

(2011 г. – 40,9; 2012 г. – 32,7; 2013 г. – 21,6), территориальный показатель заболеваемости в 2014 г. – 25,2 на 100 тыс. населения (2011 г. – 41,0; 2012 г. – 39,6; 2013 г. – 29,8). Проанализировали соотношение общего числа впервые выявленных больных и заболевших иностранных граждан. В 2014 г. мигранты составили 8,6% от всех зарегистрированных впервые выявленных больных туберкулезом (2011 г. – 3,4%; 2012 г. – 7,8%; 2013 г. – 14,3%). Таким образом, заболеваемость непостоянных жителей, в том числе и мигрантов, вносит значительный вклад в территориальную заболеваемость города.

С 2011 г. наметилась тенденция к снижению числа обследованных на туберкулез иностранных граждан и лиц без гражданства (2011 г. – 1 165 человек; 2012 г. – 1 109; 2013 г. – 1 025). В 2014 г. число обследованных мигрантов возросло до 1 429 за счет беженцев из Украины (212 человек).

В 2014 г. число мигрантов, обследованных при оформлении вида на жительство, составило 47,2% (2011 г. – 45,9%; 2012 г. – 64,8%; 2013 г. – 48,3%), студентов, прибывших для обучения в вузах, – 36,3% (2011 г. – 7,8%; 2012 г. – 17,8%; 2013 г. – 19,1%), при оформлении на работу – 16,4% (2011 г. – 29,1%; 2012 г. – 17,7%; 2013 г. – 30,0%).

Обращает внимание высокий процент выявляемости туберкулеза среди обследованных иностранных граждан. В 2014 г. выявлено 22 (1,5%) больных активным туберкулезом из 1 429 обследованных: 2011 г. – 14 (1,2%), 2012 г. – 31 (2,7%), 2013 г. – 43 (4,1%).

Проведен анализ впервые выявленных в 2014 г. в г. Воронеже больных туберкулезом иностранных граждан. Среди заболевших туберкулезом мигрантов большую долю составляли мужчины (19; 86,3%) молодого возраста (20-30 лет: 36,3%; 31-40 лет: 40,9%). Из числа выявленных больных

никто не работал, было 6 студентов, обучающихся в вузах г. Воронежа.

Анализ заболевших туберкулезом больных, не являющихся постоянными жителями Воронежской области, в зависимости от их постоянного жительства показал, что наибольшую долю составили представители Украины – 45,4%, жители Узбекистана – 18,1%, Туркменистана – 13,6%, Таджикистана – 9,0%, по 4,5% мигранты, прибывшие из Вьетнама, Азербайджана, Армении.

У выявленных больных были изучены клинические формы туберкулеза. Преобладал инфильтративный туберкулез – 77,3%, фиброзно-кавернозный туберкулез – 13,6%, диссеминированный туберкулез – 4,5%, первичный туберкулезный комплекс – 4,5%.

У 13 (59,0%) пациентов выявлены деструктивные процессы в легких.

#### **Выводы.**

1. Иностранные граждане оказывают неблагоприятное влияние на эпидемическую обстановку с туберкулезом в г. Воронеже, так как являются дополнительным «резервуаром» туберкулезной инфекции. Их вклад в заболеваемость в регионе составляет в разные годы от 3,4 до 14,3%.

2. В 2014 г. увеличилось число обследованных мигрантов за счет беженцев с Украины (45,4%).

3. Отмечается высокая выявляемость туберкулеза среди обследованных в г. Воронеже иностранных граждан.

4. Среди заболевших туберкулезом мигрантов большую долю составляли мужчины молодого возраста, выявленные при оформлении вида на жительство.

5. Среди клинических форм туберкулеза легких чаще преобладала инфильтративная.

---

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ РЕМАКСОЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА ФОНЕ СТАНДАРТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

*ШОВКУН Л. А., КАМПОС Е. Д., КОНСТАНТИНОВА А. В.*

## **EFFICIENCY OF USING REMAXOL FOR TREATMENT OF HEPOTOTOXIC REACTIONS DURING STANDARD CHEMOTHERAPY IN INFILTRATIVE PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS**

*SHOVKUN L. A., KAMPOS E. D., KONSTANTINOVA A. V.*

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Ростов-на-Дону

Rostov State Medical University, Rostov-on-Don, RF

---

**Цель:** анализ клинической эффективности препарата ремаксол для лечения гепатотоксических побоч-

ных реакций на противотуберкулезные препараты у больных инфильтративным туберкулезом легких.

**Материалы и методы.** Для оценки клинической эффективности препарата ремаксол обследовано 60 пациентов с инфильтративным туберкулезом органов дыхания, имевших побочные гепатотоксические реакции на противотуберкулезные препараты. Эти пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек – основную группу (ОГ) и группу сравнения (ГС). Всем пациентам перед началом и после окончания исследования проведено обследование.

Пациенты обеих групп получали по поводу туберкулеза курс химиотерапии в соответствии со стандартными режимами, регламентированными приказом МЗ РФ № 951 от 29.12.2014 г. В качестве патогенетической терапии пациенты ОГ получали ремаксол – по 400 мл внутривенно капельно через день № 10, а пациенты ГС – стандартное патогенетическое лечение.

**Результаты.** До начала лечения у  $80,0 \pm 7,3\%$  пациентов ОГ регистрировали астеновегетативный синдром, диспептический синдром (тошнота, рвота, боль в животе, снижение аппетита) – у  $93,4 \pm 4,5\%$ , иктеричность кожных покровов наблюдалась у  $16,6 \pm 6,8\%$ , болезненность при пальпации печени – у  $50,0 \pm 9,1\%$ , живота – у  $10,0 \pm 5,5\%$ . Среди пациентов ГС астеновегетативный синдром был отмечен у  $90,0 \pm 5,5\%$ , диспептический – у  $96,7 \pm 4,5\%$ , иктеричность кожных покровов – у  $20,0 \pm 7,3\%$ , болезненность при пальпации печени – у  $46,7 \pm 9,1\%$ , живота – у  $10,0 \pm 5,5\%$ . На фоне терапии ремаксолом у пациентов ОГ отмечено значительное уменьшение частоты и выраженности астеновегетативного синдрома – в 5,2 раза, а в ГС – в 1,6 раза. Уменьшилась частота абдоминальных симптомов: у пациентов ОГ тошноты – в 10,7 раза, нарушения стула – в 3,5 раза, отмечено полное исчезновение болей в животе, рвоты, желтухи; у пациентов ГС тошноты – в 1,3 раза, рвоты – в 1,5 раза, нарушения стула – в 1,2 раза, абдоминальные боли сохранялись у  $20,0 \pm 7,3\%$ , желтуха – у  $10,0 \pm 5,5\%$  больных. Болезненность при пальпации печени после лечения отмечалась у  $6,7 \pm 4,5\%$  пациентов ОГ, а в ГС – у  $16,6 \pm 6,8\%$  больных. В ОГ улучшение аппетита отмечали у  $86,7 \pm 6,2\%$  больных, что проявилось повышением индекса массы тела (ИМТ) у  $65,0 \pm 10,9\%$ , а в ГС аппетит улучшился у  $46,7 \pm 9,1\%$  с увеличением ИМТ у  $33,3 \pm 8,6\%$  больных.

До начала лечения повышение уровня АЛат было выявлено у  $73,3 \pm 8,1\%$  больных ОГ, АсАт – у  $65,0 \pm 10,9\%$ , а в ГС – у  $76,7 \pm 8,3$  и  $63,3 \pm 8,8\%$  соответственно. Повышение уровня непрямого билирубина отмечалось у  $50,0 \pm 9,1\%$  пациентов ОГ и у  $46,7 \pm 9,0\%$  ГС. После лечения уровень АсАт нормализовался, повышенная активность АЛат сохранилась всего у  $6,7 \pm 4,5\%$  больных ОГ, а в ГС повышение уровня и АЛат и АсАт выявлялось у  $26,7 \pm 8,1\%$  пациентов. Отмечены нормализация уровня непрямого билирубина у всех пациентов, получавших ремаксол, исчезновение прямого билирубина, а у  $10,0 \pm 5,5\%$  больных, получавших стандартное лечение, уровень непрямого билирубина остался повышенным. В связи с тем, что у  $26,7 \pm 8,1\%$  больных ГС гепатотоксические реакции не купировались, противотуберкулезная терапия была отменена до нормализации биохимических показателей.

По результатам ультразвукового исследования (УЗИ), в начале исследования в ОГ признаки увеличения печени имели  $20,0 \pm 7,3\%$  больных, диффузные изменения печени –  $36,7 \pm 8,8\%$  и поджелудочной железы –  $16,6 \pm 8,2\%$ . На фоне ремаксола увеличение печени сохранилось у  $6,7 \pm 4,5\%$  больных, диффузные изменения печени – у  $16,6 \pm 8,2\%$ , поджелудочной железы – у  $3,3 \pm 3,2\%$ . У пациентов ГС гепатомегалия не уменьшилась у  $16,6 \pm 8,2\%$  пациентов и сохранились диффузные изменения печени и поджелудочной железы у  $33,3 \pm 8,6$  и  $26,7 \pm 8,1\%$  больных соответственно.

Через 2 мес. после начала исследования у  $90,0 \pm 5,5\%$  больных ОГ отмечены частичное рассасывание инфильтрации, закрытие мелких деструкций, у  $26,7 \pm 8,1\%$  больных зафиксировано уменьшение размеров полостей распада. В ГС уменьшение инфильтрации установлено у  $70,0 \pm 8,3\%$  больных, уменьшение размера полостей распада выявлено лишь у  $10,0 \pm 5,5\%$ .

**Заключение.** Применение у больных туберкулезом ремаксола при гепатотоксических реакциях на противотуберкулезные препараты приводит к купированию их клинических проявлений, нормализации биохимических показателей, улучшению состояния печени и поджелудочной железы по данным УЗИ, что предотвращает прерывание курса противотуберкулезного лечения, способствуя повышению его эффективности.