

са, наличие сопутствующих заболеваний, включая ВИЧ-инфекцию, и МЛУ возбудителя. Более чем в 12-15% случаев имеет место крайне низкая приверженность больного МХЛ в сочетании с неадекватной врачебной тактикой по ее повышению. Ставка и надежды на достижение клинического излечения путем использования интенсивной химиотерапии (в соответствии с постоянно меняющимися режимами и появлением перспективных противотуберкулезных препаратов) зачастую снижают приоритетную настроенность лечащего фтизиатра-терапевта на применение МХЛ, тем самым снижая приверженность больного.

В сложившейся ситуации целесообразно использовать опыт Республики Беларусь, где была разработана отдельная программа повышения хирургической активности лечения больных ФКТЛ. Она заключается в применении принципа прогностической диагностики и упреждающей лечебной тактики применительно ко всем впервые выявленным пациентам. Сущность данного принципа состоит в том, что после установления диагноза и назначения химиотерапевтического лечения фтизиатр фиксирует в истории болезни, какой конечный результат за шестимесячный срок планируется достичь у конкретного пациента в процессе комплексного лечения. Затем фтизиатр планирует, какие результаты должны быть достигнуты на промежуточных этапах. Через каждые полтора месяца в процессе контрольного обследования фтизиатр поэтапно отслеживает и сопоставляет достигнутый к конкретному сроку результат лечения и планируемый результат к этому же сроку. Если достигнутый результат на первом

этапе (через 1,5 мес.) соответствует планируемому, то продолжается химиотерапевтическое лечение. Если достигнутый результат хуже планируемого, то следует использовать принцип комплексности и применить дополнительно другой метод лечения – искусственный пневмоторакс или экстраплевральную торакопластику (при локальной верхнедолевой локализации) и после стабилизации процесса – операции резекционного или органосохранного типа (при распространенных и поликавернозных процессах).

За последние 3 года число пациентов, состоящих на учете с ФКТЛ в Республике Беларусь, уменьшилось на 16,8%. За это время хирургические вмешательства резекционного типа произведены у 7,2% пациентов с такими формами, операции органосохранного типа (интраплевральная кавернотомия) – в единичных случаях. Для широкого применения органосохраняющих операций существует трудноразрешимое препятствие, заключающееся в трудности окклюзии бронхов, дренирующих каверны. С использованием авторской методики ушивания дренирующих бронхов за 42 года оперировано 74 больных с полостными образованиями в легких, в том числе 48 – с ФКТЛ и 26 пациентов с хроническими абсцессами. Клиническое излечение достигнуто в 97,3% случаев.

Заключение. Основными направлениями в достижении уровня целевого индикатора по показателю смертности от туберкулеза следует считать предупреждение развития ФКТЛ и использование при его лечении принципа прогностической диагностики и упреждающей лечебной тактики.

ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ АКТИВНЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ ИЛИ ПЕРСИСТИРУЮЩИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

КОЛПАКОВА Т. А., ПУШКАРЕВА Е. Ю.

SPECIFICS OF HEPATOTOXIC REACTIONS IN PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH CONCURRENT ACTIVE CHRONIC VIRAL HEPATITIS OR PERSISTING VIRAL HEPATITIS

KOLPAKOVA T. A., PUSHKAREVA E. YU.

ФГБУ «ННИИТ» Минздрава России ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», г. Новосибирск

Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, RF

Цель: изучить особенности гепатотоксических реакций на прием противотуберкулезных препаратов (ПТП) у больных туберкулезом легких с сопутствующим активным хроническим вирусным

гепатитом (ХВГ) и у пациентов с персистирующим вирусным гепатитом.

Материалы и методы. Проведен анализ 93 историй болезни больных туберкулезом легких. Первую

(I) группу составили 47 пациентов с выявленными маркерами вирусного гепатита В, В + С методом ИФА (в крови больных выявлены HbsAg, aHbc-IgM, aHCV-IgM, aHCV-сум). Превалировал ассоциированный вирусный гепатит В + С (59,6%). Вторую (II) группу составили 46 человек, в крови которых обнаружен aHbcAg-IgG-антиген, что указывало на персистенцию вируса гепатита В в организме. В структуре клинических форм туберкулеза в обеих группах преобладал инфильтративный туберкулез легких. Однако у пациентов I группы, наряду с инфильтративным туберкулезом, диагностировали и более тяжелые формы туберкулеза – диссеминированный в 21,3% и фиброзно-кавернозный – в 17% случаев. По полу и возрасту больных группы были сопоставимы. Сравнение показателей в группах осуществляли на основе использования точного метода Фишера. Критический уровень значимости – 0,05.

Результаты и обсуждение. До госпитализации все больные обеих групп амбулаторно принимали ПТП ежедневно в течение 2 нед. по I режиму химиотерапии (ХТ). В процессе обследования в стационаре у 68,7% пациентов (от общего числа) выявлена лекарственная устойчивость, в том числе и множественная, с учетом которой больные были переведены на IV режим ХТ, остальным проводили лечение по I режиму.

У всех пациентов при поступлении клинические проявления поражения печени отсутствовали. Однако при лабораторном обследовании в 71,9% случаев у больных I группы и в 45,6% случаев II группы отмечалось повышение значений трансаминаз (ТА) в пределах 2 норм ($p < 0,005$). Незначительные отклонения ферментов от нормы наблюдались в 28,1 и 54,4% случаях соответственно в I и II группах ($p < 0,005$).

Дальнейшее повышение уровня активности ТА на фоне приема ПТП в условиях стационара отмечалось в течение 1,5 мес. у 39 (83,3%) больных I группы и у 37 (80%) – II, при этом в 40% случаев у больных обеих групп рост был зафиксирован уже менее чем через 2 нед. лечения. При этом уровень ТА достигал умеренных значений: АЛТ – $128,3 \pm 48,4$ ед/л, АСТ – $86,5 \pm 18,2$ ед/л у больных I группы в 55,5% случаев, тогда как во II группе – у 86,7% ($p < 0,005$). Повышение уровня активности ТА более чем в 3-5 раз выше нормы зарегистрировано у 44,5% больных I группы и лишь у 13,6% – II группы ($p < 0,005$), при этом у больных появились клинические проявления поражения печени. ПТП у этих пациентов были отменены. Гепатотоксические реакции развивались на препараты, обладающие гепатотропным действием, независимо от режима ХТ. У пациентов с умеренно выраженным повышением активности ТА ПТП не отменялись, но при этом проводилась сопроводительная детоксикационная, гепатопротекторная терапия, тогда как при повышении активности ТА в 3-5 раз и более, помимо отмены ПТП,

требовалось проведение комплексной интенсивной инфузионно-детоксикационной, гепатопротекторной, гормональной терапии.

У больных I группы на фоне отмены ПТП и проведения интенсивной инфузионной терапии показатели активности ТА были нестабильными и снизились до нормы через $2,0 \pm 1,6$ мес. в 8,3% случаев. Тогда как у 66,7% пациентов II группы была отмечена нормализация активности ТА к такому же сроку на фоне приема ПТП и сопроводительной терапии.

Развитие гепатотоксических реакций с чрезмерным повышением активности ТА, отмена ПТП и необходимость продолжения лечения у больных обеих групп делали необходимым использование разных путей введения ПТП с гепатотропным действием – аэрозольное, внутривенное капельное, ректальное, электрофорез с лучшей их переносимостью и отсутствием значительного повышения ТА в последующем.

Развитие гепатотоксических реакций, вынужденный длительный перерыв в приеме ПТП негативно сказывался у трети больных со значительным повышением активности ТА на отношение к дальнейшему лечению и приводило к самовольному уходу из стационара.

Заключение. Гепатотоксические реакции у больных туберкулезом и активным хроническим гепатитом характеризуются наиболее частым повышением активности ТА как при поступлении в стационар, так и в процессе лечения, изменения РХ дальнейшим повышением их активности от умеренных до значительных в 3-5 раз по сравнению с нормой требуют отмены ПТП, а также отличаются торpidностью регрессии этих показателей на фоне проводимой интенсивной детоксикационной, гепатопротекторной гормональной терапии. Использование различных способов введения ПТП, обладающих гепатотропным действием, позволяет продолжить лечение больных с сочетанной патологией на фоне гепатопротекторной терапии. Повышение активности ТА более 2-3 норм требует индивидуального подхода к лечению больных как с ХВГ, так и с персистирующим. У части больных отмена ПТП отрицательно сказывается на приверженности пациентов к лечению и приводит к самовольному уходу из стационара.

Гепатотоксические реакции у большинства больных туберкулезом с сопутствующим персистирующим вирусным гепатитом имеют более доброкачественное течение в виде умеренного повышения активности ТА, не требуют отмены ПТП и купируются традиционной сопроводительной терапией в пределах 2 мес. с последующим переходом на индивидуальные способы введения ПТП во избежание повторного развития лекарственных осложнений. Снижение приверженности к лечению у больных этой категории отмечается реже.