

**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**

**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

туберкулезным процессом с развитием генерализованной обструкции дыхательных путей. У пациентов, которым проводилась хирургическая операция по поводу ТВ легких, не только обостряются явления обструкции, но и вероятность последующего развития хронического обструктивного бронхита вследствие изменения архитектоники структурных элементов легочной ткани и деформации бронхов вследствие оперативного вмешательства.

Для улучшения эффективности лечения больных химиорезистентным туберкулезом легких с бронхообструктивным синдромом было проведено изучение клинической эффективности небулайзерной аэрозольтерапии. Применялась как наиболее простая схема ингаляционной терапии обструктивного бронхита – применение бронходилататора Беродуала – 1 мл на 4 мл физиологического раствора за 1 процедуру, так и ряд всевозможных комбинаций лекарственных веществ в аэрозолях в качестве базисной терапии бронхообструкции в зависимости от преобладания бронхиолоспазма или недостаточной экспекторации вязкой мокроты. Как при базисной, так и при интенсивной терапии чередование Атровента или Беродуала с муколитиком Лазолваном, а также в комплексе с кортикостероидными гормонами определяется конкретными показаниями к их применению и характеру легочной патологии, в частности у больных ТВ в послеоперационном периоде. Их применение должно определяться лечащим врачом в каждой конкретной ситуации с информированием и инструктажем пациента. Следует придерживаться принципа последовательности использования в течение суток медицинских препаратов с различной фармакологической активностью и направленностью. При этом удобно использовать несколько небулайзеров, каждый со своим препаратом. Допускается сочетание в одном небулайзере: Беродуала – 1-2 мл, Лазолвана – 2-3 мл, клюкокортикоида Пульмикорт (будесонид) – 2 мл (0,5 или 0,25 мл).

У больных ТВ стоит отказаться от применения в аэрозолях протеолитических ферментов: трипсина, химотрипсина, химопсина, стрептокиназы, рибонуклеазы, дезоксирибонуклеазы и др. из-за отрицательных

свойств и усиленной гиперсекреции. Муколитики не следует применять при трахеитах и сухих бронхитах со скудным выделением из бронхов.

Как свидетельствуют данные литературы и наш опыт, аэрозольтерапия бронхиальной обструкции наиболее эффективна главным образом при обратимых факторах, когда превалируют бронхиолоспазм, воспалительный отек, инфильтрация слизистой и подслизистой бронхов, обтурация дыхательных путей слизью вследствие нарушения его экспекторации. Аэрозольтерапия менее эффективна при необратимых морфологических факторах, когда имеются стеноз и облитерация бронхов из-за выраженной дискинезии.

Для небулайзерной терапии в пульмо-фтизиатрической практике могут использоваться растворы современных бронхолитиков и стабилизаторов мембран тучных клеток (сальбутамол – небутамол, фенотерол, ипратропия бромид, тербуталин), противовоспалительные препараты/топические глюкокортикостероиды (будесонид, флютиказон – небуфлюзон, мометазон – небутазон), муколитики (амброксола гидрохлорид, сода – буфер, N-ацетилцистеин, дорназа альфа и др.), регидрататоры слизистой оболочки органов дыхания (натрия гидрокарбонат, натрия хлорид, минеральные щелочные воды: «Боржоми» и др.), антисептики (декасан, диоксидин, фурацилин), иммуномодуляторы (аминокапроновая кислота – АКК, рибавирин, интерферон человеческий, лаферон) и различные антибактериальные средства.

Целенаправленное и сочетанное применение нескольких групп средств для небулайзерной терапии лежит в основе респираторной терапии ТБ легких. На сегодняшний день, существует возможность выбора лекарственных средств для аэрозольтерапии. Однако, можно ограничиться рядом препаратов, включая основные средства из группы бронходилататоров, муколитиков, глюкокортикоидов, антисептиков и противотуберкулезных средств. Как показывает наш опыт, в схему алгоритма лечения следует включать атровент или беродуал, лазолван или флуимуцил, пульмикорт, мирамистин, диоксидин, изониазид или амикацин и другие противотуберкулезные препараты.

**Выводы.** Вследствии небулайзерной терапи улучшается дренажная функция дыхательных путей, выведение мокроты, снижается активность воспалительного процесса в легких, стимулируются местные иммунные реакции респираторного тракта. Таким образом, есть возможность введения более высокой дозы лекарственного препарата непосредственно в альвеолы и мелкие бронхи, более быстрое начало действия лекарственного средства, возможность применения бронходилататоров и муколитики в так называемом режиме по требованию, снижается риск развития побочных эффектов.

## **Клиническая эффективность применения таблетированных и инъекционных форм фторхинолонов у больных мультирезистентным туберкулезом легких**

**Бойко А.В., Семьянин И.А., Романко Т.Р.**

Буковинский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Главную роль в росте различных форм химиорезистентного туберкулеза (ТБ) играют молекулярно-генетические аспекты формирования устойчивости микобактерий, которые характеризуются геномным полиморфизмом, изменениями биологических свойств микроорганизма, изменчивостью, скоростью распространения мутаций, наличием природных, биохимических и генетических механизмов развития резистентности.

**Цель исследования.** Оценить клиническую эффективность применения таблетированных и инъекционных форм фторхинолонов в интенсивной фазе химиотерапии у больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) легких.

**Материалы и методы исследования.** В открытое рандомизированное исследование было включено 57 больных (74,3% мужчин и 25,7% женщин) в