

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОСНОВНОГО КУРСА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

А.В. Абрамов, А.Ю. Черников, В.М. Коломиец

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России»

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Курск

Реализация Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007-2011 гг.», в т. ч. подпрограммы «Туберкулез», продленной до 2012 г., стабилизировала эпидемическую ситуацию, причем отмечается тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом (ТБ) в последние два года. Однако показатели эффективности приоритетного противоэпидемического мероприятия – ликвидации источника инфекции, т.е. клинического излечения больного, не столь оптимистичны. Приоритетные показатели эффективности – закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения – достигнуты не более чем у 61,5% и у 70,1% впервые выявленных больных, соответственно. Общеизвестно, что достижение клинического излечения в первую очередь зависит от эффективности лечения в интенсивной фазе, которое в преобладающем большинстве случаев должно начинаться и проводиться в стационарных условиях. Известно также, что основная часть средств, выделяемых на противотуберкулезную работу, расходуется на содержание и лечение больных ТБ в стационарах. В то же время, основными направлениями развития здравоохранения предусмотрено реформирование системы здравоохранения, в том числе оптимизация коечного фонда и его использования.

Цель

Цель исследования (проводимого в нескольких противотуберкулезных диспансерах Центрально-Черноземного региона – клинических базах ГБОУ ВПО «КГМУ Минздрава России»): обоснование и оптимизация эффективности стационарного этапа основного курса лечения (ОКЛ) больных ТБ.

Результаты

В настоящем сообщении представлены результаты (усредненные за три года), полученные в одном из ГКУЗ ОКПТД.

В структуре больных ТБ, которым проводили ОКЛ (преимущественно в интенсивной фазе), преобладали впервые выявленные – 43,7% и длительно болеющие

(при обострении или возникновении осложнений) – 30,9%. Значительную группу обследованных и получавших лечение в стационаре составили диагностические больные (13,0%). По поводу рецидива ТБ легких проходили ОКЛ 4,4%, неактивный ТБ диагностирован у 4,3%, непрофильные больные составили 3,7%.

Изучая клинико-экономическую эффективность стационарного этапа ОКЛ, учитывали, прежде всего, такие показатели как среднее пребывание на койке (СПК) (в среднем равное 97,1 дня), летальность (7,8%), а также объемы и эффективность использования патогенетической терапии и хирургических методов лечения.

У впервые выявленных больных закрытие полостей распада достигнуто в 57,2%, прекращение бактериовыделения в 82,1% случаев, СПК соответствовало рекомендуемому стандартом (91,0 дня). При ОКЛ рецидивов рубцевание полостей достигнуто у 40,6%, абациллирование – у 73,12% больных при СПК 90,2. У длительно болеющих (из II А и Б групп диспансерного наблюдения), к которым относился почти каждый третий больной из лечившихся в стационаре, закрытие полостей распада достигнуто лишь в 8,9%, а прекращение бактериовыделения – всего в 31,4% случаев при СПК равном 122,5 дня.

СПК у диагностических больных (определение активности или этиологии процесса), как и другие показатели эффективности стационарного этапа лечения, является крайне малоинформативным.

Результаты анализа стоимости медикаментозного лечения больных ТБ показали, что средняя стоимость 1 койко-дня составила 25,84 руб., средняя стоимость всего курса лечения – 2550,58 руб., в т.ч. 2191,34 руб. (85,9%) – стоимость химиотерапии. Установлено, что бюджетные расходы, планируемые на проведение патогенетической терапии в соответствии с существующими в настоящее время инструктивными положениями, прежде всего, стандартами согласно приказов Минздрава России № 109 и № 572, не совпадают с фактическими затратами. Так, они составили лишь 359,23 руб. для лечения одного больного (14,1%). Стоимость курса лечения хронических

больных на 1,85% дороже курса лечения впервые выявленных больных.

Заключение

В настоящее время специализированная медицинская помощь больным ТБ в интенсивной фазе ОКЛ оказывается преимущественно в стационарных условиях (и это основная составляющая в финансировании противоэпидемических мероприятий). Значительную долю в структуре объемов и расходов на стационарную помощь составляет лечение хронических больных (при его низкой эффективности). В тоже время, при переизбытке коечного фонда довольно редко госпитализируются

диагностические больные. Материально-техническое обеспечение ОКЛ сконцентрировано на проведении этиотропной терапии, резерв же повышения эффективности ОКЛ путем использования патогентической терапии используется и обеспечивается явно недостаточно. Поэтому реструктуризация коечной сети для оказания специализированной противотуберкулезной помощи, приоритетное использование индивидуализированных режимов антибактериальной и максимальное применение патогнетической терапии должны привести к перераспределению и оптимизации бюджетного финансирования противоэпидемических мероприятий.

Абрамов Алексей Вячеславович, тел. 8-903-872-76-73, e-mail: kurskokptd@mail.ru

ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИКАРДИТА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

*А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов, Ю.В. Чернышева, И.В. Кузнецова
ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Минздрава России»*

Туберкулезный перикардит является частным проявлением внелегочного туберкулеза (ТБ). Пункционная эвакуация гидроперикарда и коррекция противотуберкулезной терапии, как правило, позволяют ликвидировать накопление жидкости, но не предотвращают облитерацию полости перикарда и формирование панцирного сердца.

Мы наблюдали восемь больных ТБ легких в возрасте от 22 до 34 лет с выпотным перикардитом туберкулезной этиологии. На момент обследования у них сформировался распространенный фиброзно-кавернозный ТБ легких, у двух осложненный эмпиемой плевры с бронхо-плевральным свищом, у трех была выявлена ВИЧ-инфекция IIIБ стадии с развитием синдрома приобретенного иммунодефицита.

Накопление жидкости в полости перикарда происходило медленно, не сопровождаясь бурными рефлекторными реакциями. Как правило, выявляли гидроперикард при контрольной обзорной рентгенографии органов грудной клетки, когда отмечали значительное расширение тени сердца в сравнении с предшествующим рентгенологическим исследованием. Пульсация контура сердца при рентгеноскопии обычно отсутствовала. Легочные поля соответствовали предшествующему казеозному процессу, в плевральных синусах появлялось небольшое количество жидкости.

Ретроспективно выявленные клинические проявления гидроперикарда включали в себя прогресси-

рующую слабость, нарастающую одышку, увеличение печени и боль в правом подреберье, отеки нижних конечностей, цианоз лица. Первоначально их объясняли течением основного заболевания и побочными эффектами приема противотуберкулезных препаратов.

При УЗИ перикарда эпигастральным доступом и через IV межреберье слева от грудины была выявлена жидкость в полости перикарда. Наибольшая ширина полоски жидкости гидроперикарда была в систолу и составила в проекции IV межреберья слева от грудины 6 см, в эпигастральной области не превышала 2 см. В зависимости от фазы сокращения сердца распределение жидкости в полости перикарда менялось. В диастолу ширина полоски жидкости гидроперикарда в проекции IV межреберья слева от грудины уменьшалась до 2 см, в эпигастральной области – до смыкания листков перикарда и эпикарда. У четырех больных при УЗИ были выявлены признаки «волосатого сердца».

В связи с угрозой декомпенсации правожелудочковой сердечной недостаточности выполняли пункции перикарда в точке наибольшей ширины полоски жидкости гидроперикарда в IV межреберье слева от грудины, которую намечали под УЗИ-контролем. Эпигастральный доступ не был использован для пункции перикарда ни у одного больного ввиду небольшой ширины полоски жидкости. Толщина грудной стенки клетчатки перикардального жирового треугольника была 3-4 см, в связи с чем для пункции под местной анестезией использова-

ли иглу для внутримышечных инъекций. Удаляли от 100 до 300 мл жидкости, у двух больных она была желтой прозрачной, у шести – вида «мясных помоев». Критерием для прекращения эвакуации гидроперикарда было появление у врача субъективного чувства царапания пункционной иглы об эпикард. Процедуру заканчивали внутривнутриперикардальным введением 1,0 стрептомицина и 1,0 изониазида. Осложнений не было. Повторные пункции перикарда не потребовались.

При бактериологическом исследовании перикардального выпота микобактерии туберкулеза не были обнаружены ни в одном случае. У двух пациентов, несмотря на исчезновение жидкостного компонента перикардита, через 6-8 месяцев развилось «панцирное сердце» с декомпенсации по типу правожелудочковой сердечной недостаточности: развитие ортостатического коллапса, гепатомегалии, асцита, отека нижних конечностей. У них было выполнено хирургическое лечение – перикардэктомия, которую выполняли из стернотомического доступа. Во время операции была выявлена полная облитерация полости перикарда, листки перикарда были утолщены, местами до 15 мм. Уже во время операции отмечены положительные изменения центральной гемодинамики. При гистологическом исследовании уда-

ленного перикарда выявлены признаки хронического неспецифического воспаления. Посев операционного материала на среду Финна-2 и Левенштейна-Йенсена выявил рост микобактерий туберкулеза, в обоих случаях устойчивых к препаратам основного ряда (HRZES), что позволило провести коррекцию последующей противотуберкулезной терапии. У остальных пациентов наблюдали прогрессирование легочного процесса с неблагоприятным исходом.

Возможно, использование молекулярно-генетических методов исследования и посев на жидкие среды позволят увеличить частоту и уменьшить сроки идентификации и определения спектра лекарственной устойчивости возбудителя, улучшить результаты лечения. У данной категории больных целесообразно использовать не только системную противотуберкулезную терапию, но и длительное местное внутривнутриперикардальное введение препаратов, включая растворы противотуберкулезных средств и протеолитических ферментов. Для этого необходимо дренирование полости перикарда эпигастральным доступом, что должно быть учтено при составлении протокола лечения больных с экссудативным перикардитом туберкулезной этиологии.

Асеев Александр Владимирович, тел. 8-910-648-52-05, e-mail: aseev-alex@mail.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО – ОСНОВА ПРОТОКОЛА ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА РЕБЕР

*А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов, Ю.В. Чернышева, И.В. Кузнецова
ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Минздрава России»*

Туберкулез (ТБ) может поражать любые отделы ребер, но чаще - передние и боковые отделы IV-VII ребер. Поражение I-II ребер или задних отделов бывает крайне редко. Течение казеозного воспаления ребер малосимптомное, длительное, диагностические мероприятия обычно связаны с развитием натечника на грудной стенке. Изолированное поражение ребер без одномоментного поражения легких бывает редко. Лечение ТБ ребер в свете учения П.Г. Корнева должно быть комплексным, наряду с этиотропной противотуберкулезной терапией используются хирургические технологии.

Мы наблюдали 14 взрослых пациентов в возрасте от 32 до 68 лет, 13 мужчин и одну женщину. Инфильтративный ТБ легких в фазе распада и обсеменения имел место у четырех больных, инфильтративный ТБ с формирова-

нием туберкулем на фоне лечения – у одного, осумкованный ТБ плеврит – у одного, фиброзно-кавернозный ТБ в фазе инфильтрации и обсеменения – у трех, диссеминированный ТБ легких – у одного, посттуберкулезный пневмосклероз у 2 человек. Диссеминированные формы составили более 80%.

Наиболее информативным рентгенологическим методом исследования была фистулография (через свищевой ход или при пункции «холодного» натечника на грудной стенке). На прямых фистулограммах хорошо видна подкожная гнойная полость, иногда с жировыми секвестрами, свищевыми ходами вдоль ребра, у половины больных определяли тонкие свищевые ходы внутрь грудной клетки, которые проходили в предплевральной или преперикардальной клетчатке и слепо заканчивались

на задней поверхности ребер (реберных хрящей). Бактериологическое исследование содержимого натечника и биоптатов пиогенной капсулы позволило идентифицировать возбудителя у 6 больных (42,9%).

Всем больным проведена этиотропная терапия ТБ с учетом чувствительности возбудителя, хирургическое лечение в объеме абсцессэктомии и резекции пораженных фрагментов ребер. При подкожной абсцессэктомии у 10 больных дно гнойной полости было образовано участком ребра, лишенным надкостницы и изъеденным в виде «тающего сахара», у четырех пациентов наружная надкостница была сохранена. У 13 больных, наряду с этим, были выявлены свищевые ходы в межреберьях: у четырех они были одиночными и большого диаметра, у девяти – множественными и небольшого диаметра. В дальнейшем проводили ревизию всех свищевых ходов, их рассечение, удаление пиогенной капсулы и резекцию пораженных участков ребер. Линия резекции ребра располагалась не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения. Полость раны промывали раствором хлорексидина, послойно ушивали с оставлением дренажей.

В последующем по дренажам вводили противотуберкулезные препараты (наряду с системной химиотерапией) до полной облитерации полости раны. При гистологическом исследовании пиогенной капсулы во всех случаях были обнаружены казеозные гранулемы с клетками Пирогова-Ланганса. В отдаленные сроки у двух больных отмечали рецидив процесса в виде формирования натечника в области послеоперационного рубца, который был связан с нерадикальной резекцией ребра и требовал этапных операций удаления измененной костной ткани.

Таким образом, основным методом выявления ТБ ребер явилась фистулография. Бактериологическая верификация диагноза оказалась возможной лишь у 42,9% больных, основой подтверждения специфического характера процесса явилось гистологическое исследование пиогенной оболочки натечника. Граница резекции ребра должна быть не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения, радикальность операции при этом составляет 85,7%. Хирургическое вмешательство необходимо рассматривать как обязательный компонент лечения больных с туберкулезом ребер.

Асеев Александр Владимирович, тел. 8-910-648-52-05, e-mail: aseev-alex@mail.ru

К ВОПРОСУ О ГОРМОНАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.Е. Грабарник., О.Г. Жученко, В.М. Есикова

ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России», Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

По данным ряда авторов, у женщин, больных туберкулезом (ТБ), на фоне комплексной терапии, независимо от локализации процесса, имеют место выраженные нарушения как функционального состояния яичников, способствующие различным нарушениям менструальной функции, так и анатомо-функциональные изменения в органах репродуктивной системы.

В современной гинекологической практике с целью коррекции указанных выше нарушений репродуктивного здоровья женщин широко применяют различные группы гормонокорректирующих средств (комбинированных оральных контрацептивов – КОК).

Цель исследования

Повышение качества жизни женщин с ТБ различных локализаций путем снижения частоты и степени выраженности гормональных нарушений при использовании современных комбинированных оральных контрацептивов.

Материалы и методы

В основу исследования легли данные комплексного динамического клинико-рентгено-лабораторного обследования 356 женщин репродуктивного возраста с различными локализациями ТБ, находившихся на лечении в Университетской клинической больнице фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова и Московском областном противотуберкулезном диспансере. Обследованные женщины были разделены на четыре группы: I группа – 112 пациенток с ТБ органов дыхания, которые с целью гормонокоррекции принимали КОК; II группа – 74 женщины с ТБ органов дыхания, не принимавшие гормонокорректирующую терапию; III группа – 68 женщин с внелегочными локализациями ТБ, принимавшие КОК; IV группа – 58 женщин с внелегочным ТБ, не принимавшие КОК. По характеру специфического процесса, проводимой противотуберкулезной терапии и возрасту пациенток все группы были сопоставимы.

Использованы общеклинические, лучевые (рентгенография, УЗИ органов малого таза), морфологические (соскоб эндометрия, операционный материал), микробиологические, радиоиммунные (содержание половых и тропных гормонов) методы. Оценку качества жизни проводили с использованием шкалы Nottingham Health Profile (NHP) в модификации А.Н. Стрижакова и Л.Х. Костоевой (2000). Статистическую обработку результатов для анализа межгрупповых различий проводили с использованием программ STATISTICA.

Результаты и обсуждение

У большинства пациенток отмечены различные нарушения менструальной функции: альгодисменорея, гиперполименорея – у 139 (74,7 %) при ТБ органов дыхания и у 76 (60,3 %) пациенток при внелегочном ТБ, доля которых в группах наблюдения достоверно не различалась. Удельный вес пациенток с гипоменструальным синдромом достоверно выше при внелегочном ТБ: 19 (15,1%) против 12 (6,5%).

Выявленные особенности гормонального статуса у больных ТБ женщин характеризуются склонностью к андрогенизации, гиперпролактинемии, относительной эстрогенией, повышением показателей «стрессовых» гормонов (кортизол, тестостерон, пролактин).

Оценку показателей качества жизни у обследованных женщин проводили до и после окончания курса приема КОК. Наихудшему уровню качества жизни, согласно шкале NHP, соответствует сумма баллов равная 100. Минимально КОК назначали в течение трех менструальных циклов, при удовлетворительной переносимости препаратов средняя продолжительность приема составила 9–12 месяцев, а максимальная – 18 месяцев. Выбор гормональных препаратов для коррекции был обусловлен изменениями гормонального гомеостаза, пролиферативными изменениями в эндометрии, ретенционными образованиями яичников, характером нарушений менструальной функции и спецификой химического состава КОК, а также характером ТБ процесса и проводимой комплексной противотуберкулезной терапии. Применение КОК у всех пациенток с ТБ приводило к нормализации исходной

гиперандрогенемии, достоверному снижению тропных гормонов (ЛГ, ФСГ) и незначительному снижению эстрадиола и прогестерона.

Сравнительная оценка качества жизни у обследованных женщин (с учетом приема КОК) свидетельствовала о выраженном терапевтическом эффекте в плане регуляции менструальной функции, гормонального гомеостаза, профилактики нежеланных беременностей, клинические проявления которых значительно снижали показатели качества жизни в группах наблюдения.

В группе пациенток, не применяющих КОК, удельный вес женщин с высоким качеством жизни был достоверно ниже, а с низкими его значениями – достоверно выше по сравнению с контингентом женщин, пользующихся гормональной контрацепцией.

Следует отметить, что случаев неблагоприятного воздействия КОК на течение специфического процесса не было отмечено ни в одном случае.

Выводы

1. У женщин репродуктивного возраста, страдающих ТБ различных локализаций, часто имеют место различные нарушения менструальной функции и дисгормональные сдвиги, которые требуют проведения адекватной гормонокорректирующей терапии.

2. Выбор КОК и продолжительность гормонокорректирующей терапии зависят от характера выявленных нарушений репродуктивной системы, особенностей клинического течения ТБ и проводимой противотуберкулезной терапии; при этом минимальный курс приема составляет не менее трех менструальных циклов, средняя продолжительность лечения – 9-12 циклов.

3. Гормональная коррекция, проводимая с учетом указанных выше параметров, не оказывает отрицательного влияния на течение ТБ, позволяет значительно снизить частоту нарушений менструального цикла, уменьшить степень выраженности дисгормональных изменений, что обеспечило достоверное повышение качества жизни.

4. С учетом вышеизложенного считаем целесообразным включение в медико-экономические стандарты ведения женщин с ТБ определение гормонального статуса и проведение гормонокорректирующей терапии.

Грбарник Алексей Ефимович, тел. 916-124-24-48, e-mail: a.grabarnik@mail.ru

ОСЛОЖНЕНИЯ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Н.В. Долгова, О.Е. Русских, А.В. Полищук

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»

Химиотерапия заняла основное место в лечении больных туберкулезом (ТБ), но при ее проведении достаточно часто возникают различные осложнения. Частота побочных эффектов, обусловленных действием лекарственного средства, составляет до 20,0%, а при приеме одновременно более пяти препаратов риск развития побочных реакций (ПР) увеличивается до 50,0%.

Одно из первых мест в структуре нежелательных ПР при лечении больных ТБ занимают поражения печени, индуцированные лекарственными препаратами, частота которых колеблется в широких пределах – от 7,0% до 74,0%. Печень, будучи основным органом детоксикации, испытывает наибольшую нагрузку в процессе химиотерапии. Многочисленные рандомизированные исследования фиксируют выраженное гепатотоксическое действие всех противотуберкулезных препаратов, развитие на их фоне токсических гепатитов.

Цель исследования

Изучение частоты лекарственных поражений печени у больных туберкулезом легких на стационарном этапе химиотерапии.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 265 историй болезни впервые выявленных больных ТБ легких, находившихся во

фтизиатрических отделениях Республиканской клинической туберкулезной больницы г. Ижевска в 2012 г. Разработана формализованная карта для выявления ПР у больных ТБ, включающая 27 вопросов о социальном статусе больного, клиническом течении ТБ, режиме химиотерапии, его продолжительности, сопутствующих заболеваниях, побочных действиях противотуберкулезных препаратов.

Результаты

Побочные реакции на противотуберкулезные препараты в ходе лечения отмечены в 17,4% случаев. При этом чаще всего (63%) ПР регистрировали при I режиме химиотерапии в первые месяцы лечения. В группе риска преобладали мужчины в возрасте от 20 до 39 лет, с сопутствующими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, гепатитами, алкоголизмом.

Заключение

Для предупреждения развития ПР необходим постоянный мониторинг лечения и своевременное выявление ПР в ходе проводимого лечения. Для снижения риска медикаментозных осложнений у больных ТБ необходимо тщательное наблюдение за клиническими и лабораторными показателями, знание фармакологического взаимодействия противотуберкулезных препаратов и оценка факторов риска.

Русских Олег Евгеньевич, тел. 8-912-872-71-06, e-mail: olegr22@mail.ru

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО САНАТОРИЯ.

Т.Х. Доманская, О.Н. Давыдова.

ГКУЗ «Туберкулезный санаторий № 58 Департамента здравоохранения города Москвы»

При сочетании сахарного диабета (СД) и туберкулеза клинику, течение и прогноз каждого из страданий определяет заболевание, возникшее первым; но в целом ухудшается течение обоих. В настоящее время в России зарегистрировано более 9 млн. больных СД. Эпидемиологическая ситуация по ТБ сохраняется напряженной, в 2012 г его распространенность составила в России 157,7 на 100 тыс. населения.

Цель исследования

Определить возможности лечение больных ТБ в сочетании с СД в условиях санатория.

Результаты и обсуждение

За 5 лет (2008-2012 гг.) в санатории пролечено 11965 чел., из них с туберкулезом органов дыхания (ТОД) – 5611 чел. Сопутствующий СД имел место у 942 чел., СД I типа (СД I) диагностирован у 75 чел. (8%), а СД II типа (СД II) – у 867 чел. (92%). Мужчины и женщины составили 39,3% и 60,7% соответственно.

У 326 больных СД (34,6%) имел место ТОД в активной фазе, из них СД I был у 50 чел. (15,4%), СД II – у 276 чел. (84,6%). У 480 чел. (51,0%) было констатировано клиническое излечение и остаточные изменения перенесенного ТБ. Лиц из производственного контакта – 136 чел. (14,4%).

В процентном соотношении число больных активным ТОД в сочетании с СД II превосходит в 5 раз число больных активным ТОД в сочетании с СД I.

СД I в 2,5 раза чаще наблюдали у мужчин 40-50 лет, большинство из них не работали, злоупотребляли ранее алкоголем и имели, скорее всего, панкреатогенный по генезу СД. Среди больных СД II в сочетании с активным ТОД большинство составляли лица пенсионного возраста, с незначительным перевесом мужчин. Инвалидизация больных ТОД с СД I достигает 80%, с СД II – 60%. Пик заболеваемости туберкулезом, согласно данных анамнеза, приходился на период около пяти и более лет от начала СД обоих типов.

Впервые выявленных больных ТОД, состоящих в IA ГДН, с СД I было 86%, с СД II – 66%. Лиц с хроническим течением ТБ, наблюдавшихся во IIA ГДН, с СД I было 14%, с СД II – 25%.

Среди больных СД I и II типов чаще всего диагностировали инфильтративный ТБ легких – в 61,9%, и в 31,3% случаев соответственно; туберкулемы определяли в 14,0% при СД I и в 25% – при СД II; другие клинические формы встречались редко. Полости распада в легких имелись у больных ТОД при СД I в 27,1% случаев и при СД II – в 11,2%. Бактериовыделение установлено у 3,2% больных с активным ТОД (при посеве мокроты на плотные среды).

Лечение диабета у лиц с сочетанной патологией проводили согласно рекомендациям эндокринологов по месту жительства. Больным с СД I в 100% случаев проводили заместительную инсулинотерапию согласно подобранным схемам. Больным с СД II в 15,6% случаев назначали диетотерапию, в 51,3% добавляли таблетированные сахароснижающие препараты, в 10,4% сочетали лечение таблетированными сахароснижающими препаратами и инсулинами продленного действия; в 22,7% случаев проводили заместительную инсулинотерапию. Диетотерапия у больных с сочетанной патологией осложнена различием лечебного питания при ТБ и СД, разным набором пищевых продуктов.

Химиотерапию (ХТ) назначали согласно приказу Минздрава России № 109, с учетом формы ТБ, наличия полости распада, бактериовыделения, лекарственной устойчивости возбудителя, длительности и эффективности ранее проводимого лечения, состояния компенсации углеводного обмена с учетом рекомендаций направившего учреждения. Основной курс ХТ проведен 85,7% больных с СД I и 67,7% больных с СД II. Лечение по I стандартному режиму ХТ проведено 28,6% больных с СД I и 29,5% с СД II; по III режиму ХТ пролечены 4,8% с СД I и 4,4% с СД II. При установленной МЛУ МБТ (данные направивших уч-

реждений) лечение по IV режиму ХТ проведено 33,3% больных СД I и 9,5% больных СД II. Лечение по II режиму ХТ проведено 19,0% больных с СД I и 24,3% с СД II. Остальные курсы химиотерапии.

Торакальным хирургом было проконсультировано 19 больных СД с туберкулемами легких в фазе распада; три из них оперированы на базе МНПЦБТ ДЗМ (один – с СД I, два чел. – с СД II).

В составе комплексной терапии сочетанной патологии, на фоне диетотерапии и использования санаторных факторов, проводили коррекцию сахароснижающей терапии, метаболических нарушений; использовали ангиопротекторы, антиоксиданты, витамины группы В, ферменты, гепатопротекторы. Назначали физиотерапевтическое лечение (лазеротерапия, электрофорез), по показаниям пневмоперитонеум, активно применяли лечебную физкультуру.

Комплекс мероприятий позволил достигнуть у больных с сочетанием ТОД и СД на этапе санаторного лечения регрессии и стабилизации специфических изменений, нормализации показателей активности воспаления, компенсации углеводного обмена, улучшения клинической симптоматики, лучшей переносимости ХТ, улучшения или нормализации показателей функции печени. Данные результаты расценивали как значительное улучшение и определили в 28,5% случаев при СД I и в 17,4% при СД II. Улучшение достигнуто в 71,5% случаев при СД I и 82,6% при СД II. Отрицательной динамики не было.

Консультация торакального хирурга позволяет своевременно определиться с показаниями для оперативного лечения ТБ у больных с СД, в результате которого нормализуются жизненно важные показатели, в т.ч. компенсируется углеводный обмен. Консультирование эндокринологом всех больных ТБ с гипергликемией и глюкозурией, позволяет своевременно распознать нарушения углеводного обмена. В санатории за три года был выявлен СД II у пяти больных ТОД (в 2008-2009 гг. эндокринолога в штате санатория не было).

Заключение

Учитывая социальный статус сочетанных заболеваний, санаторное лечение является важным этапом в комплексной терапии ТБ и СД. Использование природных факторов и санаторных методов лечения на фоне контролируемой терапии ТБ и СД позволяет замедлить прогрессирование каждого заболевания и способствует социальной реабилитации и улучшению качества жизни пациента.

ДИНАМИКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Т.П. Козлова, О.В. Моисеева

БУЗ Удмуртской Республики «Республиканская клиническая туберкулезная больница» Минздрава Удмуртской Республики, г. Ижевск;

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»

Особую проблему для современной фтизиатрии представляет заболевание, вызванное микобактериями туберкулеза (МБТ), устойчивыми к наиболее активным противотуберкулезным препаратам изониазиду и рифампицину. Лечение больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) затруднено и недостаточно эффективно.

Цель исследования

Оценка динамики лекарственной устойчивости и результатов лечения больных туберкулезом (ТБ) с МЛУ МБТ.

Материалы

Проведен анализ медицинской документации больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) с МЛУ МБТ, лечившихся в VI отделении Республиканской клинической туберкулезной больницы Минздрава Удмуртской Республики в 2009-2011 гг.

Результаты и обсуждение

Выявлено, что за анализируемый период пролечен 151 больной ТОД с МЛУ МБТ, среди них 50 с впервые выявленным ТБ (16,4%) и 101 – из контингентов (43,9%).

У впервые выявленных больных МЛУ МБТ зарегистрировали в 2009 г. в 17 случаях (17,2%), в 2010 г. – в 22 (19,6%), в 2011 г. – в 13 (12,1%), среди контингентов – в 2009 г. в 25 случаях (33,8%), в 2010 г. – в 41 (49,4%), в 2011 г. – в 38 (52,0%). Таким образом, отмечена тенденция к росту числа больных с МЛУ МБТ, особенно, среди контингентов.

Среди клинических форм у впервые выявленных больных преобладал инфильтративный ТБ (39 чел., 78,0%), у четырех больных (8,0%) диагностирован диссеминированный ТБ, казеозная пневмония – у пяти (10,0%), фиброзно-кавернозный ТБ – у двух (4,0%). Деструкция легких выявлена у 44 больных (88,0%), бактериовыделение – у 49 человек (98,0%).

Среди контингентов инфильтративный ТБ выявлен у 44 больных (43,6%), фиброзно-кавернозный – у 40 (39,6%), казеозная пневмония – у 11 (10,9%), диссеминированный ТБ – у одного (1,0%), кавернозный ТБ – у двух (1,9%), цирротический – у одного больного (1,0%). Де-

струкция легочной ткани имела у 95 больных (94,0%), бактериовыделение – у 98 (97,0%).

В обеих группах преобладали мужчины: 38 (76,0%) среди впервые выявленных больных и 88 (87,1%) больных из контингентов; жители города составили 52,0% и 72,2%, соответственно. Нигде не работал 21 впервые выявленный больной (42,0%), среди контингентов преобладали инвалиды (66 чел. – 65,3%). Ранее пребывали в заключении 18 больных (36,0%) из числа впервые выявленных и 54 человека (53,4%) из контингентов.

Среди впервые выявленных ЛУ МБТ к четырем противотуберкулезным препаратам (ПТП) определена у 21 больного (42,0%): к SHER – у 17 (34,0%), к SHRR – у 3 (6,0%), к SHROfl – у одного (6,0%). ЛУ МБТ к пяти ПТП выявлена у 12 человек (24,0%): SHREOfI – у 3 (6,0%), SHERK – у 8 (16,0%), SHREPt – у 1 (2,0%). ЛУ МБТ к шести ПТП определена у 5 больных (10,0%) (во всех случаях – SHREKOfl), а к трем ПТП – у 12 (24,0%)

ЛУ МБТ среди контингентов наблюдалась к пяти ПТП у 46 больных (46,5%): SHREK – у 24 (23,7%), SHREOfI – у 19 (18,8%), SHREPt – у 3 (2,9%). К четырем ПТП выявлена ЛУ МБТ у 26 больных (25,7%): SHRE – у 23 (22,7%), SHRK – у 2 (1,9%), SHROfl – у одного (1,0%). К шести ПТП (SHREKOfl) МБТ имели ЛУ у 15 больных (14,9%), а к трем ПТП (SHR) – у 12 (2,9%). ЛУ МБТ только к HR выявлена у 2 больных (1,9%).

После получения результатов посевов мокроты на МБТ с данными о МЛУ проводили смену режима химиотерапии на IV режим. Применяли также гормонотерапию, физиотерапию, рассасывающую терапию, использовали искусственный пневмоперитонеум. На оперативное лечение направлены четыре больных (4,0%) из контингентов и один из впервые выявленных больных.

На фоне проводимой терапии у впервые выявленных больных прекращение бактериовыделения достигнуто в 43% случаев, закрытие полости распада – в 18,2%, у больных из контингентов – в 26,6% и 11,5% случаев, соответственно.

Следует отметить, что на показатели эффективности лечения оказала влияние досрочная выписка больных

из стационара, что имело место у 31 из впервые выявленных больных (62,0%, среди них за употребление алкоголя 16 и за отсутствие в отделении и уклонение от лечения – 15 больных) и у 43 больных из контингентов (42,5%, за употребление алкоголя 19 и за отсутствие в отделении – 20 больных).

Кроме того, затрудняет лечение рассматриваемой группы сопутствующая патология. Зависимость от алкоголя отмечена у 21 впервые выявленного пациента (42,0%) и у 37 (36,6%) больных из контингентов. Болезни нервной системы установлены у 24 (23,8%) и 31 (30,7%) больного соответственно. ХОБЛ диагностирована у 13

впервые выявленных больных (12,8%) и у 24 больных из контингентов (23,8%).

Заключение

Таким образом, из всех случаев ТБ с МЛУ МБТ устойчивость только к R и H выявлена всего у 2 человек (1,9%) из контингентов. Среди впервые выявленных больных преобладает ЛУ МБТ к четырем ПТП (42%), среди контингентов – к пяти (46,5%). Эффективность лечения больных ТБ с МЛУ МБТ ниже, чем в целом по отделению. При ТБ с МЛУ МБТ чаще наблюдалось хроническое течение процесса (43,9% и 16,4%, соответственно).

Моисеева Ольга Валерьевна, тел. 8-912-854-98-07, e-mail: ovm@e-izhevsk.ru

ИЗМЕНЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ЛЕЙКОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАРИНА

Ю.И. Лебедев, С.Н. Новикова, Т.И. Ледовская

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России»

Деструктивное действие туберкулина на лимфоциты больных туберкулезом легких (ТБЛ), впервые обнаруженное Favour в 1947 г., успешно изучено в работах В.А. Фрадкина и его последователей, разработавших показатель повреждения нейтрофилов как тест на активность туберкулезного процесса. Позже J.S. Karliner с соавт. установили, что лейкоциты, инкубируемые в кислой среде в присутствии аллергена, способны повышать свою устойчивость. Нами обнаружен эффект защитного влияния туберкулина на лейкоциты при ТБЛ с тенденцией к нарастанию на фоне эффективного лечения (а. с. 1673061), однако механизм этого явления нуждается в изучении.

Цель исследования

Определение влияния патогенетического применения гепарина на протективный эффект туберкулина (ПЭТ).

Материалы и методы

Обследовано 65 впервые выявленных больных ТБЛ в возрасте от 25 до 65 лет, 40 мужчин и 25 женщин, с разными формами процесса (в т.ч. с очаговой – 12 чел., инфильтративной – 25, диссеминированной – 20, туберкулемой – 10, фиброзно-кавернозной – 8). У большинства больных (52 чел.) обнаружена фаза распада и бактериовыделение (без лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза). Диагноз ТБЛ был подтвержден в ходе клинического, лучевого (включая КТ и УЗИ)

и лабораторного исследования, включавшего «Способ диагностики формы течения туберкулеза» (а.с. 1673061) и показатель повреждения нейтрофилов (ППН) по В.А. Фрадкину, а также туберкулиновую пробу Манту в стандартном разведении и внутрикожную пробу с препаратом ДИАСКИНТЕСТ®. Исследования проводили при поступлении больных в стационар и через 2-3 мес., к моменту завершения фазы интенсивной терапии. Все больные были разделены на две группы. I группа (30 чел.), кроме антибактериальной терапии получала гепарин (15 инъекций в дозе по 5000 МЕ через день, подкожно). II группа больных (35 чел.) получала стандартное лечение. Контрольные исследования проведены у 30 здоровых лиц из числа студентов и сотрудников клинической базы. Полученные данные подвергнуты статистической обработке методом главных компонент.

Результаты и обсуждение

Установлено, что до лечения у большинства больных (58 чел., 89,1%) ППН был выражен и в среднем составлял $20,3 \pm 1,2$; показатель лейкоцитоза оказался положительным всего у 42 чел. (64,6%). Зато у 12 больных (18,4%) с положительным ППН обнаружен ПЭТ в пределах $15,0 \pm 0,5\%$. Клинические проявления и лабораторные показатели свидетельствовали о преимущественно продуктивном течении ТБЛ у этой группы больных.

Туберкулиновая проба Манту и проба с препаратом ДИАСКИНТЕСТ® показали сходные результаты, причем

у 12 больных с диссеминированным ТБЛ они оказались отрицательными или слабopоложительными. Мы обратили внимание на ряд больных с выраженными клиническими проявлениями ТБЛ, у которых получены отрицательные реакции на ДИАСКИНТЕСТ® при наличии положительной пробы Манту. По-видимому, данная эта проба демонстрирует более высокую чувствительность к депрессии специфической повышенной чувствительности замедленного типа, чем проба Манту. Вызывает интерес также более частая гиперергия на ДИАСКИНТЕСТ® по сравнению с пробой Манту у больных с продуктивным течением ТБЛ, что косвенно указывает на эволюцию туберкулезных изменений.

По окончании интенсивной фазы лечения отмечено достоверное снижение ППН, но существенное увеличение ПЭТ. Комплексная оценка результатов обследования в обеих группах показала сохранение активности туберкулезных изменений у всех больных. Однако регрессирующее течение отмечено преимущественно у лиц I группы, демонстрирующих существенное снижение интоксикации, рассасывание инфильтрации и уменьшение размеров каверн. У них же отмечен максимально выраженный ПЭТ. Результаты пробы Манту и пробы с ДИАСКИНТЕСТ® за этот период существенно не изменились.

Данные ППН и ПЭТ у здоровых добровольцев также существенно различались. При этом у лиц, работающих в противотуберкулезном учреждении, на фоне достоверно повышенной ППН ПЭТ оказался положительным у большинства исследованных, а у студентов ПЭТ обна-

руживали весьма редко и только у инфицированных туберкулезом лиц.

Заключение

Лейкоциты больных ТБЛ при инкубации периферической крови с туберкулином *in vitro* после курса интенсивной терапии демонстрируют разнонаправленные реакции. Если ППН сохраняет свои положительные значения, свидетельствуя о сохраняющейся активности туберкулеза, то деструктивное действие туберкулина, определяемое до лечения, сменяется его протективным эффектом, коррелирующим с улучшением клинико-рентгенологических и лабораторных показателей. Такие изменения особенно выражены у больных, получающих в качестве патогенетического средства гепарин. Возможно, такое влияние гепарина обусловлено его антикомплементарным действием, вступлением в конкурентные отношения с иммунными комплексами и укреплением лизосомальных мембран. Статистический анализ показал, что эффект лечения больных ТБЛ коррелирует с повышением устойчивости лейкоцитов в кислой среде, содержащей туберкулин, и это явление более выражено при патогенетическом применении гепарина, о чем свидетельствует главная компонента дисперсионного анализа, названная нами цитопротективным эффектом гепарина у больных ТБЛ ($\lambda_k = 1,63; p < 0,05$). Механизмы ПЭТ на лейкоциты периферической крови больных ТБЛ *in vitro* как показателя инволюции туберкулезного процесса требуют дальнейшего изучения.

Лебедев Юрий Иванович, тел. 8-910-213-53-25, e-mail: as.prof.lebedev@gmail.com

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПАРОДОНТА И ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Н.А. Лунина, О.В. Великая., В.А. Кунин

ГБОУ ВПО «Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко Минздрава России»

Туберкулез легких (ТБЛ) как хроническое инфекционное заболевание может иметь тенденцию к прогрессированию и протекать с рецидивами, оказывать негативное воздействие на все стороны жизни больного. Хроническое прогрессирующее течение заболеваний полости рта и зубов приводит к формированию очагов одонтогенной инфекции, которая нередко является причиной развития различных заболеваний и способствует их прогрессированию и хронизации. Изучение различных сфер жизнедеятельности больного ТБЛ поможет более эффективному взаимодействию врача и пациента. Одним из основных параметров оценки состояния

больных и эффективности проводимой терапии наряду с общепринятыми показателями является качество жизни (КЖ). Исследование КЖ позволяет изучить влияние не только заболевания и лечения, но и профилактики на различные аспекты – физическое и психологическое здоровье, а также социальное благополучие пациента.

Цель исследования

Изучить качество жизни больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ТБЛ.

Материал и методы

Под наблюдением находились 65 больных с воспалительными заболеваниями пародонта, средний возраст

которых составил $35,5 \pm 4,5$ лет. В I (основную) группу вошли 33 больных с воспалительными заболеваниями пародонта и ТБЛ. II группу составили 32 пациента с воспалительными заболеваниями пародонта без ТБЛ. КЖ оценивали на основании опросников «SF-36» и OHIP-14 (русская версия). Опросник «SF-36» включает 8 шкал: определение физической функции, физической роли, физической боли, жизнеспособности, социальной роли, эмоциональной роли и психического здоровья.

Результаты и обсуждение

КЖ больных основной группы было низким по показателям шкал социального, физического и эмоционального функционирования: 36,6, 7,22 и 8,4, соответственно. Результаты исследования КЖ пациентов с воспалительными заболеваниями пародонта без ТБЛ показали достоверно более высокий уровень. Это свидетельствует о том, что физическое и эмоциональное состояние больных I группы оказывает значительное отрицательное влияние на их социальную активность и повседневную деятельность. Пациенты основной группы, в сравнении с пациентами II группы, больше ограничивали себя в общении из-за проблем с состоянием зубов, слизистой оболочкой рта или протезов (значение OHIP $3,15 \pm 0,6$ и $2,3 \pm 0,3$, соответственно; $p < 0,05$), чаще жаловались на затруднения при приеме пищи ($3,15 \pm 0,9$ и $2,3 \pm 0,7$ $p < 0,05$). Ограничения при произношении слов из-за проблем с

зубами, слизистой оболочкой полости рта или протезами пациенты I группы испытывали чаще по сравнению со II ($3,85 \pm 0,85$ и $2,9 \pm 1,1$, соответственно; $p < 0,05$). В I группе при выраженных воспалительных изменениях слизистой оболочки – отечность, синюшность (застойные явления) – пациенты чаще испытывали затруднения при произношении слов, боль, проблемы при приеме пищи, снижение интереса к жизни. Проблемы с полноценным отдыхом чаще отмечали пациенты I группы ($4,0 \pm 0,01$ против $2,1 \pm 0,30$; $p < 0,05$). Затруднения при своей работе чаще испытывали пациенты I группы, у которых одним из первых признаков пародонтоза была подвижность зубов ($3,7 \pm 0,67$ и $2,8 \pm 1,01$, соответственно; $p < 0,05$).

Выводы

1. ТБЛ у больных с воспалительными заболеваниями пародонта значительно ухудшает КЖ, оказывая особенно выраженное отрицательное влияние на психологический компонент здоровья, что проявляется в ограничении социальных контактов, снижении уровня общения, ограничении выполнения повседневной работы, обусловленных ухудшением эмоционального благополучия.
2. Стоматологическая помощь должна входить в комплексное лечение больных ТБЛ.
3. Своевременное выявление заболеваний полости рта и ТБЛ повышает качество жизни пациентов.

Лунина Наталья Александровна, тел. 8-915-589-90-19, e-mail: alexvel@rambler.ru

ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРЕПАРАТА ПЕРХЛОЗОН НА ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ БУРЯТИЯ

С.В. Николаева

ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер им. Г.Д. Дугаровой», г. Улан-Удэ

Туберкулез (ТБ) продолжает оставаться серьезной проблемой здравоохранения во всем мире. Эпидемиологические показатели по ТБ в Республике Бурятия, как и по всей России, стабилизируются. Показатель заболеваемости ТБ в республике за последние 10 лет снизился в два раза и составил 115,7 на 100 тыс. населения. Однако показатель распространенности ТБ с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий (МЛУ МБТ) возрос с 56,3 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 74,4 в 2012 г., хотя уровень первичной МЛУ МБТ снизился с 7,6 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 6,0 в 2012 г. Лечение ТБ с МЛУ МБТ в Бурятии организовано проводится с 2008 г. В настоящее время, с внедрением ускоренных методов

диагностики МЛУ МБТ, появилась возможность своевременного назначения адекватной химиотерапии больным с первых дней лечения, что позволит контролировать и сдерживать ТБ с МЛУ МБТ и предотвращать ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) МБТ.

Цель

Целью пилотного исследования явилось изучение влияния нового противотуберкулезного препарата перхлорон на течение ШЛУ-ТБ в Республике Бурятия.

Материалы и методы

Проведен описательный анализ 30 случаев лечения больных ТБ легких с ШЛУ. I группу больных ТБ с ШЛУ МБТ составили 14 больных, в лечение которых включили

перхлозон в комбинации с четырьмя-пятью препаратами, к которым сохранена чувствительность МБТ; во II группу включили 16 больных, получающих стандартное лечение по IV режиму химиотерапии пятью-шестью препаратами. Перхлозон производства ОАО «Фармасинтез» (Россия) назначали в составе противотуберкулезной терапии внутрь после приема пищи один раз в сутки: больным с массой тела 50-60 кг – в дозе 400-600 мг/сутки, с массой тела 60-70 кг – по 600-800 мг/сутки, с массой тела 70 кг и более – по 800 мг/сутки. Оценивали период терапии, который составил 90–120 дней. Частоту, характер и сроки возникновения побочных реакций оценивали с помощью стандартных клинико-лабораторных исследований.

Клинические формы ТБ у больных с ШЛУ МБТ в 82% были представлены фиброзно-кавернозной и хронической диссеминированной формой, со стойким бактериовыделением. Характерной чертой ТБ с ШЛУ МБТ являлись выраженная интоксикация, иммунодефицит и синдром дыхательных расстройств. Давность заболевания ТБ составляла в среднем 8,8 лет. Учитывая состояние гипоксии и интоксикации, было необходимо корректировать метаболические процессы и стимулировать регенерацию в тканях. Поэтому одновременно с приемом перхлозона больным I группы назначали глютоксим по схеме, в том числе с целью коррекции осложнений химиотерапии.

Результаты исследования

Побочные реакции при приеме перхлозона развились у 62,5 % больных. Аллергические реакции проявлялись в виде развития зуда, угревидной или папулезной сыпи, гиперемии кожи у пяти больных (35,7%). Токсические реакции в виде болей в эпигастрии, тошноты, рвоты, снижения аппетита, нарастания печеночных трансаминаз в 1,5-2 раза отмечены у трех больных (21,4%). В большинстве случаев токсико-аллергические реакции

наблюдали на второй неделе лечения, что соответствует периоду и частоте проявления лекарственно индуцированных поражений печени при ТБ с ШЛУ МБТ. Со стороны нервной системы отмечали головокружение, головную боль, сонливость (у одного больного). У восьми (57,1%) больных при приеме перхлозона отмечена температурная реакция. С целью медикаментозной коррекции при тяжелом состоянии больных назначали метилпреднизолон.

В случае развития побочных реакций средней тяжести и тяжелых перхлозон отменяли на короткий период (до 2-4 дней), лечение возобновляли с дозы 8-10 мг/кг в сутки.

Клинический эффект перхлозона через 90-120 доз применения проявлялся в виде снижения симптомов интоксикации, негативации мокроты на третьем месяце лечения.

Выводы

1. Учитывая, что при МЛУ и ШЛУ МБТ растут в 1,5 раза медленнее, чем при сохранении ими чувствительности к препаратам основного ряда, требуется проводить интенсивную фазу химиотерапии не менее 6 месяцев. Также необходимо учесть, что при ШЛУ-ТБ удлиняется период закрытия полостей распада в 1,3 раза, поэтому для динамического контроля оценки влияния перхлозона на течение туберкулеза рентгенологическими методами требуется продление курса приема препарата более 90 дней.

2. Переносимость перхлозона является дозозависимой и больные удовлетворительно переносят препарат в дозе 10-12 мг/кг. Рекомендуемая производителем доза перхлозона более 15 мг/кг на практике плохо переносима и не дает возможность оценить лечебный эффект препарата.

3. Одновременное назначение перхлозона и глютоксима значительно улучшало переносимость перхлозона и сокращало период адаптации больного к препарату.

Николаева Сайжина Васильевна, тел. 8-924-358-79-03, e-mail: nachmed_rptd@mail.ru

МОНИТОРИНГ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ В РЕГИОНАХ КУРАЦИИ ФГБУ «ЦНИИТ» РАМН

В.В. Тестов¹, С.А. Стерликов², В.В. Пунга¹, В.В. Ерохин¹

При возрастающей доле больных туберкулезом (ТБ) с лекарственной устойчивостью (ЛУ) возбудителя, выделении значительного финансирования на обеспечение лечения таких больных и обеспечение масштабных поставок противотуберкулезных препаратов второго ряда в региональные противотуберкулезные учреждения, отсутствие национальной системы мониторинга результатов лечения ТБ с МЛУ возбудителя (МЛУ-ТБ) не позволяет оценивать эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

Центральный НИИ туберкулеза РАМН (ЦНИИТ) осуществлял надзор и совместно с представителями Комитета зеленого света (КЗС) и ВОЗ проводил мониторинг международных проектов по лечению ТБ с МЛУ возбудителя в семи регионах зоны курации ЦНИИТ, проводимых в рамках проекта по борьбе с ТБ IV раунда Глобального Фонда в Российской Федерации. Условиями участия в проекте было выполнение требований, включающих создание и развитие инфраструктуры, позволяющей обеспечить основные элементы международной стратегии по программному менеджменту ТБ с МЛУ возбудителя и в т.ч. обеспечение мониторинга лечения таких больных с использованием рекомендованной ВОЗ системой отчетности и формализованной оценки результатов лечения.

В 2007-2010 гг. в соответствии с условиями проекта в гражданских противотуберкулезных службах регионов – участников из зоны курации ЦНИИТ РАМН начали лечение 1119 больных ТБ с МЛУ-ТБ. В 2007 г. лечение начато у 24 больных в одном регионе, в 2008 г. – у 283 больных в пяти регионах, в 2009 и 2010 гг. соответственно начали лечение 587 и 225 больных в семи регионах. Заключительные отчеты по результатам лечения больных были получены в 2013 г. и включали сведения обо всех зарегистрированных.

Результаты химиотерапии были следующими: излечены – 552 чел. (49,3%), завершили лечение – 20 чел. (1,8%), умерли по всем причинам – 128 чел. (11,4%), неэффективный курс химиотерапии зарегистрирован у 194 чел. (17,3%, сюда же были включены все случаи прекраще-

ния химиотерапии по медицинским показаниям ввиду развития осложнений химиотерапии), прервали лечение 193 чел. (17,2%), выбыли в другой регион (под иную юрисдикцию) – 32 чел. (2,9%). Таким образом, общая эффективность химиотерапии больных с МЛУ-ТБ в рамках международного проекта составила 51,1%.

Эффективность химиотерапии по годовым когортам была следующей: в когорте 2007 г. – 75%; в когорте 2008 г. – 61,1%; в когорте 2009 – 47,4% и в когорте 2010 г. – 45,8%.

Эффективность лечения существенно различалась у больных разных групп, в зависимости от предшествующего течения заболевания и лечения до назначения настоящего курса химиотерапии. Наивысшая эффективность химиотерапии отмечена в группе впервые выявленных больных с МЛУ-ТБ – 65,0%, прежде всего за счет значительного меньшей доли пролеченных неэффективно (8,3%) и несколько меньшей доли умерших (7,1%). Среди больных с рецидивами ТБ и после неэффективного курса лечения по I режиму эффективность химиотерапии составила, соответственно, 57,6% и 57,4%. Доли лиц с неблагоприятными исходами химиотерапии в этих группах больных различались незначительно: умерли, соответственно, 10,9% и 10,3%, неэффективный курс зарегистрирован у 19,7% и 17,6%, прервали лечение 11,7% и 13,0%. У больных из других групп, имевших в анамнезе повторные эпизоды химиотерапии, эффективность лечения не превышала 38,0% и была наименьшей у пациентов, лечившихся после прерывания предыдущего курса химиотерапии – 34,2%. В группе больных «лечение после неэффективного курса химиотерапии по режиму II» и в группе «прочие» основной причиной столь низкой эффективности был высокий процент неэффективных курсов химиотерапии – 22,5% и 21,5% соответственно, в группе «лечение после прерывания курса химиотерапии» – высокий процент прерывания химиотерапии – 34,2%.

Для оценки эффективности организации лечения больных с МЛУ-ТБ в регионах зоны курации ЦНИИТ в рамках международного проекта проведено сравнение полученных результатов с результатами курсов

¹ ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза РАМН» г. Москва;

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Минздрава России», г. Москва

химиотерапии МЛУ-ТБ в мире. Глобальный отчет ВОЗ по ТБ 2012 г. представил результаты лечения мировой когорты больных с МЛУ-ТБ 2009 г. Эффективность химиотерапии больных МЛУ-ТБ варьировала в разных регионах ВОЗ от 44% (в Восточно-Средиземноморском регионе) до 58% (в Юго-Восточной Азии). 28% больных МЛУ-ТБ были потеряны для наблюдения ввиду прерывания лечения и прочих причин. Наибольшая летальность зарегистрирована в Африканском регионе (19%), а наибольшая доля неудач лечения – в Европейском регионе (12%). Поскольку в отчеты ВОЗ входят данные только из стран и регионов, декларирующих реализацию принципов одобренной ВОЗ стратегии программного ведения ТБ с ЛУ возбудителя, принципы организации лечения, подходы к назначению химиотерапии и мониторинг результатов лечения были сходными в российских и иностранных программах. Общая эффективность химиотерапии лече-

ния в российских регионах зоны курации ЦНИИТ (51,1%) в целом несколько превышала среднюю эффективность в мировой когорте 2009 г. (48,0%). Доля потерянных для наблюдения (прерывания химиотерапии и выбывшие) в российских регионах составила 20,1%, что было достоверно ниже, чем в целом в мире. Наибольшей проблемой в лечении ТБ с МЛУ МБТ для российских региональных проектов являлась значимо большая доля больных, у которых курс химиотерапии был зарегистрирован как неэффективный (17,3%). Это, по-видимому, обусловлено большим распространением ТБ с тяжелыми спектрами ЛУ МБТ. Тенденция к снижению эффективности химиотерапии в когортах 2009 и 2010 гг. зоны курации ЦНИИТ обусловлена включением крупных регионов, не имеющих опыта работы в международных проектах и более формальным подходом к реализации ключевых элементов предлагаемой стратегии.

Тестов Вадим Витальевич, тел. +7 916-126-49-17, e-mail: testov.vadim@mail.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ КАК ПРОБЛЕМА АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА

М.М. Уткин

ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Проблемы туберкулеза (ТБ) освещаются не только во фтизиатрической и пульмонологической литературе. Уделяется им определенное внимание и в специализированной литературе, посвященной проблемам анестезиологии и реаниматологии. Однако в большинстве стран эта специальность, в отличие от России, разделена на анестезиологию и интенсивную терапию. Представляет определенный интерес то, какие проблемы кажутся актуальными специалистам по интенсивной терапии из разных стран. Однако следует определиться в терминологии. Если во фтизиатрии интенсивной терапией называют курс интенсивной химиотерапии ТБ, то в общепринятом смысле интенсивная терапия – это терапия критических и жизнеугрожающих состояний.

Анализ отечественных и англоязычных публикаций, посвященных проблемам, связанным с ТБ, позволяет выделить несколько их групп.

В особую группу можно отнести публикации из богатых маленьких стран Европы. Случаи смерти от ТБ в таких, например, странах, как Бельгия или Финляндия настолько редки, что единичные летальные исходы за год являются объектом подробного описания. Подобные публикации не представляют научной ценности.

В то же время, нарастает количество публикаций по проблеме, казалось бы, уже потерявшей свою актуальность для стран Западной Европы и США. Это проблема легочных кровотечений. Причем много таких статей идет из Франции, для которой характерно большое количество мигрантов из развивающихся стран. Надо отметить, что отношение к проблеме оперативных вмешательств на фоне продолжающегося кровотечения во всех странах одинаковое. Цифры летальности в 10-20% и более дают специалисты из Сингапура, Франции, США, России. Все придерживаются мнения, что такие операции крайне опасны и должны выполняться только в исключительных случаях. Более оправданы вмешательства на фоне остановленного кровотечения. Обращает на себя внимание, что в развитых странах, в отличие от России, не уделяется должного внимания фармакотерапии легочных кровотечений. Основной упор делается на эмболизацию бронхиальных артерий, хотя при этом методе отмечается большое количество рецидивов кровотечений. Французские источники отмечают, что 4% легочных кровотечений при ТБ легких связаны с аневризмой Расмуссена, летальность при которых составляет 84%. У этих больных выполня-

ются попытки транскатетерной окклюзии ветвей легочной артерии. Ангиографические методы являются во многих странах основными для остановки легочных кровотечений.

Достаточно большую группу статей составляют публикации, посвященные хронической дыхательной недостаточности, которая развивается при различной патологии. Это хроническая обструктивная болезнь легких, нервно-мышечная патология, сколиоз, ТБ и большие остаточные изменения после перенесенного ТБ. В развитых странах, кроме кислородной терапии, у таких пациентов при необходимости применяют вспомогательную или искусственную вентиляцию легких в домашних условиях. В публикациях обсуждается эффективность различных методов вентиляции, а также различные типы дыхательных аппаратов, пригодных для домашних условий. В нашей стране подобные методы не применяют из-за отсутствия необходимого технического оснащения, а главное – специальной медицинской службы, осуществляющей контроль за такими пациентами. Эти публикации представляют интерес, так как не исключается применение подобных методов в России в будущем.

Отдельно стоит проблема респираторного дистресс-синдрома взрослых (РДСВ) при ТБ. Публикации на эту тему появляются достаточно регулярно, но обращает на себя внимание, что в большинстве работ отсутствует серьезная статистика и они строятся на отдельных наблюдениях. Даже в национальном руководстве по интенсивной терапии США, в главе посвященной ТБ, высказано мнение, что при диагностике РДСВ у больного с дыхательной недостаточностью необходимо исключить ТБ легких. Разумеется, у пациентов с дыхательной недостаточностью необходимо исключать инфекционную легочную патологию, в том числе ТБ, и не только при РДСВ.

Одно то, что РДСВ встречается при ТБ в семь раз реже, чем при пневмонии, позволяет сделать вывод, что проблема далеко не так серьезна, как ее пытаются изобразить. Авторы исследования делают совершенно правильный вывод о том, что ТБ является редкой причиной РДСВ. Наши многолетние данные по отделению хирургической реанимации Клиники № 2 МНПЦБТ (до ноября 2012 г. – Туберкулезная клиническая больница № 7 Департамента здравоохранения города Москвы), единственной скорпомощной многопрофильной клиники для больных ТБ показывают, что РДСВ встречается менее чем у 1% пациентов, прошедших через отделение реанимации.

Для выяснения того, какие проблемы должны изучаться специалистами по интенсивной терапии можно

обратиться и к такому авторитетному отечественному источнику, как национальное руководство «Фтизиатрия», где есть специальная глава «Острые и неотложные состояния». Что авторы относят к таким состояниям? Кровохарканье и легочное кровотечение. Этой проблеме уделяют большое влияние и англоязычные авторы. Спонтанный пневмоторакс. Эта патология, несомненно, относится к неотложным состояниям, но хирургическим и редко рассматривается в литературе по интенсивной терапии. Острый респираторный дистресс-синдром. Объяснить это можно только тем, что русскоязычный специалист ничем не хуже англоязычного и тоже имеет право побродить в трех соснах туберкулезного РДСВ. Самое труднообъяснимое, что авторы включили в главу тромбоэмболию легочной артерии. Она, разумеется, встречается и при ТБ тоже, однако доказательств того, что наличие ТБ серьезно повышает вероятность развития этого осложнения, авторы не приводят. И в профессиональной литературе эта проблема не дискутируется.

На самом деле, предметом изучения реаниматолога, в первую очередь, должны являться три основные проблемы, которые соответствуют структуре летальности при ТБ в России.

Прогрессирование туберкулезного процесса. Надо иметь в виду, что человека, умирающего от прогрессирования ТБ, с помощью специфических методов интенсивной терапии спасти невозможно. Если при пневмонии пациента можно перевести на искусственную вентиляцию легких, вылечить инфекционный процесс и у больного остаются шансы на жизнь, то при прогрессировании ТБ такого шанса нет. Не существует интенсивной терапии ТБ, есть только интенсивная терапия осложнений ТБ.

Легочно-сердечная недостаточность или хроническое легочное сердце (ХЛС). Долгое время считали, что ХЛС стоит на первом месте как причина смерти при ТБ. Затем проблема была перемещена на второе место. Если при хронической обструктивной болезни легких ХЛС развивается долгие годы, то при ТБ легких эта патология имеет более злокачественный характер и может выявляться и у впервые выявленных пациентов. Особое значение приобретает предоперационная подготовка таких больных и ведение раннего послеоперационного периода, так как наличие данной сопутствующей патологии резко повышает интра- и, особенно, послеоперационную летальность. Обращает на себя внимание, что эта проблема почти не обсуждается в англоязычной медицинской литературе. Вероятно, это связано с двумя причинами: (1) незначительным количеством хронических

форм легочного ТБ в Европе и США и (2) с тем, что подобные больные обычно трактуются, как пациенты с полиорганной недостаточностью, т.к. поражение двух систем (легочной и сердечной) является достаточным основанием для такого диагноза.

Легочные кровотечения находятся на третьем месте по летальности при ТБ легких. В настоящее время достигнуты серьезные успехи в лечении этой патологии. С помощью фармакотерапии удается остановить более 90% таких кровотечений, но от этого проблема не потеряла свою актуальность.

Существуют и более узкие проблемы, характерные именно для нашей страны. Это, к примеру, изучение осо-

бенностей интенсивной терапии абдоминального ТБ, который практически не встречается в развитых странах. Необходимо выделить еще одну проблему, которая мало обсуждается, но может стать весьма актуальной – это проблема электролитных нарушений при длительном лечении ТБ легких препаратами резервного ряда, прежде всего аминогликозидами или капреомицином. Их прием может вызвать вторичный гиперальдостеронизм, который служит причиной потери калия и магния и приводит к гипокалиемии почти у трети пациентов.

Таким образом, проблемы, с которыми сталкиваются специалисты по интенсивной терапии из разных стран, далеко не всегда совпадают.

Уткин Михаил Михайлович, тел. 8-916-575-09-01

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ ЛЕГКИХ

Н.Н. Федотова, С.Ю. Берестова., Е.А. Тюлькина, О.В. Моисеева

БУЗ Удмуртской Республики «Республиканская клиническая туберкулезная больница» Минздрава Удмуртской Республики, г. Ижевск;

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – хроническое, медленно прогрессирующее заболевание, характеризующееся ограничением воздушного потока с развитием необратимой или частично обратимой обструкцией бронхиального дерева с нарастающими явлениями хронической дыхательной недостаточности (согласно GOLD, 2009 г.).

В настоящее время ХОБЛ относят к числу наиболее распространенных заболеваний человека. В структуре заболеваемости эта нозология входит в число лидирующих по числу дней нетрудоспособности, причинам инвалидности и занимает четвертое место среди причин смерти больных. Частота выявления бронхообструктивного синдрома зависит от формы и длительности течения специфического процесса.

Вместе с этим остается актуальной во всем мире, в т.ч. и в России, проблема туберкулеза (ТБ), что во многом связано с возрастающей множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ). ТБ и ХОБЛ оказывают взаимоотягощающее влияние.

Цель исследования

Изучить эффективность лечения больных ТБ легких в сочетании с ХОБЛ.

Материалы и методы

Изучена медицинская документация 200 больных, находившихся на стационарном обследовании и лечении в III отделении терапии ТБ легких Республиканской клинической туберкулезной больницы Минздрава Удмуртской Республики в 2012 г. При этом 30 человек были впервые выявленным ТБ в сочетании с ХОБЛ и 22 пациента из контингентов. Доля больных с сопутствующей ХОБЛ составила в целом 26,0%.

Результаты и обсуждение

Средняя продолжительность лечения была 107 койко-дней, у вновь выявленных больных ТБ в сочетании с ХОБЛ она достигла 184 койко-дней. Среди пациентов преобладали мужчины трудоспособного возраста (24 чел. – 80,0%), женщин этого возраста было 14 – 63,6%. Жителей городов было 56,6% из вновь выявленных и 59,0% больных из контингентов.

В структуре клинических форм ТБ среди вновь выявленных преобладал инфильтративный ТБ – 24 чел. (80,0%). Распад легочной ткани был зарегистрирован у 28 (93,3%), бактериовыделение – у 24 больных (80,0%). Закрытие полостей распада достигнуто у 32,0% (среди лечившихся более 2 мес. – у 37,5% больных, в целом по отделению за анализируемый период – у 73,0%). Негати-

вазия мокроты отмечена у 66,6%, а среди лечившихся более 2 мес. – у 90,9%.

Среди больных из контингентов инфильтративный ТБ легких встречался в 50,0% случаев, фиброзно-кавернозный ТБ – в 32,0%. Распад легочной ткани в данной группе выявлен в 82,0%, бактериовыделение – в 72,7% случаев.

Следует отметить, что среди пациентов с сочетанием ТБ и ХОБЛ приверженность к лечению была выше. Преждевременно выписаны только 11,5% больных. Закрывание полостей распада составило 27,7%, среди лечившихся более 2 месяцев 35,7%. Негативация мокроты достигла 50,0% (в целом по отделению за анализируемый период 68,4%). Таким образом, показатели эффективности лечения больных сочетанной патологией ниже.

Мы считаем, что результаты лечения зависели и от наличия лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий туберкулеза. Среди вновь выявленных больных с сочетанной патологией множественная ЛУ была установлена у пяти чел. (16,6%), полирезистентность – у четырех чел. (13,3%). У больных из контингентов – у 11 (50,0%) и у одного пациента (4,5%), соответственно.

Сообразно с этим стоимость лечения больных с сочетанной патологией увеличивается в связи с необходимостью проводить лечение бронхообструктивного синдрома. В нашем отделении назначали ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, сальбутамол, беродуал, муколитики. Антибиотики применяли с учетом сопутствующей неспецифической микрофлоры.

Низкая эффективность лечения и увеличение его сроков влияет на формирование стойких выраженных нарушений функции органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, иммунитета, что приводит к инвалидизации больных. За 2012 г. из пациентов с сочетанной патологией на МСЭ направлены девять человек из вновь выявленных (30,0%) и 16 – из контингентов (72,7%).

Заключение

Наличие бронхообструктивного синдрома у больных ТБ легких существенно осложняет течение основного заболевания: замедляет сроки абациллирования, закрывания полостей и рассасывания инфильтративных процессов. ТБ легких в сочетании с ХОБЛ увеличивает сроки пребывания в стационаре, ухудшает прогноз заболевания.

Моисеева Ольга Валерьевна, тел. 8-912-854-98-07, e-mail: ovm@e-izhevsk.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ФЕНАЗИДА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Шовкун Л.А., Романцева Н.Э., Кампос Е.Д., Константинова А.В., Володько Н.А., Тахтамышев С.А.
ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России»*

Актуальность проблемы: проблема повышения эффективности лечения больных туберкулезом (ТБ) легких является на сегодняшний день самой актуальной проблемой фтизиатрии. Особую актуальность приобретает проблема повышения эффективности лечения ТБ, особенно ТБ легких, т.к. как именно эта форма ТБ наиболее часто сопровождается бактериовыделением и представляет наибольшую опасность в эпидемическом отношении. Показатель прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных ТБ легких не достигает в целом по стране 75,0%, клиническое излечение констатируют только у 30,0–32,0% больных. Основным недостатком противотуберкулезной терапии является развитие токсических реакций со стороны печени, желудочно-кишечного тракта и нервной системы.

Цель

Целью исследования явилась оценка эффективности применения препарата феназид в комплексной химиотерапии (ХТ) впервые выявленных больных ТБ легких.

Материалы и методы

На клинической базе кафедры туберкулеза Ростовского ГМУ в ГБУЗ «Противотуберкулезный клинический диспансер» Ростовской области проведено контролируемое клиническое исследование у 60 пациентов с впервые выявленным ТБ легких. Основным критерием включения в исследование явилось наличие рентгенологически подтвержденного диагноза ТБ легких в фазе распада с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ). От всех пациентов было получено информированное согласие. Больные были разделены на две группы, которые формировали по мере поступления их в стационар. Больные

группы сравнения (34 чел.) получали лечение согласно I стандартному режиму ХТ – стрептомицин, изониазид, рифампицин, пиразинамид (SHRZ). У больных основной группы (26 чел.) изониазид был заменен феназидом (SFnRZ) в связи с наличием противопоказаний к изониазиду (заболевания центральной и периферической нервной системы – 4 чел., хронический гепатит – 22 чел.). Обследование пациентов проводили, согласно приказу Минздрава России № 109 от 21 марта 2003 г., до начала терапии и через 2 месяца проведения интенсивной фазы химиотерапии. По возрасту, полу, распространенности туберкулезных изменений в легких, выраженности клинических симптомов, сформированные группы были однородны. Статистическая обработка проведена стандартными методами. Эффективность лечения оценивали по показателям прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада, а также оценивали частоту и характер побочных токсических реакций.

Результаты и обсуждение.

Через 2 месяца ХТ по интенсивной фазе I стандартного режима проведено контрольное обследование, показавшее, что эффективность режима ХТ SFnRZ не имела достоверных различий с эффективностью режима SHRZ ($p > 0,05$) по показателям прекращения бактериовыделения ($69,2 \pm 9,1\%$ и $70,1 \pm 7,9\%$, соответственно) и закрытия полостей распада ($34,6 \pm 9,3\%$ и $29,4 \pm 7,8\%$, соответственно). При оценке частоты и характера побочных явлений на прием изониазида и феназида выяв-

лено явное преимущество феназида. Частота побочных реакций у больных основной группы составила 3,8%, а у больных группы сравнения – 32,4% ($p < 0,05$). У больных основной группы, получающих комбинацию SFnRZ, побочных гепатотоксических и нейротоксических реакций не наблюдали, в то время как у больных группы сравнения, получающих комбинацию SHRZ, в 20,6% случаев отмечены гепатотоксические реакции и в 2,9% случаев – нейротоксические. Частота аллергических реакции на препараты не имела достоверных различий.

Заключение

Проведенное клиническое исследование показало высокую антибактериальную активность препарата феназид, не уступающую активности изониазида, при проведении химиотерапии впервые выявленных больных ТБ легких в фазе распада с наличием бактериовыделения. При лечении комбинацией препаратов с феназидом побочных гепатотоксических и нейротоксических реакций не наблюдали. Таким образом, препарат феназид можно рекомендовать для применения в схемах лечения больных с впервые выявленным ТБ легких при наличии противопоказаний к назначению изониазида или развитию неустраняемых побочных токсических реакций на изониазид, требующих его отмены, а также у больных, имеющих сопутствующие заболевания центральной и периферической нервной системы, печени и плохую переносимость препаратов ГИНК.

Шовкун Людмила Анатольевна, тел. 8-928-188-60-82, e-mail: lshovkun@mail.ru