

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ ПРИМЕНЕНИЯ
СТРАТЕГИИ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В
РЕСПУБЛИКЕ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ - АЛАНИЯ
И ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАНДАРТНЫХ
РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ,
РЕКОМЕНДУЕМЫХ ВОЗОМ**

Бязров С.Х., Корнаев С.Н.,
Щерпилов В.М., Макиева В.Г.

*Северо-Осетинская государственная
медицинская академия и*

*Республиканский противотуберкулезный диспансер,
Владикавказ*

В СССР и России в свое время выдвигались многочисленные программы борьбы с туберкулезом, в том числе различные лечебные режимы, однако ни одна из них не смогла остановить рост туберкулеза и падения эффективности лечения от него. Поэтому в настоящее время в новых социально-экономических условиях чрезвычайно актуальной является выработка более рациональных форм работы противотуберкулезной службы России и ее регионов, которые бы сдерживали прогрессирующий рост туберкулеза и смертность от него, а также способствовали повышению эффективности лечения этого грозного заболевания. Стратегия ДОТЗ, разработанная в России предусматривает цель в первую очередь выявления больных туберкулезом-бацилловыделителей и строгий мониторинг эффективности лечения больного. Благодаря активному сотрудничеству ЦНИИТ РАМН с Всемирной организацией здравоохранения и международным противотуберкулезным союзом, ВОЗ провозгласила свою главную стратегию борьбы с туберкулезом в мире на основе программ DOTS и поэтому вправе называть ее русским вариантом ВОЗа. Предлагаемая борьба с туберкулезом по ВОЗу при условии выполнения всех ее пунктов и обеспечения противотуберкулезными препаратами является своевременной и актуальной. В РСО-Алания проделана определенная работа по внедрению указанной программы, проведены семинарские занятия с врачами общей сети, фтизиатрами и лаборантами. МЗ республики изданы соответствующие приказы и рекомендации по улучшению бактериологической службы по выявлению бацилловыделителей туберкулеза, оснащены оборудованием лаборатории поликлиник, амбулаторий и стационаров. Активно включилась в реализацию этой программы и кафедра фтизиопульмонологии медицинской академии, главным направлением ее научной тематики явилось не только организация внедрения, но изучение влияния результатов этой программы на эпидемиологические показатели туберкулеза в республике, что является основной целью настоящего сообщения.

Под нашим наблюдением находилось 150 впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом и бацилловыделением (основная группа) в возрасте от 18 до 72 лет, которые закончили курс 6-месячной химиотерапии по ВОЗ-ской программе. Преобладали мужчины (80%) с инфильтративным (98), диссеминированным (22), очаговым (14), кавернозным туберкулезом (8) и козеезной пневмонией (8). Указанным больным кроме обычного общеклиниче-

ского обследования проводилась микроскопия мазков, посев мокроты на ВК с последующим изучением лекарственной устойчивости МБТ и рентгено-томографическое исследование. Все они лечились краткосрочными режимами химиотерапии по программе ВОЗ. В работе также проведен сравнительный анализ эффективности терапии контрольной группы (125), которые лечились по принципам традиционной советской и российской фтизиатрии, больные были идентичны по всем показателям с основной группой. При выявлении ЛР МБТ проводилась коррекция химиотерапии с заменой на резервные препараты с удлинением срока лечения. В период интенсивной фазы лечения в течение 2 месяцев получали изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол и стрептомицин при отсутствии устойчивости МБТ к нему. При положительных данных микроскопии мокроты активная фаза продлевалась еще на 1 месяц до получения ЛР, при отрицательных данных микроскопии мокроты через 2 месяца химиотерапии больные переходили на фазу продолжения лечения изониазидом и рифампицином до 4 месяцев. Обследование основной группы больных проводилось через 2,4 и 6 месяцев и к концу основного лечения теперь в условиях диспансерного отделения. 6-месячная химиотерапия у впервые выявленных деструктивным туберкулезом по бацилловыделению и закрытию полостей распада выявила 3 группы больных: в первую группу вошли лица, у которых к концу 6-месячного лечения прекратилось бацилловыделение и закрылись деструкции (92 – 80%), во вторую группу вошли больные с отрицательными данными микроскопии мокроты (17%), но сохранялись полости распада и больные (5,5%) бацилловыделители с деструктивными изменениями. По нашим данным менее существенное значение играла массивность бацилловыделения (1-ая 72,6%, 2- 86% и 3 –100%), а исходная протяженность инфильтративно-деструктивных изменений (1 гр. – 77,5% до 2-х сегментов, 2 гр.- до 2 долей 75,8% и 3 гр. распространенный туберкулез и козеезная пневмония) и наличие у впервые выявленных деструктивным туберкулезом легких начальной лекарственной устойчивости МБТ (70,2%). Нам удалось добиться прекращения бацилловыделения через 2 месяца интенсивной фазы лечения с использованием изониазида, рифомпицина, пипразинамида, этамбутола и стрептомицина у 77,5% больных, необходимо отметить, что неустраняемые побочные реакции при этом режиме химиотерапии выявлялись реже (1,7 раз), чем при других режимах и значительно больше в контрольной группе.

При множественной лекарственной резистентности другие режимы оказались неэффективными и в этих случаях по получении данных о чувствительности МБТ проводилась коррекция химиотерапии и удлинение сроков активной фазы лечения до 4 месяцев терапии, что позволило прекращение бацилловыделения у 94% больных. У 12 из 22 больных с начальной моно- и множественной устойчивости МБТ при коррекции режимов химиотерапии был наложен лечебный пневмоторакс, который позволил обочиллировать больных через 2 месяца, а к 8 месяцу закрылись полости распада. Данный факт еще раз указывает на значительную роль в новых условиях лечебного

пневмоторакса, незаслуженно забытого или редко применяемого в клинике фтизиатрии. Показатели бактериовыделения и закрытия полостей распада в контрольной группе у лечившихся больных по методикам советской и российской фтизиатрии уступают режимам лечения по ВОЗ-ской программе и соответственно составляют 81 и 69%.

К концу лечения, т.е. к 8-10 месяцам, включая и диспансерный отдел эффективность режимов химиотерапии оказалась достаточно высокой и составляет соответственно 95 и 82%. Наблюдаемые временные колебания эффективности лечения больных зависели от нарушения химиотерапии и перебоев из-за отсутствия соответствующих противотуберкулезных препаратов, однако после получения их и удлинения сроков режимов к концу лечения достигли достаточного высоких цифр. Некоторые позитивные результаты в условиях применения режимов химиотерапии по ВОЗу получили и среди контингентов больных.

Благодаря внедрению режимов химиотерапии и ее мониторинга и методов раннего выявления бацилловыделителей, заболеваемость туберкулезом за последние 3 года в республике несколько снизилась (104; 98,5; 80,9) и имеет тенденцию к стабилизации.

Таким образом применение программы ВОЗ в республике является оправданной и позволило не только повысить эффективность лечения и противотуберкулезных мероприятий, но сокращает бацилловыделителей, резервуар туберкулезной инфекции среди населения и создает более благоприятные условия борьбы с туберкулезом в регионе, конечно при наличии достаточного количества противотуберкулезных препаратов, большего влияния правительства и повышения уровня жизни населения. Благодаря стратегии DOTS ВОЗ в республике Северная Осетия-Алания достигнута положительная динамика показателей эффективности лечения в борьбе с туберкулезом в РСО-Алания.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К КОНСТРУИРОВАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА

Воробьева В.М., Шипунов Н.Н.

ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет МЗ РФ», Барнаул

МУЗ «Белокурихинская центральная городская больница», Белокуриха

Конструирование лекарственных препаратов включает ряд последовательных разделов, а именно: формулировку проблемы в медико-социальном аспекте, определение направления, цели и задач исследований на основе изучения фармацевтического рынка, патентного поиска и анализа специальной литературы, разработку составов лекарственных препаратов в соответствии с современными требованиями, оптимизацию технологических процессов и параметров качества готового продукта, составление, согласование и утверждение нормативной документации [3]. Для реализации поставленных целей в области разработки

рациональных лекарственных препаратов необходимо участие коллектива исследователей, включающих специалистов химического, технологического, фармакологического и лечебного профилей, при этом постановка цели и задач исследований может исходить от специалиста любой названной специальности [2]. Цель данной работы - определение методологических подходов в области конструирования лекарственных препаратов для лечения заболеваний пародонта.

Заболевания пародонта занимают одно из ведущих мест среди стоматологических заболеваний, распространены в различных возрастных группах, имеют тенденцию к неуклонному росту. Значительные изменения в зубочелюстной системе пациентов обуславливают социальный, общемедицинский и экономический аспекты проблемы. Одним из направлений решения проблемы является разработка рациональных лекарственных препаратов для комплексной медикаментозной терапии гингивитов, пародонтитов, пародонтоза [5, 7, 8]. Тактика лекарственной терапии стоматологических заболеваний должна базироваться на знании анатомического и гистологического строения пародонтального комплекса тканей, структурных и функциональных свойств составных частей пародонта, этиологических факторов, вызывающих различные клинические формы заболевания. Также в обязательном порядке следует учитывать характер течения, степень и тяжесть поражения, распространенность патологического процесса. В формировании заболеваний пародонта ведущая роль принадлежит микроорганизмам зубного налета. Разрушающее действие бактерий на ткани пародонта вызвано секрецией энзимов агрессивности, осуществляющих протеолиз белков, а также эндотоксинов, лейкотоксина и других факторов антигенного и иммуносупрессивного действия. Наиболее интенсивное поражение тканей с развитием гингивитов и пародонтитов различной степени и характера течения в зависимости от сопутствующих факторов вызывают грамотрицательные бактерии и бактероиды. Выведение солей кальция, деструкция костной ткани, снижение образования коллагена также обусловлено действием бактероидов [5].

Таким образом, воспалительные заболевания пародонта являются результатом нарушения равновесия между симбиотными микроорганизмами и тканями ротовой полости. Под воздействием микробиологического фактора формируется активное воспаление с последующим развитием изменений иммунного статуса локального характера. Принимая во внимание вышеизложенное можно сделать вывод, что лечение заболеваний пародонта должно быть комплексным, включать как симптоматическое лечение каждого симптома заболевания, так и этиотропную и патогенетическую терапию. Целью лечения заболеваний пародонта является ликвидация воспалительного процесса, восстановление структурных и функциональных свойств пародонтального комплекса тканей, окружающих зуб, предупреждение распространения воспалительного процесса на глубжележащие ткани пародонта, повышение местных и общих факторов иммунной защиты.

Для проведения рациональной патогенетической терапии необходимо конструирование многокомпо-