

Таким образом, применение гепатотропных средств при поражениях печени ПТП является обоснованным с точки зрения патогенеза данной патологии, однако требует дополнительных доказательств их клинической эффективности. Преимущественное использование должны иметь препараты, для которых гепатотропное действие определено в качествен-

но проведенных клинических исследованиях именно у больных с повреждением печени ПТП. Важными факторами являются отсутствие значимой собственной токсичности у препаратов этой группы и небольшое число побочных эффектов даже при значительном поражении паренхимы печени.

Сравнительный анализ нежелательных реакций на фоне стандартной терапии туберкулеза органов дыхания при множественной лекарственной устойчивости возбудителя и при включении препарата перхлозон

М.В. Павлова¹, А.А. Яковчук¹, И.В. Чернохаева¹, А.А. Старшинова¹,
Н.В. Сапожникова¹, Л.И. Арчакова¹, П.К. Яблонский^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

² Санкт-Петербургский государственный университет

Введение. Побочные реакции противотуберкулезных препаратов являются одним из важных факторов, снижающих эффективность этиологического лечения больных туберкулезом легких. Их проявление может ограничить проведение полноценного и непрерывного курса химиотерапии.

Цель. Сравнить спектр нежелательных реакций на фоне стандартной терапии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и с присоединением препарата перхлозон.

Материалы и методы. На базе терапевтического отделения ФГБУ СПб НИИФ Минздрава России за период с 2013 по 2014 г. 49 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте от 18 до 70 лет получили комплексную терапию по поводу туберкулеза органов дыхания (инfiltrативный и диссеминированный туберкулез) с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя после получения данных о чувствительности выделенной МБТ. В стационаре было проведено комплексное обследование при поступлении, осуществлялись ежемесячный мониторинг биохимических показателей крови, осмотр специалистов, ежемесячное бактериологическое [исследование промывных вод бронхов и мокроты с проведением люминесцентной бактериоскопии, посев на жидкие и плотные среды и рентгенологическое (спиральный компьютерный томограф с многорядным детектором Aquilion-32 Toshiba Medical Systems Corporation, Japan) в 3 и 6 мес.] обследование. При установленной ЛУ к изониазиду и

рифампицину или только к рифампицину, но отсутствию данных ЛЧ к другим препаратам 1-го и 2-го ряда назначался IV режим химиотерапии. Согласно Приказу Минздрава РФ от 21.03.2003 № 109 и клиническим рекомендациям Национальной ассоциации фтизиатров (НАФ) и Российского общества фтизиатров (РОФ) интенсивная фаза курса терапии по длительности составляла не менее 6 мес. с применением 5 противотуберкулезных препаратов (левофлоксацин, пиразинамид, капреомицин, циклосерин/тирезидон и ПАСК/этамбутол, протионамид/этионамид). Пациенты (n=49) были распределены на две группы: 1(а) — основная группа (прием Fq исключен) (n=25): в IV режим включен препарат перхлозон; 1(б) — группа сравнения (n=24): стандартный IV режим химиотерапии с включением фторхинолонов (левофлоксацин). Обработка материала проводилась с использованием программы Statistica 6.0. Степень связи между изучаемыми признаками определялась с помощью коэффициента корреляции по формуле Пирсона для количественных данных. Проводился расчет фактора риска (RR).

Результаты. Нежелательные лекарственные реакции по органам и системам в основной и контрольной группах представлены в таблице.

Обсуждение и выводы. Таким образом, определен спектр возможных нежелательных реакций у больных, получавших терапию по поводу туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, в том числе с включением препарата перхлозон. До-

Нежелательные лекарственные реакции по органам и системам в основной и контрольной группах

	Основная группа				Контрольная группа			
	%/n	RR	x2	p	%/n	RR	x2	p
ЖКТ	56,0	0,5	0,08	>0,1	62,5	0,6	0,08	>0,1
	14				15			
Печень и ЖВП	44,0	0,4	1,68	>0,1	60	0,6	1,68	>0,1
	11				15			
Костно-мышечные поражения	32,0	0,3	0,16	>0,1	37,5	0,4	0,16	>0,1
	8				9			
Эндокринные нарушения	18,4*	0,4	10,58	<0,01	0	0	10,58	<0,01
	9				0			
Кожа и ее производные	32,0	0,3	0,78	>0,5	20,8	0,2	0,78	>0,5
	8				5			
Нейротоксичность	28,0	0,3	0,16	>0,1	33,0	0,3	0,16	>0,1
	7				8			
Кардиотоксичность	28,0	0,3	0,9	>0,1	16,7	0,2	0,9	>0,1
	7				4			
Психические расстройства	4,0	0,04	0,00 087	>0,1	4,0	0,04	0,00 087	>0,1
	1				1			
Лихорадка	8,2*	0,16	4,18	<0,05	0	0	4,18	<0,05
	4				0			

стоверно часто были зарегистрированы нежелательные реакции на фоне терапии с включением перхлорона в виде эндокринных нарушений и лихорадки ($p < 0,01$ и $p < 0,05$ соответственно). Нежелательные реакции со стороны других органов и систем регистрировались в равной степени как в основной, так и в контрольной группах. Риск возникновения нару-

шений со стороны печени и желудочно-кишечного тракта несколько выше при проведении стандартной терапии. Устранение легких нежелательных реакций, развивающихся на фоне приема препарата перхлорон, требует назначения симптоматической терапии, при развитии НЯ средней степени тяжести необходима отмена препарата.

Анализ эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами за 10 лет на примере терапевтического отделения ОКТБ г. Саратова

Л.Э. Панкратова¹, И.Л. Волчкова¹, В.Б. Брук², В.В. Липатова², Н.Г. Вдовкина¹

¹Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского;

²Саратовская областная клиническая туберкулезная больница

Введение. С целью повышения эффективности лечения туберкулеза и предотвращения бессистемного назначения антибактериальных препаратов со-

гласно приказу № 109 МЗ РФ с 2003 г. терапия больных туберкулезом проводится в соответствии с рекомендованными стандартами. Для определения успешно-