

34% (16) от разлуки с близкими, по 10,6% (5) устали от длительного лечения, больничного питания и больничного окружения. 31,9% (15) опрошенных усталости не испытывают. 72,3% (34) опрошенных после заболевания могут выполнять прежние домашние обязанности в полном объёме и способны к обычной активности на отдыхе.

**Вывод:** Наиболее подвержены туберкулёзу мужчины старше 50 лет с хроническими заболеваниями, имеющие среднеспециальное образование, безработные с низким уровнем дохода (до 5 тыс.) и не имеющие семьи. Знания больных о туберкулёзе удовлетворительные, но половина опрошенных не уверена в благополучном исходе заболевания, даже при условии его лечения. Однако в большинстве своём больные доверяют лечащему врачу и придерживаются назначенного им лечения.

**УДК: 616.24-002.5+615.33**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛОМЕФЛОКСАЦИНА В  
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ,  
ВЫЯВЛЕННОГО ВПЕРВЫЕ**

**Ю. В. Фролова, Т. В. Мякишева, Е.А. Найпак**

*ГОУ ВПО СГМА*

*Кафедра фтизиопульмонологии*

**Резюме:** Была проведена сравнительная эффективность лечения у 54 впервые выявленных пациентов по стандартному ПБ режиму (I группа), включающему ломефлоксацин, и I режиму химиотерапии (II группа) на протяжении 3-4 месяцев. При ПВ режиме бактериовыделение прекратилось у  $\frac{1}{2}$  пациентов через 2 месяца лечения, рассасывание инфильтрации было установлено в 80 % случаев к 4 месяцу лечения, закрытие полостей распада происходило через 4 месяца лечения у 50 % больных.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, впервые выявленные больные, лечение, резервные препараты, ломефлоксацин.

## USE EFFICENCY OF THE OFLOXACIN IN TREATMENT PULMONARY NEW TUBERCULOSIS CASES

**Yu. V. Frolova, T. V. Myakisheva, E.A. Naypak**

**Resume:** The efficiency of the treatment using the I regime (II group) and IIB regime included lomefloxacin (I group) was evaluated in 54 new patients within the first 3-4 months chemotherapy. The IIB regimen used in new tuberculosis cases with bacterial excretion to be stopped half of the patients by months 2 of therapy. Resolution of the infiltration was founded 80% cases by months 4 of therapy I group. Decay cavities could be also resolved by months 4 of therapy I group 50 %.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, new tuberculosis cases, treatment, reserve preparat, lomefloxacin

**Актуальность.** В условиях крайне неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу одним из приоритетных направлений в комплексе противотуберкулезных мероприятий считаются разработка и внедрение во фтизиатрическую практику оптимальных методов лечения больных. Фторхинолоны (офлоксацин, ломефлоксацин, левофлоксацин) представляют большой интерес для лечения больных туберкулезом в комбинации с другими противотуберкулезными препаратами (ПТП), т.к. имеют оптимальную фармакокинетику (включая высокие внутриклеточные концентрации), хорошую переносимость при длительном применении [2]. Особенно важно, что механизм действия фторхинолонов на микобактериальную клетку принципиально отличен от механизмов действия известных ПТП, что обеспечивает бактерицидный эффект этих лекарств даже в отношении лекарственно-устойчивых микобактерий (МБТ).

**Цель:** изучение клинической, микробиологической, рентгенологической эффективности ломефлоксацина в комплексном лечении впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания на стационарном этапе.

**Задачи исследования:** оценить динамику клинических проявлений туберкулеза (симптомов интоксикации, грудной симптоматики); провести микробиологическую диагностику сроков абациллирования мокроты бактериоскопическим и бактериологическим методами; дать рентгенологическую оценку скорости рассасывания инфильтрации, закрытия и уменьшения полостей распада в легочной ткани.

**Материалы и методы.** Обследовано 54 пациента с впервые выявленным туберкулезом легких, которые находились на стационарном лечении в Смоленском противотуберкулезном диспансере в 2009г в течение 4-6 месяцев. Обследуемые разделены на две группы. I группа наблюдения (29 пациентов) получала IIБ стандартный режим химиотерапии, включающий, кроме препаратов первого ряда, два резервных. Пациенты получали комбинированные ПТП - ломекомб (изониазид, ломефлоксацин, пиразинамид, этамбутол, витамин В6) в сочетании с рифампицином и протионамидом или протиокомб (ломефлоксацин, протионамид, пиразинамид, этамбутол, витамин В6) в сочетании с рифампицином и изониазидом. II группа (25 пациентов) - лечение проходило по I стандартному режиму терапии, включающему только препараты первого ряда (изониазид, пиразинамид, этамбутол, рифампицин) в сочетании с витамином В6.

По половому составу выделенные группы были идентичны, в них преобладали мужчины (79,3% и 80% соответственно,  $p>0,005$ ). По возрастному составу группы также не отличались: в обеих группах превалировали лица 35-54 лет (в 62 и 56 %), пациенты 18-34 лет встречались в 24,1 и 28% случаев, лица 55 лет и старше составили 13,8 и 16% соответственно,  $p > 0,05$ . Исходно группы не отличались по клиническим формам: инфильтративный туберкулез доминировал над остальными формами (58,6 и 66,7% соответственно,  $p > 0,05$ ), диссеминированный встречался в 17,2% I группе, во II - 24% ( $p > 0,05$ ), казеозная пневмония чаще отмечалась в I группе 13,8%, чем во II - 4% ( $p > 0,05$ ), туберкулёмы обнаруживались в 6,9% I группе, во II - 4% ( $p > 0,05$ ), в I группе 3,4% установлен очаговый туберкулез, во II таких пациентов не было

( $p > 0,05$ ). Учитывалась и сопутствующая патология, которая отмечалась у 93,1% в I группе, во II - 80% ( $p > 0,05$ ). Таким образом, исследуемые группы не различались по полу - возрастному составу, клиническим формам, что позволило провести сравнительную оценку эффективности различных режимов химиотерапии.

**Результаты.** Оценка показателей проводилась по данным клинического, микробиологического и лабораторного исследования ежемесячно, а рентгенологический контроль осуществлялся через каждые 2 месяца. До начала лечения интоксикация (69 и 72 % соответственно), различной степени выраженности (слабость, утомляемость, повышенная потливость) и повышение температуры тела (63,1 и 68%) встречались у большинства пациентов обеих групп,  $p > 0,05$ . Исчезновение симптомов, как правило, отмечалось к 4 месяцу лечения (интоксикации - у 93,1 и 88 %, температуры - у 93,1 и 96% соответственно в группах,  $p > 0,05$ ). Среди грудных проявлений в обеих группах чаще отмечался влажный кашель (75,9 и 76% соответственно,  $p > 0,05$ ). Ко второму месяцу лечения кашель оставался одинаково часто у 72 и 73% соответственно, к 4-му месяцу терапии жалобы на кашель встречались в 40% случаев в I группе, во II – в 36,8% ( $p > 0,05$ ). Аускультативные и перкуторные данные имели сходную тенденцию с клинической картиной с улучшением к 4-му месяцу лечения: исчезновение хрипов у 72,4 и 88% соответственно, нормализация перкуторного звука у 100% больных в обеих группах,  $p > 0,05$ .

Бактериовыделение методами бактериоскопии и посева наблюдалось в обеих группах в 83 и 64% соответственно,  $p > 0,05$ . Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ), результаты которой были получены к 3-4 месяцу терапии, достоверно не различалась в обеих группах: в I группе – 31%, во II – 12%,  $p > 0,05$ . Важный показатель эффективности терапии - абациллирование мокроты, оценивался ежемесячно. Через 1 месяц терапии у 24,1% отсутствовали МБТ в I группе, по сравнению со II группой, где таких было в 2 раза меньше - 8% ( $p > 0,05$ ). Достоверная разница по абациллированию отмечалась уже через 2 месяца терапии (у 44,8 и 16%

соответственно,  $p < 0,05$ ), такие же результаты получены через 3 месяца (51,7 и 20%,  $p < 0,05$ ) и через 4 месяца терапии (55,2 и 24%,  $p < 0,05$ ).

Анализируя общеклинический анализ крови, в первую очередь показатели лейкоцитоза и СОЭ, достоверных различий в обследуемых группах не получили. В динамике отмечается тенденция к снижению лейкоцитов уже на 2 месяце лечения у 86 и 92% пациентов в обеих группах ( $p > 0,05$ ), а нормализация СОЭ происходит медленнее, только через 4 месяца терапии в 51,7 и 60% случаев соответственно ( $p > 0,05$ ).

Исходные рентгенологические данные показали, что в наблюдаемых группах не было различий по протяженности и наличию распада в легочной ткани. В обеих группах преобладали односторонние процессы 68,9 и 60%  $p > 0,05$ , которые затрагивали чаще 1-2 доли легких 51,7 и 40%  $p > 0,05$ . Деструктивные изменения были обнаружены у большинства больных обеих групп (89,7% и 80% соответственно,  $p > 0,05$ ), по степени выраженности деструкций отличий также не установлено - преобладали небольшие участки распада (57,7 и 65% соответственно,  $p > 0,05$ ). Положительная рентгенологическая динамика отмечалась уже через 2 месяца лечения, причем значительно чаще в I группе (75,8%), чем во II (44,4%), ( $p < 0,05$ ), отсутствие таковой зафиксировано в 17,2% в I группе против 44% во II группе ( $p < 0,05$ ), отрицательная динамика зарегистрирована в 6,8 и 12% соответственно ( $p > 0,05$ ). Наиболее выраженное рассасывание инфильтрации и очагов отсева установлено через 4 месяца лечения в I группе, чаще чем во II: 80 и 47,4% случаев соответственно, ( $p < 0,05$ ). Уменьшение деструктивных процессов и закрытие полостей распада определялось также через 4 месяца терапии, достоверно чаще у больных I группы (50%), чем у II (17,6%),  $p < 0,05$ .

**Выводы.** Комплексная терапия больных туберкулезом по IIБ стандартному режиму, включающая два резервных препарата, один из которых ломефлоксацин, по сравнению с I режимом, более эффективна. Около  $\frac{1}{2}$  пациентов абациллируется уже через 2 месяца лечения. Рассасывание

инфилtrации зарегистрируется через 4 месяца у 80% пациентов, уменьшение деструктивных изменений установлено через 4 месяца у половины больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лечение туберкулеза. Рекомендации для национальных программ. ВОЗ. 1998. 77 с.
2. Мишин В.Ю. Оптимизация лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких на основе принципов доказательной медицины // Consilium medicum.-2008. -Т.10. -№3. -С.20-25.
3. Мишин. В. Ю., Степанян И. Э. Фторхинолоны в лечении туберкулеза органов дыхания // Русский медицинский журнал. 1999. № 5. С. 234-236.
4. Рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза. ВОЗ. 1998. 47 с.
5. Страчунский А.С., Белоусов Ю.Б, Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии – Смоленск: МАКМАХ, 2007.- С 94-100, С 333-339.
6. Хоменко А. Г. Современная химиотерапия туберкулеза // Клиническая фармакология и терапия. 1998. № 4. С. 16-20.
7. Хоменко А. Г., Мишин В. Ю., Чуканов В. И. и др. Эффективность применения офлоксацина в комплексном лечении больных туберкулезом легких, осложненным неспецифической бронхолегочной инфекцией // Новые лекарственные препараты. 1995. Вып. 11. С. 13-20.

**УДК: 616.921.5:616.211/.232-078.4**

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ ГРИППА А/H1N1 (SW2009)

**Н.Б. Игнатова<sup>1</sup>, М.М. Храмцов<sup>2</sup>, Н.А. Графова<sup>3</sup>, И.С. Михайлова<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>*Смоленский областной институт патологии*

<sup>2</sup>*ГОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия»*

<sup>3</sup>*ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области»*