

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

компьютерную томографию (КТ) легких, бактериологическое исследование мокроты или промывных вод бронхов на МБТ, фибробронхоскопию, плевральные пункции. Полученный при первой пункции плевральный экссудат исследовали на общий белок, амилазу, сахар, АДА. Параллельно экссудат направляли на цитологическое исследование, выполняли бактериоскопию и посев на МБТ.

Результаты и их обсуждение. В результате комплексного обследования 35 больных экссудативными плевритами у 13 из них установлена туберкулезная этиология, у 5 верифицирован канцероматозный плеврит, у 17 — неспецифический парапневмонический характер воспаления.

Изучение клинической симптоматики показало, что у большинства больных отмечены симптомы интоксикации (ухудшение аппетита, потливость, слабость), повышение температуры тела выше 38 °С. В выделенных группах частота клинических симптомов интоксикации, болей в грудной клетке, лейкоцитоза более 9×10^6 и ускорения СОЭ свыше 15 мм/ч достоверно не различались. В результате рентгенологического обследования, проведенного после эвакуации экссудата, у 3 (23%) пациентов инфильтративно-очаговые изменения в легких позволили предположить туберкулезную этиологию плеврита. У 9 (52,9%) больных диагноз неспецифического плеврита заподозрен благодаря наличию пневмонической инфильтрации в легких, и у одного (20%) больного канцероматозным плевритом диагноз установлен после обнаружения образований на париетальной плевре.

Уровень активности аденозиндезаминазы определяли по дифференциально-диагностическому методу G. Giusti (по которому пороговый уровень

АДА в плевральной жидкости составляет 35 ед./л). У 12 (92,3%) больных туберкулезным плевритом значение АДА превышало нормальный уровень, и только в одном случае показатель был отрицательным. При канцероматозном плеврите только у одного (20%) пациента выявлено повышенное содержание АДА, у всех остальных уровень фермента не превышал нормы. У больных с парапневмоническим неспецифическим плевритом АДА была отрицательной во всех случаях. Чувствительность биохимического метода определения АДА в плевральной жидкости составила 92,3%. Бактериологическое исследование плеврального экссудата: у одного (7,7%) больного туберкулезным плевритом МБТ выявлены в экссудате методом бактериоскопии; у 3 пациентов из 13 (23%) МБТ обнаружены методом посева. Анализ цитограммы экссудата показал, что в группе пациентов с туберкулезным плевритом у 11 (84,6%) преобладал лимфоцитарный характер экссудата. Лимфоцитарный характер экссудата выявлен также у 2 (40%) больных канцероматозным плевритом и у 3 (17,6%) — при парапневмоническом неспецифическом плеврите. При цитологическом исследовании плеврального экссудата у 4 больных канцероматозным плевритом (80%) обнаружены атипические клетки, в одном случае результат поиска атипических клеток был отрицательным. При этом ложноположительных ответов не получено.

Выводы. Таким образом, самым информативным методом в диагностике туберкулезного плеврита, по нашим данным, является определение уровня АДА в экссудате. Применение этого метода необходимо и возможно при первой плевральной пункции. МБТ в плевральной жидкости выявлены только у одного больного из 13 (7,7%).

Применение метода клапанной бронхоблокации в комплексном лечении деструктивного туберкулеза легких у больных с ВИЧ-инфекцией

Я.К. Петрова, Д.В. Краснов, С.В. Склюев

Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза

Введение. В последние годы отмечается неуклонный рост количества новых случаев выявления сочетанной патологии туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Поэтому поиск новых методов лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией является высокоактуальной задачей современной фтизиатрии.

Цель. Оценить и проанализировать эффективность комплексной терапии, включающей метод клапанной бронхоблокации, деструктивного туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведено открытое интервенционное рандомизированное проспективное