

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-

ческих методов лечения. В результате длительной комплексной терапии туберкулеза органов дыхания у подростков с синдромом гиперкортицизма клиническое излечение достигнуто в 95,5%.

Ключевые слова: туберкулез легких, гиперкортицизм.

Библиография: 2 названия.

В отечественной литературе имеются единичные сообщения о синдроме гиперкортицизма, возникающем в результате применения препаратов ГИНК у больных туберкулезом [1, 2]. Работ, посвященных изучению эффективности лечения туберкулеза у подростков с синдромом гиперкортицизма, мы не нашли.

Под нашим наблюдением в подростковом противотуберкулезном санатории «Алкино» находилось 597 подростков, больных активными формами туберкулеза легких и леченных препаратами ГИНК в различных комбинациях с другими туберкулостатическими средствами. У 179 из них (30%) развился синдром гиперкортицизма (в том числе у 52 с очаговым туберкулезом легких, у 16 с бронхоаденитом, у 17 с первичным комплексом, у 54 с инфильтративным туберкулезом, у 25 с диссеминированным, у 3 с кавернозным, у 1 с фиброзно-кавернозным, у 1 с туберкуломой, у 9 с экссудативным плевритом и у 1 с хронической пневмонией).

Так как большинству из 179 больных с синдромом гиперкортицизма проводили антибактериальную терапию в условиях диспансера, мы учитывали ее результаты на обоих этапах лечения: диспансер — санаторий. Больные находились под нашим наблюдением, как правило, от 6 мес до 2,5 лет. Подавляющее большинство пациентов получало комбинированную химиотерапию тремя препаратами первого ряда. Стрептомицин мы назначали главным образом в острый период заболевания (3—6 мес), затем продолжали лечение препаратами ГИНК и ПАСК. Из препаратов группы ГИНК предпочтение отдавали изониазиду. Дозу его избрали соответственно инактивации препарата. Химиотерапия препаратами ГИНК в сочетании с препаратами второго ряда (циклосерин, пипразинамид, этионамид) была проведена 61 подростку.

У 6 больных в связи с непереносимостью препаратов ГИНК антибактериальная терапия была продолжена только препаратами второго ряда. Помимо перорального приема антибактериальных препаратов 43 подростка получали туберкулостатики с помощью интратрахеальных вливаний и 43 — с помощью аэрозолей. 41 больному туберкулостатические препараты вводили с помощью электрофореза. 23 подросткам проводили лечение пневмоперитонеумом. Туберкулинотерапию получали 7 больных.

В процессе лечения больных с синдромом гиперкортицизма нам в ряде случаев приходилось менять обычную тактику химиотерапии препаратами ГИНК. Показаниями к уменьшению дозы препаратов ГИНК или к их замене на препараты второго ряда являлись чрезвычайное ожирение в сравнительно короткие сроки химиотерапии (увеличение массы тела за 5—6 мес на 20 кг и выше); повышение АД, сопровождающееся головной болью, бессонницей; вегетативно-висцерально-сосудистые кризы, которые характеризовались сильными болями в области сердца, сердцебиением, затруднением дыхания; расстройства психики, эпилептиформные припадки.

Учитывая всю сложность и многообразие проявлений, связанных с действием препаратов ГИНК на нервную и эндокринную системы, мы назначали больным лекарства, направленные на нормализацию обменных процессов: 25% раствор сернокислой магнезии по 10 мл внутримышечно, 10% раствор хлористого кальция по 10 мл внутривенно, пиридоксин до 150 мг, 5% раствор витамина В<sub>1</sub> по 1,0 подкожно, 20% раствор глюкозы по 40 мл внутривенно, глютаминовую, аскорбиновую кислоты, экстракт корня валерианы, резерпин, элениум, люминал, пипольфен и другие средства.

В результате лечения значительное улучшение было достигнуто у 166 (92,7%) подростков, улучшение — у 7 (3,9%); у 5 (2,8%) процесс остался без перемен. Прогрессирование процесса отмечено у 1 пациента (0,6%). Полости распада закрылись у 68 из 71 больного, абациллирование наступило у 46 из 47 подростков с синдромом гиперкортицизма.

Следовательно, у большинства больных (92,7%) клиническое излечение было достигнуто в основном путем применения препаратов ГИНК в различных комбинациях в сочетании с патогенетической терапией. Только у 5 больных были проведены радикальные хирургические операции. Значительное улучшение наступило у всех 5 подростков (2,8%). Таким образом, синдром гиперкортицизма, возникающий в процессе химиотерапии препаратами ГИНК, не снижает эффективности консервативного лечения и не исключает применения хирургических методов лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гольдштейн М. М., Кравцова Г. Г., Лукьянова Г. П. В кн.: Тез. докл. научн. сесс. Ленинградского ин-та туберкулеза. 1955.—2. Плетнер Н. Х., Либенсон В. С., Сумбатов Г. А. Пробл. туб., 1963, 3.

Поступила 1 ноября 1977 г.