коломиец В.М. 244
9. Применение системы мониторинга хронической обструктивной болезни легких в первичной медико-санитарной помощи
Будневский А.В., Перцев А.В., Семынина Н.М. 248
10. Оценка эффективности применения нетеплового микроволнового электромагнитного излучения в комплексной терапии бронхиальной астмы
Будневский А.В., Трибунцева Л.В., Бурлачук В.Т., Ольшева И.А., Чернов А.В., Семынина Н.М. 253
11. Бронхиальная астма и метаболический синдром: клинико-инструментальные параллели
Будневский А.В., Чернов А.В., Дробышева Е.С., Ермолова А.В. 259
12. Изменение динамики моноклонов крови у больных мультирезистентным туберкулезом легких при рецидиве процесса под влиянием антимикобактериальной терапии
Бутов Д.А. 265
13. I/D полиморфизм гена ACE ассоциирован с развитием ГБ у русских жителей Центрального Черноземья
Бушуева О.Ю., Стецкая Т.А., Булгакова И.В., Корогодина Т.В., Барт Ю.И., Андреева Н.Ю., Полоников А.В., Иванов В.П. 271
14. Значение медитативных технологий и музыкотерапии в профилактике дисстрессов у людей пожилого возраста
Григорьян М.Ф. 275

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ЧЕРНОВИЦКОЙ ОБЛАСТИ

Бойко А.В.

Буковинский государственный медицинский университет,
г. Черновцы, Украина

Украина занимает второе место после России по количеству химиорезистентных форм туберкулеза. Лечение химиорезистентного туберкулеза (ТБ) легких, который характеризуется быстрым размножением микобактерий туберкулеза (МБТ), массивными инфильтративно-казеозными изменениями в легких, многочисленными деструкциями легочной ткани, выраженным интоксикационным синдромом, вызывает значительные трудности. Одна из главных причин недостаточной эффективности лечения данного контингента больных – побочные реакции, возникающие в процессе комбинированной терапии противотуберкулезными препаратами (ПТП).

В последнее время в литературе много научных работ посвящено изучению эндогенной интоксикации (ЭИ) при различных патологических заболеваниях, поскольку ЭИ является одним из самых важных критериев, которые определяют тяжесть состояния человека [1,2,3]. Учитывая данные многих исследователей, ЭИ – это отравление организма промежуточными и конечными продуктами обмена веществ, вследствие их накопления выше нормы в связи с повышенным катаболизмом или блокадой детоксикационных систем организма и с последующим повреждением других органов и систем организма.

Цель работы: определить степень активности специфического воспалительного процесса при различных клинических формах химиорезистентного ТБ на основании комплекса клинических, лабораторных, инструментальных и рентгенологических данных, определить основные побочные действия, вызванные теми или иными ПТП, которые чаще встречаются в регионе и усовершенствовать пути фармакологической коррекции отдельных звеньев метаболических изменений, в зависимости от функционального состояния органов системы пищеварения.

Результаты исследования. Объектом исследования были 112 впервые диагностированных больных с химиорезистентным ТБ легких, 22 пациента с сохраненной устойчивостью МБТ к ПТП, которые находились на лечении в стационарах 1 и 2-го фтизиатрических отделений Черновицкого областного противотуберкулезного диспансера (ОПТД), 20 больных с химиорезистентным туберкулезом городского противотуберкулезного диспансера, у которых проводилось исследование непереносимости ПТП. Диагностику туберкулеза и определение степени активности специфического воспалительного процесса применяли на основании комплекса клинических, лабораторных и рентгенологических данных. Для сравнения те же показатели исследовали у 21 здоровых добровольцев, которые составили контрольную группу. Полученные результаты обрабатывались по общепринятым методикам с применением критерия отличия Стьюдента и приложений из пакета Microsoft Office-XP, Statistica 6.0 (StatSoft™).

Анализ проведенных исследований показал: развитие побочных реакций при проведении полноценной химиотерапии у больных химиорезистентным туберкулезом возникает преимущественно вначале интенсивной фазы лечения. Анализ показателя частоты возникновения побочных реакций ПТП проводился среди 132 больных химиорезистентным туберкулезом легких, которые находились на лечении во II фтизиатрическом отделении ОПТД и городского противотуберкулезного диспансера, он составил 15,2 % от общего количества пациентов. В 8 % случаев приходилось полностью отказаться от дальнейшего применения ПТП, к которым развилось побочное действие.

Данные клинических, лабораторных исследований и УЗИ органов брюшной полости у 20 пациентов с химиорезистентным туберкулезом свидетельствуют о том, что нарушения функционирования органов системы пищеварения наблюдается 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%, среди пациентов с мультирезистентностью в 72% случаев, с полирезистентностью - почти в 90 % и у всех больных с расширенной устойчивостью МБТ.

В результате исследования непереносимости ПТП оказалось, что среди препаратов I и II ряда чаще побочные реакции возникают при приеме протионамида - у 30% больных, которые предъявляли жалобы на тошноту, головокружение, боль в животе, тахикардию, а также при применении канамицина - у 25 %, пациенты жаловались на ухудшение слуха, возникал шум в ушах. У 10% больных при приеме левофлоксацина возникали артралгия, миалгия, тошнота и головокружение. Аллергические реакции в виде сыпи 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.

Нами было отобрано 59 пациентов с впервые диагностированным деструктивным туберкулезом легких, у которых выявлялись изменения в гепато-панкреато-билиарной системе. У 20 пациентов был химиорезистентный туберкулез, они составили 1 группу обследования, 2-ю группу составили пациенты с чувствительными МБТ, 3-ю группу составили 22 пациента с химиорезистентным туберкулезом легких, у которых не было выявлено нарушений со стороны пищеварительной системы. Контрольную группу составили 21 здоровых волонтеров.

У большинства исследуемых пациентов 2 и 3 групп (в 57,5 % случаев) встречался умеренно выраженный интоксикационный синдром, о чем свидетельствовали преимущественно фебрильная температура тела, жалобы на общую слабость, утомляемость, резкое похудение, отсутствие аппетита, изменения клинического анализа крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, выраженные катаральные явления в легких. Рентгенологически у всех больных выявлено деструкции в легких, инфильтративно-очаговые изменения различной распространенности. Для более

полной характеристики тяжести заболевания мы определяли ряд индексных показателей - лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), гематологический показатель интоксикации (ГПИ), индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛ), лимфоцитарный индекс (Илим) и индекс алергизации (ИА).

Снижение лимфоцитарного индекса является прямым показателем наличия эндотоксикоза у больных 1-3 групп в той или иной степени. Лейкопения и уменьшение СОЭ приводит к снижению ГПИ и отображает интоксикацию как стадию эндотоксикоза. В группах, которые исследовались, наблюдались лейкоцитоз и повышение СОЭ а соответственно и повышение ГПИ, что свидетельствует о выходе интоксикации за пределы интерстициального пространства и манифестации эндотоксикоза на уровне периферической крови. Самое большое различие ЛИИ и ГПИ наблюдалось в 1 группе пациентов, что свидетельствует о высокой выраженности эндотоксикоза (ГПИ превышает ЛИИ) (табл.1).

Таблица 1.

Расчет показателей эндогенной интоксикации ($\bar{x} \pm Sx$)

Показатели	Группа 1 (n=20)	Группа 2 (n=17)	Группа 3 (n=22)	Контрольная группа Практически здоровые люди (n=21)
Лейкоцитарный индекс интоксикации	1,92±0,07 p<0,05	1,84±0,06 p<0,05	1,89±0,06 p<0,05	1,65±0,03
Гематологический показатель интоксикации	2,35±0,06 p<0,05	2,03±0,06 p<0,05	2,0±0,06 p<0,05	0,62 ± 0,09
Индекс сдвига лейкоцитов	3,2±0,07 p<0,01	3,06±0,07 p<0,01	2,9±0,07 p<0,01	1,94±0,05
Лимфоцитарный индекс	0,35±0,07 p<0,01	0,29±0,07 p<0,01	0,36±0,07 p<0,01	0,57±0,06
Индекс алергизации	0,96±0,06 p<0,01	0,92±0,06 p<0,01	0,89±0,06 p<0,01	0,84±0,04

Достоверность отличий: p - по сравнению с контролем, n - число наблюдений.

Анализ результатов исследования также свидетельствует о том, что степень тяжести ЭИ не зависит от клинической формы туберкулезного процесса в легких. При сопоставлении полученных результатов в случае инфильтративной и диссеминированной форм достоверных различий показателей не наблюдалось. Следует также отметить, что показатели интоксикации постоянно повышаются по мере тяжести формы туберкулеза легких. Показатель лейкоцитарного индекса интоксикации является наиболее чувствительным в отношении оценки выраженности эндогенной интоксикации всех изученных групп больных в нашем исследовании.

Выводы: чрезмерно выраженная острофазовая мобилизация защитных сил организма сопровождается истощением резервов детоксикации, что может

приводить у больных туберкулезом к ряду негативных последствий - развитию анемии, гиперкоагуляционного синдрома, синдрома мальабсорбции и др., которые требуют соответствующей коррекции программ лечения. Перевод таких пациентов на инъекционные схемы лечения ПТП, позволяет проводить 100% контроль за химиотерапией, обеспечивает 100% 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 туберкулезом.

Список литературы:

1. Андрейчин М.А., Бех М.Д., Дем'яненко В.В., Ничик А.З., Ничик Н.А. Методи дослідження ендогенної інтоксикації організму (методичні рекомендації). – К., 1998. – 33 с.
2. Дунтау А.П. Механизмы эндотоксикоза при туберкулезе легких / А.П. Дунтау, А.В. Ефремов, В.В. Бакаев // Пробл. туберкулеза. – 2000. – №1. – С. 37–39.
3. Инсанов А.Б. Оценка степени эндотоксикоза при туберкулезе легких / Инсанов А.Б. // Материалы 7 съезда фтизиатров России, 2003.

КОМПЛАЙЕНС, ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Бойко А.В.

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

В работах зарубежных исследователей, которые освещают склонность больного к назначенной терапии, последняя определяется как комплаентность (compliance, англ. согласие) т.е. степень готовности пациента выполнять врачебные рекомендации [4, 6]. Количество впервые выявленных больных туберкулезом (ТБ), которые досрочно прекращают стационарное лечение, составляет приблизительно от 20 до 50 % [1].

В связи с имеющейся проблемой несистематического лечения больных туберкулезом, во всем мире много внимания уделяется вопросу формирования их склонности к лечению [5]. Плохая склонность к лечению у больных туберкулезом – это несоблюдение назначенного стандартного режима химиотерапии на протяжении фиксированного срока (пропуск суточных доз ПТП, преждевременное завершение лечения (прерванное лечение), самовольная отмена приема отдельных ПТП). Информационно-образовательная работа с пациентами является средством формирования ответственного отношения больных туберкулезом к процессу лечения [2, 3].

Целью исследования было: определить основные препятствия для проведения контролируемого лечения больных туберкулезом с низкой склонностью к антибактериальной терапии и найти пути преодоления этих препятствий.