

стрептомицина, канамицина, фторхинолонов и др. В отличие от лекарственной аллергии токсические побочные реакции возникают на более поздних этапах химиотерапии после 2–3, иногда 4 мес. лечения, так как для их появления необходим так называемый эффект накопления. Резервные препараты, применяемые при лечении туберкулеза с МЛУ/ШЛУ МБТ, обладают большей токсичностью в значительной степени именно из-за более длительного срока их применения. Развитие токсических осложнений часто обусловлено относительной передозировкой препарата, связанной с нарушением выведения лекарственных препаратов из организма. Симптоматика интоксикации при этом напрямую связана с фармакологическими свойствами препарата. Если аллергические нарушения можно отнести к разряду общих, то токсические побочные реакции обладают органотропностью, то есть каждый

препарат имеет «излюбленный» орган или органы-мишени. Следовательно, токсические нарушения более прогнозируемы.

Таким образом, побочные действия противотуберкулезных препаратов ограничивают возможности проведения полноценной химиотерапии, особенно при использовании стандартных курсов химиотерапии. Химиопрепараты, оказывая токсическое, сенсибилизирующее действие на организм больного, могут вызывать различные побочные эффекты. При выборе химиопрепаратов по возможности следует избегать назначения таких средств, которые при имеющемся состоянии различных органов и систем больного противопоказаны или могут вызвать побочные реакции. При этом следует иметь в виду, что побочное действие скорее выявляется при назначении максимальных терапевтических доз.

Прогнозирование неблагоприятных исходов впервые выявленного инфильтративного туберкулеза — залог предупреждения неудач в лечении

Т.Л. Батищева¹, А.В. Мордык², С.Н. Руднева¹

¹ Клинический противотуберкулезный диспансер Омской области;

² Омская государственная медицинская академия

Введение. Ведущее место в структуре впервые выявленного туберкулеза органов дыхания занимает инфильтративный туберкулез (Корецкая Н.М., 2012; Нечаева О.Б., 2013; Чушкина А.В., 2012), при котором возникает высокий риск исхода в деструктивные формы и хронизации процесса (Есимова Е.И. и др., 2012). Доля инфильтративного туберкулеза за 5-летний период на территории Омской области составила $73,3 \pm 4,5\%$, показатель закрытия полостей распада — $54,3 \pm 3,4\%$, прекращения бактериовыделения — $69,3 \pm 4,8\%$. Проблема повышения эффективности терапии впервые выявленных больных туберкулезом представляется значимой, наиболее проблематичным остается закрытие полостей распада. Это иллюстрирует необходимость целенаправленного поиска объективных предикторов (Волчегорский И.А. и др., 2012), оценка которых на момент выявления ИТЛ позволит прогнозировать неэффективность его лечения.

Материалы и методы. Первоначально в исследование сплошным образом включено 130 впервые выявленных больных ИТЛ, которые по истечении года наблюдения распределились на 2 группы: 1-я —

неэффективно леченные, с сохраняющейся полостью распада, 80; 2-я — эффективно леченные, 50 человек. На втором этапе для исключения влияния на исход социальных факторов в исследование включены 260 социально-сохраненных больных ИТЛ, также поделенных на группы в зависимости от исхода заболевания. Среди них неэффективно леченных было 25,4% — 66 человек ($p < 0,05$), достоверность различий между группами двух этапов подтвердила определяющую роль социальных факторов в исходе заболевания. Полученные данные обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel (функция Автофильтр). При сравнении данных в группах использовали хи-квадрат Пирсона. Для выявления корреляционной связи между двумя признаками произведен корреляционный анализ Спирмена. Проводился кластерный анализ в модуле пакета программ Statistica 6.0. Для оценки силы и достоверности влияния факторов использован ранговый дисперсионный метод с последующим ранжированием результатов. Критический уровень значимости при проверке гипотез принимался $< 0,05$.

Результаты. Предикторами неблагоприятного исхода инфильтративного туберкулеза выступали: характеристики и проявления туберкулезного процесса, туберкулез при наличии жалоб в пределах бронхолегочного синдрома, симптомов дыхательной и легочно-сердечной недостаточности (ранги 1, 2, 3, 4, 14), бактериовыделение (ранг 7) с наличием ЛУ и МЛУ МБТ (ранг 8), распространенность процесса (ранг 12); комплекс социальных факторов, включавший низкий материально-бытовой уровень (ранг 6), пребывание в ИТУ (ранг 10), отсутствие образования (ранг 13), особенности социального статуса, социопатию и социальную дезадаптацию (ранг 15); факторы, связанные с особенностями социального статуса и имевшие организационный характер, наличие вредных привычек (ранг 9), не прохождение флюорографии в течение нескольких лет (ранг 11); медицинский фактор в виде сопутствующих заболеваний (ранг 5). Сложно было разграничить социальные факторы и характеристики туберкулезного процесса и определить, как врачу повлиять на исход заболевания.

Исключив роль социальных факторов, установили, что наиболее сильное влияние на развитие неблагоприятного

исхода инфильтративного туберкулеза у социально-сохранных пациентов оказывали наличие дыхательной недостаточности, частое изменение режима химиотерапии, отрывы от лечения, наличие распада. Неблагоприятный исход туберкулеза также определялся развитием побочных реакций на ПТП, наличием бактериовыделения, семейным положением больного, выявлением МЛУ, неблагоприятными жилищными условиями, методом выявления туберкулеза, уровнем и типом образования и, в последнюю очередь, отсутствием дезинтоксикационной терапии.

Обсуждение и выводы. Таким образом, предикторы неблагоприятных исходов инфильтративного туберкулеза могут быть социальными, психологическими, медицинскими и клиническими. Роль социальных предикторов несомненна, при их исключении эффективность лечения значительно повышается. Этого невозможно достичь в клинической практике, поэтому особое внимание фтизиатры должны уделять социально дезадаптированным больным, не просто прогнозируя у них отрицательный исход, а воздействуя на его доступные предикторы, устраняя их, добиваясь положительного результата.

Раннее выявление патологических изменений при прогрессирующем туберкулезе и саркоидозе: новые подходы

И.В. Беляева¹, Л.Р. Михайлова², А.В. Николаев¹, Л.П. Чурилов¹, П.К. Яблонский^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский государственный университет;

² Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии

Введение. Проявления, характер течения и исходы туберкулеза и саркоидоза многообразны. Прогрессируя, заболевания захватывают новые зоны поражения, последствия длительного специфического лечения могут затронуть печень и почки. Иммунные нарушения наблюдаются почти у всех больных. Разнообразие возможных поражений требует применения множества методов диагностики. Многие традиционные методы оценки состояния больного с хронической патологией оказываются малоинформативными; кроме того, требуется применение их большого спектра, что удорожает диагностику. Данная работа отражает попытку найти эффективный скрининговый метод.

Цель. Выявить ранние признаки патологии различных органов при туберкулезе и саркоидозе методом мультипараметрического иммуноферментного анализа по А.Б. Полетаеву (2010) — полуколичественного определения аутоантител (ауто-АТ) к антигенам

различных органов и тканей с помощью наборов «ЭЛИ-висцеротест» и «ЭЛИ-пульмотест».

Материалы и методы. Исследовались группы больных разного пола с диссеминированным и фиброзно-кавернозным туберкулезом и саркоидозом в возрасте от 23 до 61 года. Иммунохимический анализ проводили с использованием тест-наборов (производства компании «Иммункулус», Москва). В образцах сыворотки крови выявляли и анализировали индивидуальные сывороточные профили (относительное содержание) ауто-АТ класса IgG, направленных к 24 антигенам основных органов и систем тела человека (ЭЛИ-висцеротест) и к 8 бронхолегочным (ЭЛИ-пульмотест). Для расчетов использовали специализированную компьютерную программу, поставляемую вместе с наборами. Метод позволяет определять средний индивидуальный уровень аутоиммунореактивности сыворотки индивидуального пациента по отноше-