

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕПАРИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

А. А. Ахметзянов, Е. Б. Галкина, Е. И. Родионова

*Курс туберкулеза (зав.— проф. Л. Б. Мазур) Казанского ордена Трудового Красного
Знамени медицинского института им. С. В. Курашова*

Правильно осуществляемая комплексная антибактериальная терапия в большинстве случаев дает положительные результаты. Однако эффективность лечения больных туберкулезом современными бактериостатическими препаратами снижается в связи с изменчивостью туберкулезных микобактерий, их способностью приспосабливаться к изменившимся условиям.

Вопрос о применении гепарина в комплексе с антибактериальными препаратами при лечении туберкулеза в литературе не освещен.

Большой интерес представляет применение в клинике малых доз гепарина, что не влияет на свертывающую систему организма. Мы вводили гепарин в малых дозах (0, 2 мл, т. е. 1000 МЕ внутримышечно) 50 больным с различными клиническими формами туберкулеза. Контролем служили 50 больных примерно с такими же формами туберкулеза легких, получавших антибактериальную терапию, но без гепарина.

В основной группе очаговая форма туберкулеза была у 6 больных, гематогенно-диссеминированная — у 17, инфильтративно-пневмоническая — у 18 и фиброзно-кавернозная — у 9. В возрасте до 20 лет было 7 чел., до 30 лет — 4, до 40 лет — 17, до 50 лет — 12, до 60 лет — 7 и старше — 3. Полость распада обнаружена у 31 больного, микобактерии — у 34. После начала болезни на сроках до 1 месяца госпитализировано 14 чел., до 2 месяцев — 7, до 4 месяцев — 4, до 6 месяцев — 11, до 12 месяцев — 4 и более года — 10. Средний возраст больных — 44,2 года, давность болезни — 2,3 года. Средняя продолжительность лечения больных в стационаре равнялась 3,8 мес.: при очаговом туберкулезе — 3,5 мес., при гематогенно-диссеминированном — 4 мес., при инфильтративно-пневмоническом — 3,7 мес. и при фиброзно-кавернозном — 4 мес.

За период стационарного лечения больные получили в среднем по 30—40 инъекций гепарина, 59,8 г стрептомицина (при очаговом туберкулезе — по 32,0; гематогенно-диссеминированном — 60,4; инфильтративно-пневмоническом — 71,0 и фиброзно-кавернозном — 76,0), 45,1 г губазила (соответственно по 40; 55; 50,4; 35,7) и 639,6 г ПАСК (по 510; 640,2; 548,4 и 860).

Закрытие полостей распада (табл. 1) достигнуто у 15, уменьшение их размеров — у 13 больных, в том числе при очаговом туберкулезе соответственно у 2 и 0, при гематогенно-диссеминированном — у 5 и 7, при инфильтративно-пневмоническом — у 8 и 6 и фиброзно-кавернозном — у 0 и 3.

Таблица 1

**Результаты лечения больных, получавших антибактериальные препараты
в комплексе с гепарином**

Формы туберкулеза	Число больных	До лечения		После лечения				
		фаза распада	ВК+	фаза распада	ВК+	типы заживления		
						I	II	III
Очаговая	6	2	3	—	1	2	3	—
Гематогенно-диссеминированная	17	13	12	1	—	1	7	1
Инфильтративно-пневмоническая	18	16	11	2	3	3	7	1
Фиброзно-кавернозная	9	—	8	—	6	—	—	—
Итого	50	31	34	3	10	6	17	2

Абациллирование наступило у 24 больных, в том числе при очаговом туберкулезе — у 2, при гематогенно-диссеминированном — у 12, при инфильтративно-пневмоническом — у 8 и при фиброзно-кавернозном — у 2. Закрытие полостей достигнуто в среднем через 4 месяца лечения, а их уменьшение — через 3,4 мес. Исчезновение микобактерий достигнуто в среднем через 3,2 мес., в том числе у больных с очаговым туберкулезом через 2,9 мес., с гематогенно-диссеминированным — через 4,1 мес. и с инфильтративно-пневмоническим — через 3,6 мес.

Рассасывание и уменьшение инфильтратов отмечено у 7 чел., а очагов — у 25. Средний срок их рассасывания равнялся 3,7 мес.

I тип заживления (без остаточных рентгено-анатомических изменений в легких и плевре) наблюдался у 6 больных, II (слабо выраженные очаговые и склеротические изменения) — у 17 и III (массивные ограниченные или распространенные фиброзные изменения, крупные инкапсулированные и кальцинированные очаги с метатуберкулезными изменениями) — у 2. I и II типы заживления наиболее часто встречались у больных с очаговой и инфильтративно-пневмонической формами туберкулеза легких.

До и во время лечения у ряда больных систематически исследовали протромбиновый индекс, время кровотечения, время свертывания, число тромбоцитов и форменные элементы крови. Опыт показал, что при малых дозах гепарина эти показатели не меняются.

В контрольной группе у 12 чел. был очаговый, у 16 — гематогенно-диссеминированный и у 22 — инфильтративно-пневмонический туберкулез легких. 22 больных были госпитализированы в срок до 1 месяца с момента заболевания, 15 — до 2 мес., 8 — до 3 мес., 3 — до 6 мес. и 2 — до года. Длительность заболевания до госпитализации в среднем равнялась 2 мес. (табл. 2).

Таблица 2

Результаты лечения больных, получавших антибактериальную терапию без гепарина

Формы туберкулеза	Число больных	До лечения		После лечения				
		фаза распада	ВК+	фаза распада	ВК+	типы заживления		
						I	II	III
Очаговая	12	7	5	4	2	—	1	2
Гематогенно-диссеминированная	6	15	15	10	6	—	—	2
Инфильтративно-пневмоническая	22	21	20	10	10	—	4	2
Итого	50	43	40	24	18	—	5	6

В возрасте до 20 лет было 9 чел., до 30 лет — 15, до 40 лет — 18, до 50 лет — 5 и до 60 лет — 3. Средний возраст больных — 31,1 года. Мужчин было 36, женщин — 14.

Полость распада обнаружена у 43 больных, в том числе при очаговой форме — у 7, при гематогенно-диссеминированной — у 15 и при инфильтративно-пневмонической — у 21, а микобактерии — у 40 (соответственно у 5; 15 и 20).

Больных лечили стрептомицином (по 0,75—1,0 внутримышечно), тубазидом (0,6×1 раз) и ПАСК (9,0×1 раз в день). Все больные, как и в основной группе, получали витаминотерапию.

Средняя продолжительность стационарного лечения больных равнялась 5,9 мес., в том числе при очаговой форме — 6,1 мес., при гематогенно-диссеминированной — 5,3 мес. и инфильтративно-пневмонической — 6,3 мес.

За это время больные получили в среднем по 99 г стрептомицина (при очаговой форме — по 107, гематогенно-диссеминированной — 81,8 и инфильтративно-пневмонической — 108,2), 86,3 г тубазида (соответственно 90,3; 66 и 101,2) и 1072,4 г ПАСК (987; 918 и 1312,2).

Закрытие полостей достигнуто у 19 больных, в том числе при очаговом туберкулезе — у 3, при гематогенно-диссеминированном — у 5 и при инфильтративно-пневмоническом — у 11, а абациллирование — у 22 (соответственно у 3, 9 и 10).

Закрытие полостей наступило в среднем через 5,8 мес., в том числе при очаговом туберкулезе — через 6,2 мес., при гематогенно-диссеминированном — через 6,2 мес. и инфильтративно-пневмоническом — через 5,4 мес., а абациллирование — через 5,6 мес. (соответственно через 5,5; 5,6 и 5,75 мес.).

I тип заживления у больных контрольной группы не отмечен, II тип наблюдался у 5 (при очаговой форме — у 1 и при инфильтративно-пневмонической — у 4) и III тип — у 6 (при очаговой — у 2, гематогенно-диссеминированной — у 2 и инфильтративно-пневмонической — у 2).

Побочные аллергические реакции были у 5 чел. контрольной группы.

ВЫВОДЫ

1. Применение малых доз гепарина в сочетании с бактериостатической терапией эффективно при активном туберкулезе легких.

2. Гепарин оказывает противовоспалительное и антиаллергическое воздействие, ускоряет репаративные процессы.