

сти этого подхода проведен анализ эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами.

Материалы и методы. Обследован 2501 больной, находившийся на лечении в терапевтическом отделении ГУЗ СОКТБ г. Саратова с 2004 по 2013 год. Среди впервые выявленных больных с распадом в среднем было 71,3%, с бактериовыделением — 67,4%.

Результаты. Эффективность лечения впервые выявленных больных по закрытию каверн колебалась от 71,3 (2007) до 29,0% (2012), в среднем — 47,1%. Наилучшие показатели отмечались в 1-е пятилетие (2004–2008) — с 51,0 до 71,3%, в среднем — 58,4%. С 2009 г. наблюдалось стойкое снижение эффективности лечения с 46,5 до 29,0%, в среднем — 35,6%, снижение на 22,8%. Эффективность лечения среди впервые выявленных больных в первые 2 мес. лечения (ИФ I и III режимов) составила 0–3,5% в разные годы. Эффективность лечения впервые выявленных больных по прекращению бактериовыделения была от 90,1 (2006) до 46,8% (2010), в среднем — 79,7%. Таким образом, каждый 5-й больной не был даже абациллирован за время пребывания в стационаре. При этом также наблюдалось снижение эффективности лечения в последние годы. Так, за 1-е пятилетие (2004–2008) доля абациллированных составила в среднем 83,4%, за 2-е (2009–2013) — 59,2%, снижение на 24,2%.

Снижение эффективности консервативной терапии отчасти компенсируется результатами хирургического лечения. Так, эффективность лечения впервые выявленных больных в 2012 г. составила 29,0%, с учетом хирургического лечения — 42,0%, в 2013-м — 30,0%, вместе с хирургией — 48,5%, однако это все равно на 10% ниже эффективности консервативной терапии в период 2003–2008 гг. (средний показатель — 58,4%). Эффективность лечения больных с

рецидивами по показателю заживления каверн была крайне низкой (7,0–50,0%) и составила в среднем 17,0%, по абациллированию — 28,6% (колебания от 15,3 до 37,5%). Полученные результаты вызывают сомнения в эффективности рекомендованного IIА режима для лечения этой категории больных. Вероятной причиной низкой эффективности лечения могла служить высокая частота отрывов от терапии. Среди впервые выявленных больных она была 30,0%. В 1-е пятилетие она составила 40,0%, во 2-е — 24,8% (снижение на 15,2%). Таким образом, снижение эффективности лечения в последнее пятилетие не могло быть связано с возрастанием частоты отрывов от лечения. Анализ результатов лечения пациентов, получавших терапию более 2 мес. [за вычетом тех, кто досрочно прервал лечение и не завершил ИФ I и III режимов (60 доз)], показал, что эффективность по закрытию полостей в среднем в этой категории больных составила 51,9%. Однако описанная тенденция наблюдалась и среди них: за 1-е пятилетие заживление полостей наблюдалось в 61,0% случаев, за 2-е пятилетие — в 35,6% (снижение на 25,4%).

Обсуждение и выводы. Выявлено существенное снижение эффективности лечения всех категорий больных за последние годы. Это, вероятнее всего, связано с возрастанием ЛУ и МЛУ МБТ, поздней ее диагностикой в связи с недостаточной доступностью быстрых методов ее выявления и неэффективностью рекомендованных режимов лечения для стартовой терапии в изменившихся условиях. Отсутствие или недостаточная доступность быстрых методов определения ЛУ МБТ приводит к нежелательным последствиям, делает терапию по стандартным режимам химиотерапии неэффективной, а затраты на лечение больных и пребывание их в стационаре на этапе интенсивной фазы нерентабельными.

Частота неблагоприятных побочных реакций на противотуберкулезные препараты у больных с рецидивом туберкулеза органов дыхания и факторы, влияющие на их развитие

Н.Н. Парпиева, К.С. Мухамедов, А.Ш. Шакиров, Х.А. Сафаев

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Введение. Повышение эффективности лечения больных туберкулезом является важной проблемой фтизиатрии. Одним из факторов, снижающих эффективность лечения, служит непереносимость больными противотуберкулезных препаратов.

Цель. Изучение частоты неблагоприятных побочных реакций на противотуберкулезные препараты у больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания и определение факторов, влияющих на их развитие.

Материалы и методы. В исследование вошли 72 пациента, 58 (80,5%) мужчин и 14 (19,5%) женщин, с рецидивом туберкулеза органов дыхания в возрасте от 20 до 79 лет. Всем больным при поступлении в клинику назначали лечение в соответствии со стандартными режимами химиотерапии (ДОТС 1,2, ДОТС+). Средняя продолжительность наблюдения за пациентами составила $\pm 90,4$ дня.

Результаты. Большая часть (36) пациентов, включенных в исследование, страдали инфильтративным туберкулезом легких (50%). Неблагоприятные побочные реакции на химиотерапию развились у 49 (68%) пациентов, из них у 33 (67,3%) пациентов зарегистрирован один вид побочных реакций, 2 вида побочных реакций — у 10 (20,4%) больных, 3 вида побочных реакций и более — у 6 (12,2%). Наиболее частыми побочными реакциями были гастриты, которые диагностированы у 8 (16,3%) пациентов. Аллергические реакции на противотуберкулезные препараты отмечены у 7 (14,3%) пациентов, большая часть из них проявлялась кожной сыпью. Лекарственные гепатиты осложнили проведение химиотерапии у 6 (12,2%) пациентов. Реакции со стороны нервной системы развились у 5 (10,2%) больных. Реакции со стороны сердечно-сосудистой системы диагностированы у 5 (12,2%) пациентов. Сочетание двух реакций отмечено у 10 (20,4%) больных. Из них у 3 (30%) пациентов лекарственный гастрит сочетался с лекарственным гепатитом. Сочетание трех видов неблагоприятных побочных реакций и более отмечено у 6 (12,2%) больных. Из них у 2 (33,3%) пациентов химиотерапия осложнилась аллергическими реакциями, лекарственным гастритом и симптомами поражения нервной системы. С приемом основных противотуберкулезных препаратов были связаны 68,1%

побочных реакций, с приемом резервных противотуберкулезных препаратов — 30,0%. В 1,9% случаев препарат, вызвавший появление побочной реакции, установить не удалось, в основном это касалось аллергических реакций. Наиболее часто побочные реакции развивались на прием изониазида (46,5%). Из резервных препаратов чаще побочные реакции были связаны с приемом протионамида (8,1%). Отмену противотуберкулезных препаратов проводили в 28 случаях развития побочных реакций (57,1%), в последующем к использованию препарата, вызвавшего реакцию, удалось вернуться в 21,1% случаев. Среди больных с рецидивом туберкулеза органов дыхания, включенных в исследование, преобладали мужчины (80,5%). Прекращение бактериовыделения у больных с неблагоприятными побочными реакциями происходило на 22,4% реже, чем у больных без неблагоприятных побочных реакций.

Выводы. Проведение химиотерапии больным с рецидивами туберкулеза легких сопровождается развитием неблагоприятных побочных реакций на противотуберкулезные препараты в 68% случаев. При этом у 20,4% больных развивается 2 вида побочных реакций на противотуберкулезные препараты и более. Большая часть побочных реакций развивается в 1-й месяц химиотерапии (79,3%) и связана с проведением лечения по II режиму (68,1%); 46,5% всех реакций связаны с приемом изониазида, 15,2% — пиразинамида, 8,1% — протионамида. Побочные реакции чаще развиваются у пациентов с инфильтративным туберкулезом легких на фоне имеющейся сопутствующей патологии, при малосимптомном или бессимптомном начале заболевания, реже — при наличии распада и бактериовыделения, фиброзно-кавернозном и диссеминированном туберкулезе.

Диагностическое значение активности аденозиндезаминазы при туберкулезном плеврите

Н.Н. Парпиева, К.С. Мухамедов, Н.Р. Атаметова

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Введение. Выявление туберкулеза в биологических жидкостях (плевры, перикарда) до сих пор остается распространенной клинической проблемой и чаще всего основывается на результатах бактериологического и гистологического исследований.

Цель. Определение диагностической эффективности биохимического (уровень аденозиндезамина-

зы — АДА) метода в дифференциальной диагностике экссудативных плевритов.

Материалы и методы. Было обследовано 35 больных экссудативными плевритами неуточненной этиологии, у которых при первичном обследовании природа плеврита не установлена. Комплексное обследование больных включало: рентгенографию и