

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ФИЗИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В УКРАИНЕ

Грищенко И.И.

Резюме. Проанализированы показатели солнечного радиационного, температурного, ветрового, увлажнительного режимов климата. Выявлены ведущие территориальные климато-географические закономерности регионов Украины.

Ключевые слова: гигиена, физические факторы, окружающая среда, радиация

HYGIENICAL ESTIMATION OF CLIMATIC-GEOGRAPHICAL FEATURES AND RADIATION SITUATION IS IN DIFFERENT REGIONS OF UKRAINE

Grischenko I.I.

Summary. Indexes of sunny radiation, temperature, wind, spray-damping modes of climate are analysed. Leading territorial climatic-geographical regularities of regions of Ukraine are educed.

Key words: hygiene, physical factors, environment, radiation

Отримано до редакції 04.03.13

УДК 616-002.5:616.155.194]-085+615.817

СЛУЧАЙ АНЕМИИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ У БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ, ПРИНИМАЮЩЕГО КЛОФАЗИМИН

¹Лепшина С.М., ²Сердюк О.В., ¹Тищенко Е.В., ¹Ракитянский А.А.

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Коммунальное лечебно-профилактическое учреждение

«Областная клиническая туберкулезная больница» г. Донецк

Резюме. Химиотерапия больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью сопряжена с большими трудностями. Длительный прием противотуберкулезных препаратов, в том числе 5 группы с недоказанным воздействием на МБТ, а также сопутствующие заболевания приводят к частому возникновению побочных реакций. В статье приведен клинический случай редко встречаемой (0,01%) некупируемой анемии тяжелой степени у больного туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью при приеме клофазимина. После отмены препарата отмечены улучшение состояния больного, нормализация гемограммы.

Ключевые слова: химиотерапия туберкулеза, клофазимин, побочная реакция, анемия

Лечение больных химиорезистентным туберкулезом в настоящее время является одной из наиболее сложных задач фтизиатрии. Согласно рекомендациям ВОЗ [1] и приказам МЗ Украины [2, 3], схема лечения больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) включает противотуберкулезные препараты (ПТП) I ряда, к которым сохранена чувствительность и не менее 4 препаратов II ряда с доказанной чувствительностью МБТ к ПТП. При широкой лекарственной устойчивости в схемы лечения добавляют препараты 5 группы с недоказанным воздействием на МБТ (клофазимин, линезолид и др.). Длительный срок приема 5-6-компонентных схем ПТП, высокий удельный вес сопутствующей патологии (сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, гепатиты и др.) приводят к возникновению побочных реакций разной степени выраженности [4]. Согласно данным ВОЗ, 4% из них являются некупируемыми и требуют отмены препарата. В связи с тем, что препараты 5 группы, не входят в стандартные схемы, побочные реакции на эти препараты изучены недостаточно [5]. Приводим клиническое наблюдение нежелательной побочной реакции, возникшей при приеме клофазимина [6].

Больной Е., 60 лет, пенсионер. Туберкулез легких выявлен впервые при профосмотре. Получал лечение по 1 и 2 категориям, положительный эффект не достигнут. Возобновилось бактериовыделение. При исследовании мокроты методом микроскопии мазка выявлены КУБ 1+, культурально отмечен рост МБТ 3+, выявлена резистентность к изониазиду, рифампицину, пипразинамиду, этамбутолу, стрептомицину, офлоксацину, канамицину, этионамиду. Случай мультирезистентного туберкулеза (вариант широкой лекарственной устойчивости) подтвержден на МЛУ-консилиуме ОКТБ. Больной госпитализирован в специализированное отделение Областной клинической туберкулезной больницы.

В анамнезе – ИБС: атеросклеротический кардиосклероз с артериальной гипертензией, СН I, ХОЗЛ II стадия. Курит по 1 пачке сигарет в день. Контакт с больным туберкулезом не установлен.

При поступлении предъявлял жалобы на слабость, отсутствие аппетита, субфебрильную температуру тела. Одышку при физической нагрузке, снижение массы тела до 10 кг в течение года, головокружение.

Объективно общее состояние удовлетворительное. Больной астенического телосложения, резко пониженного питания, масса тела 54 кг при росте 190 см. Фон настроения снижен. В позе Ромберга

неустойчив, координационные пробы выполняет верно, походка не изменена. Кожа и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Над легкими перкуторно легочный звук с коробочным оттенком. Аускультативно ослабленное дыхание, рассеянные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, деятельность ритмичная. Артериальное давление 130/80 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту. Живот мягкий безболезненный. Печень увеличена на 1,5 см. Отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств.

При поступлении в клиническом анализе крови гемоглобин – 152,9 г/л, эритроциты – 4,5 Т/л, ЦП – 1,0, лейкоциты – 7,0 Г/л, СОЭ – 13мм/ч, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 61%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 24%, моноциты – 6%; в общем анализе мочи удельный вес – 1024, белок – 0,054, эритроциты – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 4-6 в поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 62,5 г/л, мочевины – 5,1 ммоль/л, креатинин – 82,0 мкмоль/л, билирубин общий – 9,5 мкмоль/л, прямой – 2,7 мкмоль/л, непрямо – 6,8 мкмоль/л, АСТ – 0,33 мкмоль/л, АЛТ – 0,37 мкмоль/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, тимоловая проба – 3,6 ед.

Выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной клетки. В верхней доле левого легкого определяется фиброзная полость размером 4,5×4,3×4,4 см с умеренно выраженной перикавитарной инфильтрацией и небольшим уровнем жидкости в ней, множественными очагами вокруг. Слева в VIII, X сегментах – инфильтрация легочной ткани, очаги. Справа в I сегменте – фиброзно-очаговые изменения. В нижней и средней долях справа крупные очаги отсева.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, электрическая ось сердца отклонена влево. Гипертрофия левого желудочка. Нарушение процессов реполяризации, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

ФВД: вентиляционные нарушения второй степени по смешанному типу.

При фибробронхоскопии определяются скопления гнойно-слизистого секрета по ходу трахеи, по бифуркации, по ходу бронхиальных стволов, в языковых зонах. После аспирации – поступления секрета нет. Слизистая бронхов бледно-розовая, умеренно отечная, сосудистый рисунок смазан, хрящевой рельеф выражен. Область бифуркации трахеи и главных бронхов в норме. Заключение: диффузный катаральный эндобронхит I ст.

Осмотрен специалистами. Заключение невропатолога – смешанная энцефалопатия (гипертоническая, атеросклеротическая) в

виде рефлексорной пирамидной недостаточности, вестибулярной дисфункции, выраженного астеноневротического синдрома; окулиста – начальная катаракта обоих глаз, ангиосклероз, ангиопатия сетчатки.

Установлен клинический диагноз: МРТБ (07.2012) 1-2 сегментов легких (инфильтративный) Дестр+ МБТ+ М+ К+ Резист+ (HRZES) Резист II (KmOfxEt) Кат 4 (НЛ повторного курса лечения ПТП I и II ряда) Ког 3 (2012). Сопутствующий диагноз: ИБС: атеросклеротический кардиосклероз СН I, ХОЗЛ II стадия.

Назначено лечение по схеме: капреомицин 1,0, моксифлоксацин 0,4, протионамид 0,75, циклосерин 0,75, ПАС 8,0, клофазимин 0,2.

На фоне лечения нормализовалась температура тела, уменьшился кашель, исчезли хрипы в легких, однако усилилось головокружение, шаткость при ходьбе, нарастала общая слабость, АД понизилось до 80/60 мм рт. ст., пульс участился до 100 уд/мин, появилась анизокория (зрачки S>D), в общем анализе крови нарастала анемия (таб.). В биохимическом анализе клинически значимых отклонений не выявлено.

Повторно осмотрен невропатологом, заподозрены острое нарушение мозгового кровообращения, опухоль головного мозга.

Проведена магнитно-ядерная томография головного мозга: данных за очаговую и объемную патологию головного мозга не выявлено.

При исследовании кала на скрытую кровь реакция слабоположительная.

Таблица. Динамика показателей гемограммы больного Е

Нв, г/л	Эритроциты, Т/л	ЦП	Лейкоциты, Г/л	СОЭ, мм/ч
152,9	4,5	1,0	7,0	13
94	3,1	0,9	2,4	63
98	3,4	0,86	4,3	36
72,4	2,45	0,87	3,3	61
86,1	2,89	0,9	4,2	40
66,5	2,45	0,81	4,2	43
122	3,59	1,02	4,2	3

При фиброгастроскопии определена нормальная эндоскопическая картина пищевода, поверхностный гастрит, поверхностный дуоденит.

Проведено СКТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Печень диффузно увеличена. Петли кишечника раздуты газом. Предстательная железа увеличена в размерах с

наличием кальцинатов. Увеличенных лимфоузлов в брюшной полости и забрюшинном пространстве не выявлено.

От проведения колоноскопии больной отказался.

В лечение больному были добавлены препараты железа, витамины С, В₁₂, фолиевая кислота, проводилось переливание одногруппной плазмы, крови (при снижении Нв до 66,5 г/л). Эффект от проводимой терапии был кратковременным и незначительным. Специфическая химиотерапия не отменялась.

В связи с тем, что соматическая патология, вызывающая снижение гемоглобина и количества эритроцитов не была обнаружена, возникло предположение, что анемия может быть следствием побочной реакцией на один из ПТП. Из схемы, назначенной больному, анемию могли вызвать моксифлоксацин и клофазимин (0,01% согласно инструкции к препарату), гемолитическую анемию – ПАС. В связи с отсутствием признаков гемолитической анемии, ПАС был исключен из списка «подозреваемых» препаратов. Принято решение первым отменить клофазимин. После отмены препарата состояние больного улучшилось. Постепенно нормализовалась картина крови (Нв – 122 г/л, эритроциты – 3,59 Т/л, ЦП – 1,02, лейкоциты – 4,2 Г/л, СОЭ – 3 мм/ч); исчезли головокружение, слабость, стала уверенной походка; появился аппетит; стабилизировалось АД в пределах 120/80 мм рт. ст.

Согласно приказу МЗ Украины от 27.12.2006 №898, заполнена форма 137/0, данные о зарегистрированном случае отправлены в МЗ Украины.

Таким образом, данный клинический случай представляет большой интерес для врачей фтизиатров. Анемия на клофазимин встречается достаточно редко и выявляется с помощью общего клинико-лабораторного обследования. Изменения в гемограмме могут потребовать отмены препарата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis, 2011 update / Geneva : World Health Organization, 2011 (WHO/HTM/TB/2011.6).
2. Наказ МОЗ України від 22.10.2008р. №600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».
3. Наказ МОЗ України від 14.02.2012р. №108 «Про затвердження змін до Стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».

4. Побочные реакции на противотуберкулезные препараты: профилактика, мониторинг, купирование (метод. рекомендации). – Донецк, 2012. – 27 с.
5. Мишин В. Ю. Медикаментозные осложнения комбинированной химиотерапии туберкулеза легких / В. Ю. Мишин. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 248 с.
6. Наказ МОЗ України від 14.05.2010р. №406 «Інструкція для медичного застосування препарату клофазам».

ВИПАДОК АНЕМІЇ ВАЖКОГО СТУПЕНЯ У ХВОРОГО НА ТУБЕРКУЛЬОЗ З РОЗШИРЕНОЇ ЛІКАРСЬКОЮ СТІЙКІСТЮ, ЯКИЙ ПРИЙМАВ КЛОФАЗІМІН

Лепшина С.М., Сердюк О.В., Тищенко Е.В., Ракитянський О.О.

Резюме. Хіміотерапія хворих на туберкульоз з широкою лікарською стійкістю пов'язана з значними труднощами. Тривалий прийом протитуберкульозних препаратів, у тому числі 5 групи з недоведеним впливом на МБТ, а також супутні захворювання призводять до частого виникнення побічних реакцій. У статті наведено клінічний випадок незкорегованої анемії важкого ступеня у хворого на туберкульоз з широкою лікарською стійкістю при прийомі клофазіміну, яка рідко зустрічається (0,01%). Після відміни препарату відзначені поліпшення стану хворого, нормалізація гемограми.

Ключові слова: хіміотерапія туберкульозу, клофазімін, побічна реакція, анемія

CASE OF SEVERE ANEMIA IN PATIENT WITH EXTENSIVE DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS RECEIVING CLOFAZIMINE

Lyepshina S.M., Serduk O.V., Tyshchenko Ye.V., Rakytyansriy A.A.

Summary. Chemotherapy of patients with drug-resistant tuberculosis is accompanied by significant difficulties. Prolonged intake of anti-TB drugs, including five groups with unclear effects on MBT, as well as accompanying diseases lead to the frequent occurrence of adverse reactions. The article presents a clinical case of rarely seen (0.01%) severe uncontrolled anemia in patient with extensive drug-resistant tuberculosis during intaking clofazimine. After drug withdrawing improvement of the patient condition, normalization of blood counts was marked.

Key words: chemotherapy of tuberculosis, clofazimine, adverse reactions, anemia

Отримано до редакції 04.03.13

УДК 614.24+613.632.4]:546.26:622-051

ОЦІНКА РЕЗУЛЬТАТІВ ДІАГНОСТИКИ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГІРНИКІВ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ГОСТРОГО ОТРУЄННЯ МОНООКСИДОМ ВУГЛЕЦЮ

Уманський В.Я., Зяблицев С.В., Новосельська В.В., Бочарова О.А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Резюме. В роботі проведено аналіз результатів функціонального обстеження 83 гірників з гострими отруєннями монооксидом вуглецю. Встановлено, що найчастіше мають місце скарги на головний біль, запаморочення, слабкість. Відмічені розлади вегетативно-судинної системи в бік симпатикотонії та вестибулярні порушення. Має місце перерозподіл церебрального кровообігу та зменшення швидкості реакцій при отруєннях монооксидом вуглецю в гірників.

Ключові слова: нервова система, гірники, отруєння монооксидом вуглецю

Серед усіх виробничих отруєнь за десять років спостереження, отруєння монооксидом вуглецю (СО) становили 59,3 %, причому 82,2 % отруєнь сталося у вугільних шахтах Донбасу [4-6]. Монооксид вуглецю є небезпечною екзогенною отрутою і одночасно потрібним ендогенним нейротрансміттером [7]. Ендогенно СО утворюється ферментом гемоксигеназою і є відомим вазоділятатором. Ураження нервової системи стоять на першому місці при отруєннях оксидом вуглецю, особливо при типовій формі отруєння [2, 8]. При цьому стан нервової системи після перенесеного отруєння в більшості випадків визначає подальший перебіг хвороби та відновлення багатьох функцій і повернення працездатності [3]. Діагностика тяжкості ураження ґрунтується на даних анамнестичних симптомах та лабораторних показниках, а наслідки – по виявлених результатах органічних і функціональних порушень [1, 5-6].

Тому виділення основних симптомів захворювання у гірників з отруєнням монооксидом вуглецю є важливим моментом для точної діагностики.

Матеріал і методи

Обстежено клінічними та функціональними методами 142 гірника, серед яких було 83 хворих, що перенесли гостре отруєння монооксидом вуглецю, та 59 гірників контрольної групи аналогічного віку і стажу, стан котрих оцінювали за опитником скарг за Клауссенном, результатами клінічних вестибулярних проб, вегетативних проб Ашнера та ортостатичної, ЕКГ з варіаційною пульсометрією, ЕЕГ, УЗДГ, з обробкою результатів методами