

ванных в 2011 г. снижается, а летальность от других причин, начиная с 2009 г., растет. Соотношение летальности от туберкулеза и от других причин изменилось с 1,7 до 0,9. Существенное снижение доли ВВ ТЛ М+, прервавших КХТ, произошло в 2009-2010 гг. и связано с улучшением механизма перерегистрации пациентов для лечения по IV режиму химиотерапии; дальнейшее изменение этого показателя было статистически не значимым ($p > 0,1$). Доля ВВ ТЛ М+, выбывших в неизвестном направлении, на протяжении 5 лет разнонаправленно изменялась в пределах 4,0-5,0%. Среди причин генеза неблагоприятных исходов КХТ у ВВ ТЛ М+ ведущее место принадлежит причинам, приводящим к недостаточной приверженности пациентов к лечению (32,5% среди всех неблагоприятных исходов). На втором месте находятся дефекты контролируемого лечения, составляющие 29,6% неблагоприятных исходов, на третьем месте – наличие сопутствующей патологии, приводящее к летальному исходу (19,6%).

Эффективность лечения пациентов с МЛУ-ТБ составила 38,1% (95%-ный ДИ 37,1-39,1%); это ниже результатов, которые удавалось достичь в доантибактериальную эпоху. Ведущую роль в ее снижении также играют причины, приводящие к недостаточной приверженности пациентов к лечению: исходы «прервал КХТ» и «выбыл» составили суммарно 18,8% (95%-ный ДИ 18,0-19,5%) всех исходов (30,3% в структуре неблагоприятных исходов). Дефекты проведения химиотерапии, завершающиеся исходом «неэффективный КХТ» составили 16,7% (95%-ный ДИ 16,0-17,4%) исходов (27,0% в структуре неблагоприятных исходов). Ле-

тальность от туберкулеза составила 11,9% (95%-ный ДИ 11,2-12,5%) всех исходов (19,2% в структуре неблагоприятных исходов).

Среди пациентов с ШЛУ-ТБ эффективный КХТ был зарегистрирован всего лишь у 25,2%; (95%-ный ДИ 22,2-28,2%) пациентов. Большая часть исходов расценена как неэффективная (26,4%; 95%-ный ДИ 23,4-29,4%). Умерло от туберкулеза 18,9% (95%-ный ДИ 16,2-21,6%). Досрочно прекратило лечение 13,7% (95%-ный ДИ 11,3-16,1%). К высокой доле неэффективного лечения и высокой летальности, помимо ограниченного набора ПТП, приводят также дефекты лабораторной диагностики ШЛУ-ТБ; в большинстве субъектов до сих пор не могут проводить ТЛЧ МБТ к существенной части ПТП резервного ряда, в том числе к фторхинолонам последних поколений.

Выводы.

1. Эффективность лечения эпидемически опасных больных недостаточна и не имеет тенденции к росту. Повышение качества этиологической диагностики туберкулеза не может привести к существенной позитивной динамике исходов лечения ВВ ТЛ М+ без реализации остальных механизмов предотвращения неблагоприятных исходов КХТ.

2. Наиболее перспективные направления повышения результативности лечения связаны с повышением приверженности пациентов к лечению и усилением контроля химиотерапии.

3. Для повышения эффективности лечения и снижения летальности пациентов с ШЛУ-ТБ, помимо внедрения новых ПТП, необходимо обеспечить широкое внедрение ТЛЧ МБТ к ПТП резервного ряда.

АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПЛЕВРИТОМ В СОЧЕТАНИИ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

СТОГОВА Н. А.

AUTONOMOUS FUNCTIONAL LIVER CHANGES IN TUBERCULOSIS PLEURISY PATIENTS WITH CONCURRENT ALCOHOL ADDICTION

STOGOVA N. A.

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, г. Воронеж

Voronezh State Medical Academy named after N. N. Burdenko, Voronezh, RF

Цель: анализ влияния алкогольной зависимости на анатомо-функциональное состояние печени у больных туберкулезным экссудативным плевритом (ТЭП).

Материалы и методы. Проанализированы данные историй болезни 102 больных ТЭП, нахо-

дившихся на стационарном лечении в отделении плевральной патологии Воронежского областного клинического противотуберкулезного диспансера им. Н. С. Похвисневой в течение 2008-2014 гг. Среди них было 55 больных ТЭП в сочетании с алкогольной зависимостью (основная группа) и 47 боль-

ных ТЭП без алкогольной зависимости (группа сравнения). В основной группе было 53 (96,36%) мужчины и 2 (3,64%) женщины в возрасте от 20 лет до 71 года, в группе сравнения – 44 (93,62%) мужчины и 3 (6,38%) женщины в возрасте от 18 до 72 лет. В основной группе диагноз туберкулезной этиологии плеврита был верифицирован обнаружением эпителиоидно-гигантоклеточных гранул в материале пункционной биопсии плевры у 32 (58,18%) больных, обнаружением микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте, плевральном экссудате или материале биопсии плевры – у 31 (56,36%) больного, в группе сравнения – у 33 (70,21%) и 17 (36,17%) больных соответственно. Согласно Приказу МЗ РФ № 109 от 21.03.2003 г., в основной группе лечение по I режиму химиотерапии получали 39 больных, по IIa – 5, по III – 10, по IV – 1, в группе сравнения – 35, 1, 10 и 1 больной соответственно.

Статистическую обработку материала проводили с помощью компьютерной программы Statistica 6.0.

Результаты. Анализ показал, что у больных с алкогольной зависимостью выявлялся более распространенный туберкулез органов дыхания. Так, в основной группе ТЭП сочетался с туберкулезом легких у 31 (56,36%), в группе сравнения – у 16 (34,04%) больных ($p < 0,01$). Выделение МБТ с мокротой установлено у 20 (36,36%) больных основной группы и у 7 (14,89%) – группы сравнения ($p < 0,01$). У больных с алкогольной зависимостью достоверно ($p < 0,01$) чаще наблюдались хронические заболевания печени. Так, в основной группе хронический вирусный гепатит С отмечен у 20 (36,36%) больных, токсический алкогольный гепатит – у 5 (9,09%) и цирроз печени – у 1 (1,82%) больного. В группе сравнения вирусный гепатит С имелся у 4 (8,51%) и криптогенный гепатит неустановленной этиологии – у 3 (6,38%) больных.

При поступлении в стационар увеличение печени при пальпации определено у 26 (47,27%) больных основной группы и у 6 (12,77%) больных группы сравнения ($p < 0,01$). С помощью метода ультразвукового исследования органов брюшной полости увеличение печени обнаружено у 14 (50,00%) больных, диффузные изменения печени – у 15 (53,57%) из 28 обследованных больных основной группы и у 9 (40,91%) ($p > 0,05$) из 22 обследованных больных группы сравнения ($p < 0,05$) соответственно. Увеличение селезенки и признаки портальной гипертензии определялись у 1 (1,82%) больного основной группы и не установлены у больных группы сравнения. При биохимическом исследовании сыворотки крови повышенный уровень аланинаминотрансферазы (Алат) установлен у 12 (21,82%) больных основной группы и у 7 (14,89%) больных группы сравнения ($p > 0,05$). Повышенный уровень общего билирубина наблюдался у 1 (1,82%) больного основной группы и не отмечен у больных контрольной группы. В целом анатомо-функцио-

нальные изменения печени до начала противотуберкулезной химиотерапии отмечены у 35 (63,64%) больных основной группы и у 20 (42,55%) – группы сравнения ($p < 0,01$).

В процессе лечения в стационаре у больных с алкогольной зависимостью значительно чаще наблюдалось повышение уровня трансаминаз при сопоставлении с больными группы сравнения. Так, в основной группе повышение исходного уровня Алат отмечено у 25 (45,45%), в то время как в группе сравнения – у 7 (14,89%) больных ($p < 0,01$). Причем увеличение Алат в 3 раза и более у лиц с алкогольной зависимостью наблюдалось чаще и требовало временной отмены гепатотоксичных препаратов. Так, в основной группе увеличение Алат в 3 раза и более установлено у 5 (9,09%), в группе сравнения – у 2 (4,26%) больных ($p > 0,05$).

Частота других побочных реакций на противотуберкулезные препараты у больных обеих групп в целом не имела существенных различий. В основной группе побочные реакции на изониазид в виде тошноты и рвоты были отмечены у 2 больных, в группе сравнения они не наблюдались, в то время как аналогичные побочные реакции на рифампицин чаще выявляли у больных группы сравнения – у 1 (1,82%) и 4 (8,51%) больных соответственно.

Для нормализации функции печени и обеспечения непрерывного приема противотуберкулезных препаратов больным назначали гепатотропные препараты.

У больных ТЭП с наличием алкогольной зависимости эффективность лечения оказалась ниже, чем в группе сравнения. Так, в основной группе излечение без остаточных или с незначительными остаточными плевральными изменениями произошло у 8 (14,55%), с умеренными – у 32 (58,17%), с выраженными – у 7 (12,73%) больных, выписаны за нарушение режима в стационаре с сохраняющейся плевральной экссудацией 8 (14,55%) больных. В группе сравнения у всех больных плевральная экссудация закончилась, излечение без остаточных или с незначительными остаточными изменениями произошло у 24 (51,06%) больных ($p < 0,01$), с умеренными – у 21 (44,68%) ($p < 0,05$) и с выраженными – у 2 (4,26%) больных ($p < 0,05$).

Выводы.

1. У 63,64% больных туберкулезным плевритом в сочетании с алкогольной зависимостью еще до начала лечения наблюдали анатомо-функциональные изменения печени.

2. Лекарственно-индуцированные нарушения функции печени у больных ТЭП с алкогольной зависимостью отмечены в 45,45% случаев.

3. Наличие анатомических и функциональных нарушений печени у больных туберкулезом с алкогольной зависимостью является показанием для назначения гепатотропных препаратов для профилактики и лечения лекарственно-индуцированных поражений печени.