

# Опыт применения коллапсотерапии в комплексном лечении больных деструктивными формами туберкулеза легких

А.В. Николау<sup>1</sup>, А.Р. Ким<sup>2</sup>, Р.Д. Мучаидзе<sup>1, 2, 3</sup>

<sup>1</sup> Городская туберкулезная больница Санкт-Петербурга;

<sup>2</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет;

<sup>3</sup> Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

**Введение.** В связи с увеличением количества больных с множественной лекарственной устойчивостью резко снижается процент закрытия полостей и абациллирования. Нами изучены результаты лечения больных деструктивными формами туберкулеза с применением коллапсотерапии и доказана эффективность ее применения.

**Материал и методы.** Больных подразделили на 4 группы: 1-я получала АБ-терапию в сочетании с пневмотораксом; 2-я группа больных — АБ-терапию в сочетании с пневмоперитонеумом; 3-я и 4-я группы — контрольные, получали только АБ-терапию.

**Результаты исследования.** Выполнялся искусственный пневмоторакс в комплексном лечении 34 впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом органов дыхания (1-я группа), находившихся на отделении с 1999 по 2014 год. Контрольную группу составили 70 больных (3-я группа), аналогичных 1-й группе по возрасту, структуре клинических форм туберкулеза, частоте выявления лекарственной устойчивости и сопутствующей патологии. Больные получали стрептомицин внутримышечно, рифампицин, пиперазидин, этамбутол — перорально, изониазид — перорально или внутримышечно. К терапии больных, у которых в процессе обследования в ходе лечения была выявлена лекарственная устойчивость, добавлялись резервные препараты (канамицин, амикацин, протионамид, ципрофлоксацин, циклосерин, ПАСК). Искусственный пневмоторакс накладывался после частичного рассасывания инфильтративных изменений и санации трахеобронхиального дерева, в среднем через 2,5 мес. после начала лечения. Продолжительность процедуры составляла от 3 до 4 мес. В результате комплексной терапии больных туберкулезом органов дыхания с применением искусственного пневмоторакса абациллирование было достигнуто у 30 человек (88,2%), закрытие полостей распада — в 28 случаях (82,4%). В контрольной группе эти показатели составили 54 больных (77,1%) и 46 больных (65,7%) соответственно. Кроме того, использование искусственного пневмоторакса дисциплинировало больных, в 1-й группе случаи выписки за нарушение режима были примерно на 25% реже,

чем в 3-й. Использование искусственного пневмоторакса в комплексном лечении больных туберкулезом органов дыхания позволило повысить показатели эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом 1-й группы по абациллированию на 11,1%, по закрытию полостей распада — на 16,7% и сократить сроки стационарного лечения в среднем на 48 сут.

Под нашим наблюдением находились 160 больных распространенным деструктивным туберкулезом легких в возрасте от 18 до 59 лет. 85 больным на фоне проводимой химиотерапии накладывался пневмоперитонеум (2-я группа). Контрольную группу составили 75 больных (4-я группа), получавших только химиотерапию. Пневмоперитонеум применялся спустя 2 недели после поступления больного в клинику. При первой инсуффляции вводилось 300 мл воздуха, через день — 500 мл, через 3–4 дня — 600 мл. В дальнейшем вводилось по 500–600 мл воздуха 1 раз в неделю. Длительность пневмоперитонеума составила 3–5 мес. У одного больного в процессе наложения пневмоперитонеума отмечалась подкожная эмфизема брюшной стенки, которая рассосалась через 2–3 дня и не требовала отмены процедур. Показатели прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада оказались выше при проведении химиотерапии в сочетании с пневмоперитонеумом. Бактериовыделение прекратилось в 80% случаев в основной группе и только у 52% больных контрольной группы. Закрытие легочных деструкций произошло у 60% больных основной группы и у 40% — контрольной группы. Прогрессирование процесса в основной группе отмечено у одного больного (2,9%), тогда как в контрольной группе — у 5 пациентов (20%).

**Выводы.** Применение пневмоперитонеума в комплексном лечении деструктивного туберкулеза легких повышает эффективность химиотерапии по прекращению бактериовыделения и закрытия полостей распада в 1,5 раза. Пневмоперитонеум можно с успехом применять в комплексном лечении больных прогрессирующим туберкулезом легких. Это позволяет достичь стабилизации специфического процесса и получить клиническое благополучие у малоперспек-

тивного контингента, расширить показания к хирургическому лечению. Применение пневмоторакса является высокоэффективным методом лечения боль-

ных деструктивным туберкулезом легких. Методы коллапсотерапии значительно повышают процент закрытия полостей и абациллирования у больных с МЛУ.

## Возможности гепатотропных средств в коррекции поражений печени противотуберкулезными препаратами

С.В. Оковитый

Санкт-Петербургская государственная химико-фармацевтическая академия

Одной из частых причин развития лекарственных поражений печени является использование противотуберкулезных препаратов (ПТП). Этому способствуют проведение многокомпонентной и длительной противотуберкулезной терапии, назначение в ряде случаев относительно больших доз препаратов, состояние организма пациента. Гепатотоксическое действие в той или иной мере присуще многим противотуберкулезным препаратам, а его проявления варьируют от незначительного цитолиза до тяжелой печеночной недостаточности и цирроза печени.

В формировании лекарственных поражений печени (ЛПП) ведущими являются прямое неблагоприятное действие препарата на клетки печени, токсическое действие метаболитов лекарственных средств (ЛС) и иммуноаллергические поражения органа. Точкой приложения ЛС на молекулярном уровне служат гепатоциты, холангиоциты, звездчатые клетки и синусоидальные клетки эндотелия. Митохондриальный аппарат гепатоцита — главная мишень гепатотоксических факторов, а митохондриальная дисфункция является определяющей в реализации гепатотоксичности. Специфического лечения поражений печени ПТП, основанного на принципах доказательной медицины, к сожалению, не существует. До настоящего времени не сформировано окончательное суждение о границах применения, эффективности и безопасности гепатотропных средств при поражениях печени противотуберкулезными препаратами, что обусловлено крайне малым числом клинических исследований в этой области. Основной целью фармакотерапии лекарственных поражений печени ПТП является восстановление морфологической и функциональной полноценности печени за счет повышения ее устойчивости к воздействию токсических факторов, предотвращения поражения и фиброзированию, восстановления гомеостаза в органе, нормализации функциональной активности и стимуляции репаративно-регенеративных процессов. На основании данных клинических исследований

можно выделить 3 основных варианта применения гепатотропных средств при проведении фармакотерапии лекарственных поражений печени противотуберкулезными препаратами:

1. **Инициальная терапия.** Проводится парентерально относительно короткое время (до 2 недель) для быстрого восстановления наиболее поврежденных функциональных компартментов печени. В качестве препарата выбора рассматривается ремаксол — комбинированный гепатотропный препарат с выраженным влиянием на проявления токсемии, а также цитолиза и холестаза, что, наряду с антиастеническим и антидепрессивным действием, позволяет использовать его в качестве универсального гепатотропного средства при различных лекарственных поражениях печени. Также могут быть использованы препараты эссенциальных фосфолипидов (EPL) — при преобладании цитолитического синдрома.
2. **Базисная терапия.** Направлена на коррекцию отдельных патогенетических звеньев поражений печени ПТП с помощью достаточно длительного перорального назначения гепатотропных препаратов. В качестве таких средств в клинических исследованиях были изучены сукцинатсодержащий антигипоксикант цитофлавин, уменьшающий выраженность митохондриальной дисфункции гепатоцитов; препараты EPL, обладающие антицитолитическим действием; S-аденозилметионин, участвующий в поддержании пула восстановленного глутатиона — эндогенного детоксиканта; урсодезоксихолевая кислота — при манифестировании признаков холестаза. В педиатрической практике изучались Лив.52 К, урсодезоксихолевая кислота, может применяться сукцинатсодержащий антигипоксикант реамберин.
3. **Поддерживающая терапия.** Выбор препарата определяется ведущим клинико-лабораторным синдромом и сопутствующими заболеваниями.