

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ГУМАНИТАРНЫХ И ЕСТЕСТВЕННЫХ НАУК

ЖУРНАЛ НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ

Москва 2010

<i>Калиновский С.Б.</i> СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ОБУЧЕНИЯ В СОВРЕМЕННОМ ВУЗЕ КАК ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	219
<i>Корзюк А.А., Корзюк Т.Н.</i> ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СУБЪЕКТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА КАК ИСТОЧНИК ФОРМИРОВАНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО ИНТЕРЕСА УЧАЩИХСЯ К ИЗУЧЕНИЮ ИСТОРИИ	225
<i>Корозникова А.А.</i> УЧЕБНИЧЕСКОЕ САМОУПРАВЛЕНИЕ – ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ШАГОВ И ПРИБОРЕТЕНИЕ ЛИЧНОГО ОПЫТА ДЕМОКРАТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ	227
<i>Крутицкая О.И.</i> ВЛИЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ НА РАЗВИТИЕ МОТОРНОЙ СФЕРЫ И РЕЧИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	229
<i>Кузнецова А.Ю.</i> ЛИНГВОКУЛЬТУРОЛОГИЧЕСКИЕ И ЛИНГВОДИДАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ РЕАЛИЙ ИНОЯЗЫЧНОГО ХУДОЖЕСТВЕННОГО ТЕКСТА	232
<i>Магомедова К.А.</i> ДИАГНОСТИКА УРОВНЯ АДАПТАЦИИ ПЕРВОКЛАССНИКОВ	235
<i>Макаревич Т.В.</i> К ВОПРОСУ ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОЦЕССА АУДИРОВАНИЯ УЧЕБНЫХ ЛЕКЦИЙ	240
<i>Нимацуренова Е.Б.</i> ИНДИВИДУАЛИЗАЦИЯ СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ В СЕЛЬСКОЙ ШКОЛЕ	242
<i>Парамонова А.Е.</i> «ОСНОВЫ ПРАВОСЛАВНОЙ КУЛЬТУРЫ»: ВОССОЗДАНИЕ ЦЕЛОСТНОГО ОБРАЗА ГЕОКУЛЬТУРНОГО ПРОСТРАНСТВА РОССИИ	245
<i>Сатарбаев Т.</i> ОРГАНИЗАЦИИ И МЕТОДЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ЗАНЯТИЙ	249
<i>Симяков В.А.</i> ФОРМИРОВАНИЕ МЫШЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ	254
<i>Сутурин Л.Б.</i> МУЗЫКА XX ВЕКА В КУРСЕ ФОРТЕПИАНО (НЕКОТОРЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ КОММЕНТАРИИ)	262

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

<i>Табриз Н.С.</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРОЛЕЖИВШИХСЯ ПО II КАТЕГОРИИ	264
--	-----

МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Табриз Н.С.^Ф

Доцент, к.м.н., кафедра «Физиотерапия»,
Карагандинский государственный медицинский университет

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРОЛЕЖИВШИХСЯ ПО II КАТЕГОРИИ

Summary

Comparative estimation of standard and prolonged regime of chemotherapy in patient by tuberculosis of breath organ who are treated by second category are not different, prolonged of treatment scheme are not promote of effective rise.

По рекомендации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в Республике Казахстан с 1999 г. внедрена стратегия DOTS, которая с 2001 г. адаптирована к условиям страны [1]. Ранее нами была дана сравнительная оценка эффективности стандартного и пролонгированного режимов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом [2]. Однако остается не изученным сравнительная эффективность предложенных ВОЗ стандартных и работавших в Казахстане в 2003-2006гг. адаптированных режимов химиотерапии по II категории. Согласно рекомендациям ВОЗ к II категории относятся больные с рецидивом туберкулеза, неудачами лечения, лечением после перерыва и другие.

Цель исследования - оценить сравнительную эффективность стандартного и пролонгированного режимов химиотерапии у больных туберкулезом органов дыхания пролежавших по II категории при коротком анализе.

Материалы и методы исследования

Для оценки эффективности различных режимов лечения по II категории больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 186 больных с повторно диагностированным туберкулезом легких взятых на учет в 2001 году, у которых был применен антибактериальный режим по методике ДОТС – краткосрочная химиотерапия и 2 группу составили 188 больных, получавших антибактериальную терапию по адаптированной программе - продолженная схема лечения в 2004 году. Для исследования взяты пациенты Казыбекбинского района г. Караганды, Абайского и Жанааркынского сельских районов Карагандинской области.

В половой структуре среди больных обеих групп традиционно преобладали мужчины – 142 (76,3%) в 1-й группе и 136 (72,3%) во 2-й группе, женщины соответственно – 44 (23,7%) и 52 (27,7%).

В возрастной структуре в наблюдаемых группах достоверных отличий не было, в группах отмечается высокий удельный вес заболевших в возрасте от 20 до 50 лет: в 1-й группе 72,1%, во 2-й группе 77,1%.

При оценке социальных особенностей, значимых различий в группах не выявлено, большая часть больных не работали - 147 (79,0%) в 1-й группе и 143 (76,1%) во 2-й группе, работали 25 (13,5%) пациентов 1-й группы и 29 (15,4%) пациентов и пенсионеров было в 1-й группе 14 (7,5%) и во 2-й группе 16 (8,5%) пациентов.

У 36 (19,4%) больных 1-й группы и у 37 (19,7%) пациентов 2-й группы отмечались сопутствующие заболевания, при этом некоторой части наблюдавшихся – несколько. Наиболее распространенной сопутствующей патологией больных в наблюдаемых группах явился синдром алкогольной зависимости – 23 (12,4%) в 1-й группе и 18 (9,6%) во 2-й группе.

В клинической структуре туберкулеза органов дыхания среди больных II категории в обеих группах значительно преобладали инфильтративный туберкулез легких (в 1-й группе – 83,4% и во

В таблице 1 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах стали. В таблице 2 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах чугуна.

Таблица 1. Содержание металлов в различных сортах стали

Сорт стали	Всего	Fe	C	Mn	P	S
Сталь 10	100	98.5	0.08	0.3	0.01	0.005
Сталь 20	100	98.5	0.18	0.3	0.01	0.005
Сталь 30	100	98.5	0.28	0.3	0.01	0.005
Сталь 40	100	98.5	0.38	0.3	0.01	0.005
Сталь 50	100	98.5	0.48	0.3	0.01	0.005
Сталь 60	100	98.5	0.58	0.3	0.01	0.005
Сталь 70	100	98.5	0.68	0.3	0.01	0.005
Сталь 80	100	98.5	0.78	0.3	0.01	0.005
Сталь 90	100	98.5	0.88	0.3	0.01	0.005
Сталь 100	100	98.5	0.98	0.3	0.01	0.005

В таблице 2 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах чугуна. В таблице 3 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах бронзы.

В таблице 4 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах латуни. В таблице 5 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах алюминия.

Таблица 2. Содержание металлов в различных сортах чугуна

Сорт чугуна	Всего	Fe	C	Mn	P	S
Чугун 10	100	98.5	2.0	0.3	0.01	0.005
Чугун 20	100	98.5	2.5	0.3	0.01	0.005
Чугун 30	100	98.5	3.0	0.3	0.01	0.005
Чугун 40	100	98.5	3.5	0.3	0.01	0.005
Чугун 50	100	98.5	4.0	0.3	0.01	0.005
Чугун 60	100	98.5	4.5	0.3	0.01	0.005
Чугун 70	100	98.5	5.0	0.3	0.01	0.005
Чугун 80	100	98.5	5.5	0.3	0.01	0.005
Чугун 90	100	98.5	6.0	0.3	0.01	0.005
Чугун 100	100	98.5	6.5	0.3	0.01	0.005

В таблице 3 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах бронзы. В таблице 4 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах латуни.

В таблице 5 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах алюминия. В таблице 6 приведены данные по содержанию металлов в различных сортах магния.

Таблица 3. Типы больных

Группы	1-й		2-й	
	абс	%	абс	%
Решили	43	23,1	42	22,3
Другой (решили БК.)	72	38,7	74	39,4
Неблагоприятный исход	22	11,8	27	14,4
УМН	47	25,2	35	18,6
Переведен	4	2,2	10	5,3
Всего	186	100	188	100

Анализ представленных сведений о больных по полу, возрасту, национальному и социальному составу, структуре клинических форм, распространенности процесса, бактериовыделению и характеру лекарственной резистентности был сопоставим.

Химиотерапия больных туберкулезом по 2-й категории отличалась в исследуемых группах не по схеме лечения, а по длительности интенсивной фазы. Больные 1-й группы в интенсивную фазу ежедневно применяли 4 противотуберкулезных препарата – изониазид (Н), рифампицин (Р), пирразинамид (Z), этамбутол (Е) и стрептомицин (S) на протяжении 3-4 месяцев. Срок лечения зависел от прекращения бактериовыделения, если после 3 месяцев произошла конверсия мазка переходили на поддерживающую фазу с применением 3 основных препаратов (НRE) ежедневном и интермиттирующем режиме на протяжении 5 месяцев. Если выделение МТ не прекращалось через 3 месяцев от начала лечения, то интенсивная фаза продолжалась до 4 месяцев, после 4 месяцев независимо от выделения микобактерии туберкулеза переводили на поддерживающую фазу.

Больные 2-й группы в интенсивную фазу ежедневно применяли 5 противотуберкулезных препаратов – (НRZES) на протяжении 3-5 месяцев. Срок лечения зависел не только от прекращения бактериовыделения, а также от распространённости инфильтративных и деструктивных изменений в легких. Переход на поддерживающую фазу осуществлялся после прекращения бактериовыделения и заживления инфильтративных изменений и полостей распада в легких. На поддерживающей фазе терапии также назначались 3 основных препарата (НR) ежедневном и интермиттирующем режиме на протяжении 5 месяцев.

Длительность химиотерапии в интенсивной фазе оценена у больных, которые завершили полный курс лечения исходами «вылечен» и «лечение завершено». Длительность лечения больных химиотерапии в интенсивной фазе представлена в таблице 4, как видно из таблицы 4, в 1-й группе 87 (во 2-й группе – 58) больных завершили лечение за 3 месяца, во 2-й группе по сравнению с первой группой было больше больных продолжившихся 4 и 5 месяцев. Средняя длительность лечения в интенсивной фазе составила в 1-й группе - $3,1 \pm 0,03$ мес., во 2-й группе - $3,5 \pm 0,08$ мес., $p < 0,001$.

Таблица 4. Продолжительность лечения в интенсивной фазе

Группы	Длительность интенсивной фазы (мес.)				Не завершили лечения	Средняя продолжительность интенсивной фазы
	3	4	5	Всего		
1-я, n=186	87	8	-	95	91	3,1
2-я, n=188	57	16	13	86	102	3,5

Результаты и обсуждение

Оценку эффективности различных режимов химиотерапии противопоставили по результатам бактериоскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза и по исходам лечения. Смогли завершить полный курс лечения с прекращением бактериовыделения, соответствовавшего исходному «вылечено» - 47 (41,2%) из 114 больных 1-й группы и 36 (32,7%) из 110 больных 2-й группы выделявших микобактерии туберкулеза. Наиболее низкие показатели отмечены у больных выделяющих мультирезистентные штаммы микобактерии туберкулеза - соответственно 10,0% и 6,1%.

Из 67 больных 1-й группы, у которых не удалось достичь, копиреии мазка, 22 закончили лечение неблагоприятным исходом и 15 умерли от туберкулеза, 20 нарушили режим лечения, 2 переведены на лечение в режиме ДOTS+ и 2 переведены в другое лечебное учреждение. Во 2-й группе из 74 больных бактериовыделителей, которые не смогли завершить лечения по 2 индивидуальное лечение - 9, переведен на лечение в режиме ДOTS+ - 4, нарушение режима лечения - 16 и переведен в другое лечебное учреждение - 4. В 1-й группе из 72 больных, не выделявших микобактерии туберкулеза у 48 (66,7%) к окончанию основного курса лечения мазок остался отрицательным, и они смогли полностью закончить лечение исходом «лечение завершено», у 2 (2,8%) стал положительным, и закончили лечение неблагоприятным исходом, 5 (6,9%) умерли, 11 (15,3%) прервали лечение и 6 (8,3%) переведены в другое лечебное учреждение. Во 2-й группе из 78 абациллованных больных у 50 (64,1%) к концу лечения результат бактериоскопии был отрицательным, 2 (2,6%) больным был выставлен исход «неудача лечения», 16 (20,5%) нарушили режим лечения, 2 (2,6%) переведены на индивидуальное лечение и 8 (10,2%) умерли от туберкулеза и других причин.

Таблица 5. Исходы лечения больных

Группы	1-я		2-я	
	абс	%	абс	%
Вылечен	47	25,3±3,2	36	19,1±2,9
Лечение завершено	48	25,8±3,2	50	26,6±3,2
Нарушение режима	31	16,7±2,7	42	22,4±3,0
Переведен	8	4,3±1,5	5	2,7±1,2
Переведен на лечения в DOTS plus	2	1,1±0,8	4	2,1±1,0
Неудача лечения	30	16,1±2,7	26	13,8±2,5
Умер	20	10,7±2,3	25	13,3±2,5
Всего	186	100	188	100

Результаты лечения по исходам представлены в таблице 5, как видно из таблицы 7 в результатах лечения больных исследуемых групп достоверных отличий не было. Процент успешного лечения («вылечен» и «лечение завершено») был не высоким 51,1% в 1-й группе и 45,7% во 2-й группе. Факторами, способствовавшими повышению эффективности лечения больных туберкулезом легких по II категории, явились нарушения режима (самовольное прерывание лечение больными, перевод на индивидуальное лечение в связи мультирезистентностью и непереносимостью лекарственных средств) и множественная лекарственная устойчивость, приведшая к росту неблагоприятных исходов (56,3% в 1-й группе и 76,9% во 2-й группе).

Таблица 6. Диспансерное наблюдение больных

	1-я группа		2-я группа	
	абс	%	абс	%
Осложнения срока наблюдения	65	34,9±3,5	54	28,7±3,3
Переведен во 2 группу	8	4,3±1,5	9	4,8±1,6
Переведен в 1 группу	7	3,8±1,4	8	4,3±1,5
Переведен в другое учреждение	46	24,7±3,2	46	24,4±3,1
Отрыв	1	0,5±0,5	8	4,3±1,5
Умер от туберкулеза	39	21,0±3,0	31	16,5±2,7
Умер от других причин	20	10,8±2,3	32	17,0±2,7
Всего	186	100	188	100

При дальнейшем диспансерном наблюдении за контингентом II категории изучаемых групп на протяжении 4-5 лет, установлено увеличение удельного веса умерших больных – 31,9% в 1-й группе и 33,5% во 2-й группе. Полностью завершили диспансерное наблюдение или были переведены во II диспансерную группу только 39,2% больных 1-й группы и 33,5% пациентов 2-й группы. В обеих группах большое количество больных выбыли из наблюдения в связи переходом в другие противотуберкулезные учреждения – 24,7% и 24,4% соответственно (таблица 6).

В целом данные бактериоскопического мониторинга, исходы лечения и дальнейшее диспансерное наблюдение за контингентом II категории показывает низкоэффективность их лечения в связи неудовлетворительным социальным статусом больных, преобладанием распространенных хронических форм туберкулеза с высокой множественной лекарственной устойчивостью и частыми нарушениями режима лечения.

Таким образом, результаты лечения больных туберкулезом легких по стандартной и продленной схемам по II категории достоверно не различались, продление схем лечения не способствовало повышению ее эффективности.

Литература

1. Диканбаева С.А., Ракишев Г.Б., Баймуханова К.Х. и др. Реализация адаптированной программы борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан и ее результаты. // В сб. «I конгресс фтизиатров Казахстана» - сборник трудов – Алматы, 2004. – с. 69-73.
2. Табриз Н.С., Исмаилов Ш.Ш. Сравнительная оценка различных режимов химиотерапии у впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания // Современный научный вестник. – 2009. – №16 (72). – С. 101-108.