

4. Необходимо дальнейшее изучение проблемы для разработки научно-обоснованных рекомендаций по изменению законодательной базы, по выявлению и профилактике туберкулеза у мигрантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борцов В.А. Социальная дезадаптация и современные технологии ее профилактики: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.А. Борцов. — Новосибирск, 2000. — 16 с.
2. Выявление туберкулеза органов дыхания среди лиц без определенного места жительства, находящихся в приемниках-распределителях Москвы / Л.П. Федоров [и др.] // Проблемы туберкулеза. — 1997. — № 5. — С. 21 — 23.
3. Гветадзе Н.Ш. Туберкулез органов дыхания у мигрантов: Автореф. дис. ... др. мед. наук / Н.Ш. Гветадзе. — М., 1998. — 29 с.
4. Голубев Д.Н. Выявление больных туберкулезом органов дыхания из контингентов повышенного риска, сформированных с помощью компьютерной технологии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.Н. Голубев. — М., 1999. — 38 с.
5. Девятков М.Ю. Использование эпидемиологического надзора за туберкулезом для оптимизации противотуберкулезных мероприятий на региональном уровне: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.Ю. Девятков. — М., 1999. — 23 с.
6. Капков Л.П. Основные принципы концепции управления противотуберкулезными мероприятиями в новых социально-экономических условиях России / Л.П. Капков // Проблемы туберкулеза. — 1996. — № 4. — С. 4—5.
7. Кибрик Б.С. Формирование групп риска заболевания туберкулезом при совместной работе учреждений здравоохранения, МВД и бюро по трудоустройству населения Б.С. Кибрик, В.Ф. Писарев, Е.О. Соловьев // Проблемы туберкулеза. — 1994. — № 2 — С. 14—15.
8. Колесников В.В. Профилактика и пути повышения эффективности лечения туберкулеза легких у социально-дезадаптированных лиц: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.В. Колесников. — М., 1990. — 115 с.
9. Кривонос П.С. Значение метода простой бактериоскопии для выявления и диагностики туберкулеза органов дыхания / П.С. Кривонос, Г.С. Авдеев, А.А. Красько // Современные проблемы фтизиатрии и пульмонологии: Сб. науч. тр., Ч. 2. — Гродно, 1999. — С. 8—11.
10. Кучеров А.Л. Эпидемиология и профилактика туберкулеза / А.Л. Кучеров. — М., 1985. — С. 3—6.
11. Медико-социальная характеристика больных туберкулезом легких мигрантов / В.В. Колесников [и др.] // Проблемы туберкулеза. — 1991. — № 2. — С. 8—9.
12. Овсянкина Е.С. Эпидемическая характеристика неконтролируемого резервуара туберкулезной инфекции и его роль в распространении заболевания среди детей и подростков / Е.С. Овсянкина, Г.А. Куфакова, Е.С. Иванова // 6 национальный конгресс по болезням органов дыхания: Сб. науч. тр. — М., 1996. — С. 116—117.
13. Шилова М.В. Достоверность статистических показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза / М.В. Шилова // Туберкулез и экология. — 1996. — № 1. — С. 31—33.
14. Шилова М.В. Туберкулез в России в 2007 году / М.В. Шилова // СПб., 2008. — 63 с.

А.Г. Мархаев, М.В. Бадлеева, И.П. Убеева, М.С. Ширапова

АКТУАЛЬНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

Туберкулез (ТБ) является острейшей проблемой современного мирового сообщества и сегодня признан Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) как заболевание, требующее разработки и внедрения активных и безотлагательных действий по предупреждению распространения в мире. По данным ВОЗ, ежегодно туберкулезом заболевают 8,8 млн. человек, 2—3 млн. — умирают. Россия занимает 11-е место среди 22 стран с наиболее высокой распространенностью туберкулезом. В России регистрируется 35 % всех впервые выявляемых больных туберкулезом в европейском регионе ВОЗ.

С 1991 по 2000 год заболеваемость туберкулезом в РФ выросла в 2,7 раза и достигла 90,7 на 100 000 населения. В 2008 году было зарегистрировано 117 738 новых случаев заболевания ТБ (83,2 на 100 000 населения). Из них с бактериовыделением (в контагиозной форме) — 48 938.

Значительно выше заболеваемость туберкулезом в Сибирском федеральном округе (СФО — 128,0 в 2008 г.), Республике Бурятия (РБ — 164,6 в 2008 г.), г. Улан-Удэ (188,6 в 2008 г.).

В 26 субъектах РФ зарегистрирована заболеваемость ТБ выше уровня 100 на 100 тысяч населения, что в несколько раз превышает среднее значение показателя заболеваемости в европейском регионе (52,6 на 100 тысяч населения). А в странах с высоким уровнем жизни, таких, как Норвегия, Швеция и Финляндия, этот уровень, по данным 2005 года, составлял 5–6 случаев на 100 тысяч населения.

Наибольшие значения заболеваемости отмечаются в ряде территорий Сибири и Дальнего Востока: Республика Тыва – 206,5, Приморский край – 135,8, Кемеровская обл. – 128,6 случаев на 100 тысяч населения.

В России отмечается рост числа больных с первичной множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) с 6,7 % в начале 2000-х до 9,4–9,5 % в 2008 году. За год зарегистрировано 4 056 новых случаев МЛУ, всего на конец 2008 года состояло на учете 24 055 пациентов с ТБ-МЛУ.

По данным годовой когорты впервые выявленных больных туберкулезом легких 2008 года, зарегистрированных с положительным результатом микроскопии мазка мокроты, в РФ эффективный курс химиотерапии был отмечен у 57,2 % больных, неэффективный – у 14,7 %, досрочное прекращение лечения – у 10,4 %, умерло от туберкулеза – 9,3 %, умерло от других причин – 3,5 %.

Низкая эффективность лечения, признаки роста распространенности ТБ с МЛУ говорят об острой необходимости решения задач, направленных на:

- повышение эффективности лечения,
- обеспечение непрерывности химиотерапии,
- контролируемость приема препаратов,
- оказание социальной поддержки больным ТБ.

Среди факторов, обуславливающих низкие показатели эффективности лечения больных туберкулезом, развитие лекарственной устойчивости, большое значение имеют побочные реакции (ПР) противотуберкулезных лекарственных средств (ЛС).

ПР противотуберкулезных ЛС развиваются в среднем у 10–15 % пациентов. Примерно в 4 % случаев из-за развития ПР от дальнейшего применения этих препаратов приходится отказаться. При использовании стандартных курсов химиотерапии ПР противотуберкулезных ЛС особенно часто возникают в первые 2 мес, а в последующем вероятность их развития снижается.

По данным Центра мониторинга ПР противотуберкулезных ЛС при ВОЗ (2007) среди противотуберкулезных монопрепаратов по частоте возникновения ПР в мире доминируют препараты изониазида – 29,2 %, рифампицина – 26,7 %, капреомицина – 17,1 %, этамбутола – 10,2 %. Менее 10 % ПР были отмечены при применении пипразинамида – 9,8 %, аминосалициловой кислоты – 2,2 %, рифабутина – 2,1 % и комбинированных ЛС.

ПР токсического генеза обусловлены избирательным влиянием противотуберкулезных ЛС на функцию различных органов и систем организма. В отличие от аллергических ПР клинические проявления токсических реакций в значительной степени зависят от дозы применяемого препарата и исходного функционального состояния органов и систем, ответственных за его метаболизм. Чаще всего поражается печень, так как в ней осуществляется инактивация всех противотуберкулезных ЛС. В целом все токсические ПР этих препаратов можно разделить на нейротоксические, гепатотоксические, нефротоксические и гематотоксические. Наиболее часто встречается побочное действие противотуберкулезных препаратов на печень (у 44,9 % пациентов), почки (17,7 %), центральную нервную систему (13,8 %) и на слуховой аппарат (12,9 %).

Побочные действия противотуберкулезных препаратов ограничивают возможности проведения полноценной химиотерапии, особенно при использовании стандартных курсов химиотерапии. Химиопрепараты, оказывая токсическое действие на организм больного, могут вызывать различные побочные эффекты. Особенно часто они возникают при наличии сопутствующих заболеваний печени, желудка, почек, сердечно-сосудистой системы и пр. Побочный эффект химиопрепаратов в 23 раза чаще проявляется у больных, имеющих сопутствующие заболевания. В то же время, сопутствующие заболевания встречаются у больных туберкулезом более чем в 60 % случаев.

Одновременное применение различных патогенетических средств может предупредить или ликвидировать побочные действия химиопрепаратов. Отмена их производится только при явлениях полной непереносимости или опасности вызвать тяжелые проявления лекарственных осложнений.

Десенсибилизирующие средства, кортикостероидные препараты, экстракорпоральные методы лечения ликвидируют побочное действие химиопрепаратов у 64 % больных без их отмены, а у 36 % приходится заменять препарат, вызвавший побочный эффект.

Уменьшение дозировки, отмена противотуберкулезных препаратов, замена их на менее активные аналоги способствуют снижению эффективности лечения больных туберкулезом, повышению риска развития лекарственной устойчивости.

Рядом научных исследований доказан нефро- и гепатопротективный эффект препаратов из лекарственных растений. Однако, влияние их на ПР противотуберкулезных ЛС, течение туберкулезного процесса, эффективность лечения туберкулеза исследовано недостаточно. Данная проблема, учитывая ее масштабность, имеет чрезвычайно важное социально-медицинское значение.

Таким образом, в связи с неблагополучной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу в стране, в том числе и в Республике Бурятия, исследование влияния лекарственных препаратов из лекарственных растений на снижение побочных реакций противотуберкулезных лекарственных средств, эффективность лечения туберкулеза, течение в Республике Бурятия является чрезвычайно актуальным.

Наиболее интересным представляется исследование возможностей фитотерапии в коррекции гепатотоксических эффектов, определение нефропротективного эффекта фитопрепаратов при интенсивной противотуберкулезной терапии больных туберкулезом легких. А также изучение влияния фитопрепаратов на течение туберкулеза легких при общепринятой противотуберкулезной терапии и определение эффективности сочетанной фито- и туберкулостатической терапии в лечении туберкулеза легких.

О.Э. Миткинов

ПРИМЕНЕНИЕ НАЗАЛЬНОГО СРАР У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

*Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)
Республиканский перинатальный центр (Улан-Удэ)*

Применение традиционной ИВЛ у недоношенных новорожденных с СДР I типа часто приводит к осложнениям. Факторами, способствующими повреждению легких, являются высокие МАР, FiO_2 , частота дыхания, структурная незрелость легких, продолжительность ИВЛ. Отрицательное влияние высоких значений МАР на гемодинамику приводит к повышению легочного сосудистого сопротивления, обеднению большого круга кровообращения и, в конечном итоге, к внутрилегочному и внутрисердечному шунтированию через фетальные коммуникации. При развитии осложнений ИВЛ, а также с целью их профилактики при высоких параметрах вентиляции возникает необходимость в медикаментозной синхронизации ребенка с вентилятором. Препараты, используемые для седации и миоплегии, оказывают неблагоприятное воздействие на гемодинамику новорожденного (особенно у недоношенных детей), снижая сердечный выброс и вызывая легочную гипертензию.

В настоящее время все большее распространение находит метод неинвазивной вентиляции — назальный СРАР по технологии Infant Flow™ System.

В Республиканском перинатальном центре в 2008 году использовали назальный СРАР на аппарате «Infant Flow» у 18 недоношенных детей с массой тела от 1085 до 1730 г. (средн. 1405 ± 76 г.) и гестационным возрастом от 27 до 32 недель. У всех детей был диагностирован СДР I типа. У всех детей с профилактической целью был применен Куросурф в дозе 120 мг по методике «insure».

НСРАР проводили с потоком 6–8 л/мин., достигая МАР 3,2–5 см вод.ст. FiO_2 устанавливали, ориентируясь на показатели газов крови и SpO_2 . При этом начинали с концентрации 30–60 % с постепенным снижением до 21 % в течение 12–24 часов. Динамическое наблюдение включало определение газов крови через 4–6–8 часов по показаниям, рентгенографию легких, аускультацию, общий и биохимический анализы крови. Отключение от НСРАР производили после нормализации показателей газов крови, при улучшении рентгенологической и аускультативной картины, отсутствии апноэ и неврологической симптоматики. Среднее пребывание на НСРАР составило 28 часов с максимальным значением 54 часа.

У 16 детей (89 %) неинвазивная вентиляция была успешна. Они были переведены в отделение выхаживания недоношенных детей на 6–8-е сутки жизни. Состояние при переводе оценивалось как тяжелое стабильное и среднетяжелое. В респираторной поддержке не нуждались.

У двоих детей (11 %) НСРАР оказался неэффективен в связи с тяжелым СДР и неэффективной регуляцией дыхания за счет сопутствующей асфиксии. У данных новорожденных через 24 часа после начала СРАР была произведена интубация трахеи и традиционная ИВЛ. У одного пациента (вес 1106 г.) отмечено осложнение — ОАП, на 6-е сутки жизни был переведен на ИВЛ в ОРИТ второго этапа (в дальнейшем с выздоровлением). У второго ребенка (вес 1209 г.) из этой группы осложнений не было, ИВЛ составила 111 часов.

Таким образом, НСРАР представляется перспективным методом лечения недоношенных детей с СДР с учетом правильного соблюдения методики и активного динамического мониторинга.

ВЫВОДЫ

1. НСРАР может успешно применяться у детей с массой тела менее 1500 г. и гестационным возрастом от 27 недель.
2. При проведении НСРАР необходим мониторинг МАР, газов крови, ЧСС, частоты дыхания, SpO_2 , артериального давления и клинических анализов.
3. При неэффективности НСРАР желателен перевод на ИВЛ в ранние сроки.
4. Опасно применение высокого потока более 8 л/мин. и МАР более 6 см вод.ст.