

## Гепатопротекторная терапия у больных туберкулезом в пенитенциарном учреждении

А.К. Иванов<sup>1</sup>, Н.М. Корецкая<sup>2</sup>, В.Ф. Элярт<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

<sup>2</sup> Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого;

<sup>3</sup> МСЧ № 24 ФСИН России

**Введение.** Противотуберкулезные препараты, особенно на фоне поражения печени вирусами гепатитов В и С, обладают гепатотоксичным действием и у части больных туберкулезом приводят к развитию нарушений функции печени. Туберкулез (ТБ), вирусные гепатиты (ХВГ) и ВИЧ-инфекция являются социально значимыми заболеваниями, что весьма актуально при лечении больных в пенитенциарных учреждениях.

**Цель.** Определение возможности применения гепатопротекторного препарата ремаксол у больных туберкулезом в пенитенциарном учреждении.

**Материалы и методы.** Применялось внутривенное введение раствора ремаксол в среднем № 5 51 больному туберкулезом. Токсико-аллергические реакции на фоне применения противотуберкулезных препаратов зафиксированы у трети (16–31,4%) исследуемых больных. У 29 (56,8%) — в анамнезе наркомания, маркеры гепатита С зарегистрированы у 39 (76,5%) больных туберкулезом. Причем гепатит С как единственное сопутствующее заболевание отмечен в половине (26–51,0%) случаев, а как микст-инфекция (гепатит В, ВИЧ-инфекция) — еще у четверти (13–25,5%) обследуемых лиц. Исследование активности

АлАТ и АсАТ до и после применения ремаксол проведено у всех пациентов.

**Результаты и их обсуждение.** Установлено, что уровень активности АлАТ до применения ремаксол у большинства пациентов был повышенным и средний показатель составил  $1,7 \pm 0,12$  ммоль/л, что почти в 3 раза выше верхней границы нормативных показателей. На фоне применения препарата произошло достоверное снижение активности АлАТ до  $0,7 \pm 0,09$  ммоль/л ( $p < 0,001$ ). В то же время уровень активности АсАТ, который был повышен в меньшей степени и составлял  $1,05 \pm 0,114$  ммоль/л, снизился только в 2,38 раза, достигнув среднего показателя  $0,42 \pm 0,082$  ммоль/л ( $p < 0,05$ ). Необходимо отметить, что уровень активности АлАТ у 4 больных, несмотря на проводимую терапию, даже повысился, что свидетельствовало об активности гепатита и, в меньшей степени, о фиброзообразовании, то есть формировании цирроза печени.

**Выводы.** Проведенное исследование указывает на реальную возможность применения гепатопротекторного препарата ремаксол у больных туберкулезом и больных с микст-инфекцией, когда туберкулез сопровождается вирусным поражением печени.

## Лекарственное поражение печени на фоне противотуберкулезной химиотерапии: вопросы эпидемиологии, диагностический подход

Д.А. Иванова

Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом

**Введение.** Лекарственное поражение печени (ЛПП) лидирует в спектре нежелательных побочных реакций на противотуберкулезные препараты по частоте своего возникновения и тяжести последствий для здоровья пациента и исходов лечения. Критерии диагноза ЛПП в настоящее время остаются дискус-

сионными, современная частота и факторы риска ЛПП среди взрослых больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) в российской популяции не изучены.

**Цель.** Изучение частоты, факторов риска, клинико-лабораторных особенностей ЛПП у впервые выявленных больных ТОД.

**Материал и методы.** В исследование включено 250 впервые выявленных взрослых больных ТОД, госпитализированных для проведения интенсивной фазы лечения в 2009–2012 годах. Критериями не включения являлись диссеминированный и генерализованный ТБ, ВИЧ-инфекция, наличие злокачественных новообразований, беременность и период лактации. В течение интенсивной фазы (медиана 133 дня) проводили мониторинг жалоб, физикальных симптомов и печеночных тестов. Случай ЛПП регистрировали при повышении уровня аланиновой трансаминазы в  $\geq 3$  раза от верхней границы нормы в сочетании с клиническими симптомами поражения печени либо в 5 раз и более независимо от наличия симптомов, при исключении нелекарственных причин поражения печени. Тип и степень тяжести ЛПП оценивали согласно рекомендациям Международной группы экспертов по изучению ЛПП. Связь ЛПП с каждым из препаратов определяли с помощью шкалы RUCAM. Для выявления факторов риска ЛПП использовали одномерный анализ и метод логистической регрессии.

**Результаты.** Развитие ЛПП отмечено у 63 больных (25,2%); еще у 79 больных (31,6%) имел место фе-

номен печеночной адаптации. Клинические симптомы гепатита присутствовали у 40 больных (63,5% всех больных с ЛПП). Ведущими (и ранними) симптомами служили тошнота и рвота (34 больных, 53,9%). Преобладал гепатоцеллюлярный тип ЛПП (57 больных, 90,5%). Тяжелые формы ЛПП (с повышением аланиновой трансаминазы в 10 раз и более от верхней границы нормы) развились у 11,2% больных. Факторами риска ЛПП служили женский пол (ОШ=2,03, 95% ДИ 1,10–3,77), индекс массы тела менее 21 кг/м<sup>2</sup> (ОШ=1,86, 95% ДИ 1,01–3,42), принадлежность к европеоидной расе (ОШ=4,05, 95% ДИ 1,15–4,32) и аллергия в анамнезе к любому лекарственному препарату (ОШ=3,15, 95% ДИ 1,48–6,72).

**Выводы.** Лечение 25% впервые выявленных больных ТОД сопровождается развитием ЛПП, в 63,5% случаев — без клинической симптоматики; лабораторная картина в 90,5% случаев соответствует гепатоцеллюлярному типу. Факторами риска ЛПП у впервые выявленных больных туберкулезом являются женский пол, дефицит питания, принадлежность к европеоидной расе и аллергия в анамнезе к любому лекарственному препарату.

## Функциональная характеристика внешнего дыхания у пациентов с двусторонним деструктивным туберкулезом легких, нуждающихся в комбинированном хирургическом лечении

Л.Д. Кирюхина<sup>1</sup>, А.О. Аветисян<sup>1</sup>, О.С. Володич<sup>1</sup>, Н.Г. Нефедова<sup>1</sup>, Г.Ю. Марфина<sup>1</sup>,  
П.В. Гаврилов<sup>1</sup>, И.Б. Савин<sup>1</sup>, И.В. Васильев<sup>1</sup>, И.В. Мосин<sup>1</sup>, П.К. Яблонский<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный университет

**Введение.** В основу современного алгоритма оценки функциональной операбельности кандидатов на резекцию легких при неспецифическом поражении легких кроме параметров спирометрии входит оценка легочного газообмена. Доказано, что величина ДСЛ ниже 40% должной указывает на высокий риск периоперативной смерти и сердечно-легочных осложнений в послеоперационном периоде. Исследований, посвященных возможности прогнозирования исходов резекций легочной ткани с учетом комплексной оценки нарушений механики дыхания и легочного газообмена у больных туберкулезом легких (ТЛ), не проводилось. Однако без этих данных невозможно получить адекватное представление о функциональных возможностях пациента и сформировать крите-

рии, позволяющие выделить группы высокого риска оперативного вмешательства на легких.

**Цель.** Провести комплексную предоперационную оценку изменений вентиляционной и газообменной функций легких у больных ТЛ, нуждающихся в комбинированном хирургическом лечении.

**Материалы и методы.** Перед оперативным лечением проведено комплексное исследование функции внешнего дыхания (КИФВД) 33 больным с двусторонним деструктивным ТЛ от 18 до 62 лет (средний возраст — 34,3 года, 95% ДИ 31,0–37,6, 8 женщин/25 мужчин). КИФВД включало спирометрию, бодиплетизмографию и измерение диффузионной способности легких (ДСЛ) по угарному газу методом одиночного вдоха при задержке дыхания