

ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ СТРУЙНЫМ ВНУТРИВЕННЫМ ВВЕДЕНИЕМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Проф. И. З. Сигал, Х. Г. Шакирова

*Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина, Казанский противотуберкулезный диспансер (главврач —
М. С. Самарин)*

Реферат. Описан разработанный авторами способ струйного внутривенного введения больным туберкулезом легких смеси 10% раствора тубазида (до 20 мг/кг) и хлоркальциевого комплекса стрептомицина (1 млн. ед.). Анализ результатов применения этого способа выявил высокую его эффективность.

Ключевые слова: туберкулез легких, струйное внутривенное введение туберкулостатических препаратов.

Библиография: 4 названия.

В последнее время получены клинические данные, подтвердившие высокую эффективность метода интенсивной химиотерапии введением внутривенно индивидуальных максимально переносимых доз тубазида [1]. Учитывая общие принципы химиотерапии туберкулеза, можно было предположить, что одномоментное струйное внутривенное введение тубазида и стрептомицина может способствовать усилению бактериостатического действия и клинического эффекта. Как известно, комбинированное применение противотуберкулезных препаратов предупреждает раннее развитие устойчивости, повышает и стабилизирует концентрацию каждого из препаратов.

Нами разработан и применяется у больных с вновь выявленным туберкулезом легких и хроническими формами вариант химиотерапии, заключающийся в струйном одномоментном введении индивидуальных повышенных доз тубазида и обычных доз хлоркальциевого комплекса стрептомицина в сочетании с ПАСК или этионамидом, вводимыми перорально [4].

После ряда клинических наблюдений была принята схема комбинированной внутривенной химиотерапии, включающая 4 этапа: 1) начальный; 2) непрерывного лечения (5 раз в неделю); 3) прерывистого лечения (через день); 4) заключительный — лечение по стандартной методике в рамках основного курса химиотерапии.

На начальном этапе терапии двукратно внутримышечно инъецируют смесь стрептомицина и тубазида в обычных дозах с целью определения переносимости (выявления возможной сенсбилизации). В последующем струйно внутривенно в одном шприце вводят раствор тубазида (100 мг) и хлоркальциевого комплекса стрептомицина (100 тыс. ЕД) и в течение 4—5 дней дозу тубазида доводят до 18—20 мг/кг массы тела больного, а стрептомицина — до 1 млн. ЕД. Смесь туберкулостатиков вводят в течение 2,5—3 мин. При постепенном увеличении медикаментозной нагрузки антибиотиками наблюдается адаптация к ним макроорганизма [3]. На этом этапе терапии необходимо особенно тщательное наблюдение за больными, так как не исключаются реакции и осложнения, которые могут потребовать интенсивного лечения. Очередное струйное внутривенное введение смеси тубазида и стрептомицина можно предпринять только при хорошей переносимости предыдущей инъекции.

Для предупреждения побочного действия и возможных осложнений в связи с введением больших доз тубазида мы в соответствии с рекомендациями И. М. Бондарева и Г. Б. Соколовой [2] назначали 200—250 мг витамина В₆ внутримышечно через 30 мин и перорально 100—120 мг через 2 ч после внутривенного введения туберкулостатиков, а также глютаминовую кислоту (суточная доза 1,5—3,0) и поливитаминное драже.

При сопоставлении некоторых показателей гемодинамики до и после внутривенного струйного введения смеси противотуберкулезных препаратов ни в одном из наблюдений не было обнаружено существенных сдвигов. Частота пульса и АД также, как правило, не менялись (у отдельных лиц максимальное АД увеличивалось либо уменьшалось на 5—10 мм рт. ст.).

По описанной методике проводилось лечение 43 больных с распространенным туберкулезом. У 5 из них лечение прекращено в сроки до одного месяца из-за нарушений ими лечебного режима. У 38 пациентов (у 29 с инфильтративным туберкулезом легких и у 9 с подострым диссеминированным в фазе деструкции) намеченный план лечения был завершен. 9 больных в течение 2—3 недель до начала лечения струйным внутривенным введением стрептомицина и изониазида принимали препараты I ряда по стандартной методике.

Из 38 леченных указанным способом больных (мужчин — 23, женщин — 15; возраст: до 20 лет — 5, от 21 до 30 лет — 13, от 31 до 40 лет — 6, от 41 до 50 лет — 12, от 51 до 60 лет — 2) у 32 туберкулез легких был распознан при обращении в поликлинику в связи с острыми и подострыми клиническими проявлениями процесса, которые имели различную продолжительность. Рентгено-томографическое исследование выявляло распространенные инфильтративные и очаговые изменения, одиночные и мно-

жественные полости распада разных размеров. Односторонний процесс был у 14 чел., двусторонний — у 24.

До начала лечения бацилловыделение было выявлено у 25 больных. У 10 чел. бацилловыделение обнаружилось уже после начала лечения, когда были получены результаты бактериологического исследования мокроты. У 3 пациентов при наличии полостей распада микобактерии в мокроте не были найдены.

Результаты лечения мы оценивали к концу каждого месяца при трехмесячном курсе терапии. После первого месяца бацилловыделение прекратилось у 14 из 38 больных, что было доказано бактериоскопическим и бактериологическим исследованием мокроты. К концу 2-го месяца лечения абациллирование мокроты установлено еще у 13 больных, через 3 месяца — еще у 4. Таким образом, лечение по описываемому способу привело к абациллированию в разные сроки в пределах 3 месяцев у 31 из 35 больных.

Рентгено-томографическое исследование в динамике (помесячно) показало относительно быстрое обратное развитие очаговых, инфильтративных и деструктивных изменений. После лечения в течение 1 месяца у 25 пациентов отмечено выраженное рассасывание очаговых, инфильтративных изменений и в большинстве наблюдений уменьшение полостей распада; у 5 чел. томографически установлено закрытие полостей.

После 2 месяцев лечения наряду с дальнейшим рассасыванием очаговых и инфильтративных изменений, что выявлено у 22 больных, каверны перестали определяться еще у 13. К концу трехмесячного курса терапии вместе с еще более выраженной инволюцией очагов и инфильтратов закрытие полостей произошло еще у 14 больных. Таким образом, закрытие полостей распада достигнуто у 32 больных из 38. Еще у 2 больных констатировано абациллирование мокроты при сохраняющихся полостях распада. При этом исчезли очаговые изменения, заметно тоньше стали стенки полостей распада.

У 4 чел. терапия по указанной методике не дала эффекта. У этих больных в период лечения и на заключительном этапе сохранялось бацилловыделение, положительная динамика величины полостей распада была минимальной. Вместе с тем в результате лечения наступила дезинтоксикация, нормализация показателей крови, частичное рассасывание очагов и уменьшение инфильтратов. У одного больного неудовлетворительные результаты терапии были связаны с высокой степенью первичной устойчивости к стрептомицину, у другого — с умеренной устойчивостью к стрептомицину и тубазиду. Последующее многомесячное лечение этих больных препаратами II ряда обеспечило полный клинический эффект. У 2 больных исходная форма туберкулеза была неправильно определена как инфильтративная, в то время как после рассасывания очаговых и инфильтративных наслоений рентгено-томографически были выявлены признаки, характерные для фиброзно-кавернозного туберкулеза.

Как показали клинические наблюдения, у большинства больных переносимость струйного внутривенного введения смеси хлоркальциевого комплекса стрептомицина и тубазида в основном хорошая. Осложнений не было отмечено. Побочное действие, носившее временный характер, зарегистрировано у 5 больных: у 1 — шум в ушах и головокружение, у 2 — парестезии (покалывание) в кончике языка к концу вливания и в течение 30—40 мин после него, у 1 — микрогемагурия и у 1 — повышение уровня трансаминаз крови. Эти побочные явления требовали временной отмены препаратов или уменьшения их дозы, но в целом не препятствовали завершению намеченного плана лечения.

Хорошая переносимость большинством больных способа струйного внутривенного введения растворов туберкулостатиков, высокая терапевтическая эффективность и простота по сравнению с капельным введением противотуберкулезных препаратов определяют целесообразность его применения и дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бондарев И. М. Труды Московского НИИ туберкулеза, 1975, т. 75.—
2. Бондарев И. М., Соколова Г. Б. Пробл. туб., 1973, 10.—3. Логинов А. В. В кн.: Клиническое применение антибиотиков. М., 1966.—4. Сигал И. З., Шакирова Х. Г. В кн.: Вопросы химиотерапии и диагностики туберкулеза. Казань, 1974.

Поступила 17 мая 1978 г.

УДК 616.24—002.5—053.6—08

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ГИПЕРКОРТИЦИЗМА

Канд. мед. наук В. В. Филиппов

Кафедра туберкулеза (зав. — проф. В. П. Дыскин) Башкирского медицинского института

Реферат. У 179 подростков с синдромом гиперкортицизма, вызванным препаратами ГИНК, прослежена эффективность лечения туберкулеза легких. Синдром гиперкортицизма не исключает применения туберкулино-, коллапсотерапии и хирургии-