

кой процесса на 3-4 месяцах интенсивной фазы, была установлена клиническая резистентность к противотуберкулезным препаратам 1-й линии и назначено лечение резервными препаратами 2-й линии по 4-й категории.

Полный курс химиотерапии (интенсивная и поддерживающая фазы) получили в стационарных условиях 90% детей (из них в 45% случаев интенсивная фаза была продлена до 3-4 месяцев, в 10% – поддерживающая фаза до 6-7 месяцев). По завершении лечения они были выписаны с исходами «вылечен» и «лечение завершено», в остальных 10% случаев, после успешного завершения интенсивной фазы, дети были направлены на поддерживающую фазу лечения в амбулаторных условиях.

**Заключение:** Туберкулезом преимущественно болевают инфицированные дети, выявленные по туберкулиновой пробе Манту (37,5%) и из очагов туберкулезной инфекции (32,5%). По клиническим формам чаще всего был установлен первичный туберкулез: в 52,5% – первичный туберкулезный комплекс, в 35,0% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 30% встречались различного рода осложнения основного процесса, в 5% у детей установлена клиническая устойчивость к препаратам 1-й линии. Для достижения высокой эффективности лечения туберкулеза у детей рекомендуется полный курс химиотерапии (интенсивную и поддерживающую фазы) завершить в стационарных условиях под постоянным контролем медперсонала.

85

### ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ

**Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А.,  
Касаева Л.Т., Сергазина А.О., Таханова Ж.У.**  
Южно-Казахстанская государственная  
фармацевтическая академия,  
г. Шымкент, Казахстан

В последние годы проблема рецидивов туберкулеза и их профилактики в РК заняла важное место в эпидемиологии туберкулеза и стала одним из актуальных вопросов борьбы с ним.

Частота рецидивов туберкулеза легких у взрослых в интенсивных показателях с 2008 по 2012 гг. по Южно-Казахстанской области увеличилась с 29,6 до 36,5 или на 6,9 % и к концу наблюдения превысила республиканский показатель в 1,5 раза. За этот период заболеваемость сократилась с 91,8 до 71,8 на 100 тыс. населения, т.е. на 27,8 %. Темпы снижения заболеваемости превышают частоту рецидивов в 4,1 раза.

Рост рецидивного туберкулеза на фоне снижения заболеваемости привел к повышению относительного числа рецидивов среди выявленных больных туберкулезом легких за эти годы с 11,9 % до 19,2 %. Частота рецидивов среди вновь выявленных бацилловыделителей возросла с 49,8 % до 69,8 %.

Удельный вес рецидивов в IV группе диспансерного наблюдения (хроники) в 2012 г. достиг 55,6 %, в смертности от туберкулеза 62,0 %. Все это имеет важное эпидемиологическое значение. В этой связи, возникает необходимость улучшения организации наблюдения над снятыми с учета больными с выраженными метатуберкулезными изменениями.

Во – первых они не находятся под регулярным наблюдением фтизиатра. Во-вторых сегодня директивными документами четко не определена система передачи данных лиц врачам общей сети для взятия в группу риска повышенного заболевания туберкулезом, в связи с чем, не малая часть их выпадает из под врачебного контроля.

Так, в 2012 г из общего числа больных с рецидивами заболевания туберкулезом из групп риска активно флюорографически выявлено всего 192 больных (23,2 %), остальные 637 (76,8 %) взяты на учет по самообращаемости. Необходимо отметить, среди больных с рецидивом заболевания выявленных из групп риска удельный вес деструктивных форм составлял 38,9 %, с бактериовыделением 35,7 %, в то время как, среди взятых по самообращаемости 85,9 % и 78,8 %, соответственно.

Для совершенствования профилактики туберкулеза следует лиц с выраженными остаточными рентгенопределяемыми изменениями в легких оставлять под наблюдением противотуберкулезных диспансеров, как это было в советское время. Так же возникает новая проблема – организация санаториев для лиц излеченных от туберкулеза и в первую очередь, имеющих хронические соматические заболевания.

86

### ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ВО ФТИЗИАТРИИ

**Булдубаев Б.Т., Галамбець И.И.,  
Темиргалиев Ж.Б., Протченко Н.П., Айтимов С.Е.**  
Противотуберкулезный диспансер  
г. Астана, Казахстан

Плазмаферез – один из методов экстракорпоральной детоксикации, гемо и иммунокоррекции, заключающийся в удалении из крови токсинов, шлаков, балластных элементов, а также в коррекции физико-химического состояния крови, посредством удаления плазмы, с последующим ее возмещением (электролитами, белками, ГЭК).

Цель исследования: применение методов экстракорпоральной детоксикации у тяжелобольных туберкулезом на современном этапе.

Показанием для проведения ЛПФ во фтизиатрии являются:

-Токсико-аллергические реакции с кожными проявлениями (сыпь, зуд, отек), синдром Лайела, геморрагический васкулит. Они развиваются в 58,8% при применении препаратов основного ряда, и до 78,8% с препаратами резерва.

– Симптомокомплекс «плохой переносимости» химиотерапии. При этом клинико-биохимическое исследование крови ещё не регистрирует каких-либо отклонений показателей от нормальных величин.

– Синдром эндогенной интоксикации, сепсис.

– Синдром полиорганной недостаточности.

– Клинической резистентности устойчивых форм туберкулеза.

– Почечно-печеночная недостаточность, лекарственный гепатит и многое другое.

Материал и методы: С апреля 2013г комплексная интенсивная терапия тяжелобольных усилена проведением лечебного плазмафереза (ЛПФ), аппаратом «Гемофеникс» с использованием мембранных фильтров ПФМ-01-ТТ «Роса». Объем курсовой плазмозексфузии составил 1-1,25% ОЦП (объема циркулирующей плазмы). Плазмозамещение проводилось белковыми препаратами (альбумин 10%; СЗП), растворами ГЭК (Тетраспан 10%; Рефортан), электролитами (NaCl 0,9%) под контролем гемодинамики, объема эксфузии, согласно общепринятым стандартам.

ЛПФ проведен 7 пациентам, из которых:

– пациентка в послеоперационном периоде, с большим натечным абсцессом, с целью профилактики септического состояния;

– пациент с легочным процессом на фоне рефрактерного течения сахарного диабета;

– два пациента с тяжелой казеозной пневмонией, кахексией, выраженной эндотоксемией;

– три пациента с лекарственным гепатитом, на фоне аллергической токсикодермии с легочным туберкулезом, в условиях вынужденной отмены химиотерапии (ППР и ПВР).

После проведения курса ЛПФ у всех пациентов наметилась стойкая положительная клиническая динамика туберкулезного процесса.

Выводы: применение ЛПФ во фтизиатрии позволяет сократить период восстановления химиотерапии у больных токсическим гепатитом; улучшить переносимость химиотерапии у впервые заболевших туберкулезом; значительно сократить сроки конверсии мазка как у впервые заболевших, так и у пациентов с рецидивом заболевания; улучшить результаты лечения устойчивых форм туберкулеза; повысить эффективность лечения у больных с обширными легочными процессами

(казеозной пневмонии); снизить как общую, так и послеоперационную летальность, сократить сроки предоперационной подготовки и улучшить результаты хирургического лечения фтизиатрических пациентов.

Для обеспечения высокой эффективности лечения, процедура лечебного плазмафереза рекомендуется как часть лечебного процесса фтизиатрических пациентов, как в стационаре, так и в поликлинике (дневные стационары), наряду с контролируемой химиотерапией.

## 87

### НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ташпулатова Ф.К<sup>1</sup>, Абдуллаев М.А<sup>2</sup>, Тарасова Н.В<sup>2</sup>  
Ташкентский педиатрический медицинский институт<sup>1</sup>, г. Ташкент, Узбекистан  
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии<sup>2</sup>, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить неспецифическую реактивность организма у больных деструктивным туберкулезом легких (ДТЛ) по методу Гаркави Л.Х., (1991).

Материал и методы: Обследовано 308 больных с ДТЛ. Адаптационные реакции (АР) определяли согласно Гаркави Л.Х.: выделяли реакцию стресса (РС), реакцию тренировки (РТ), реакцию активации (РА) и реакцию периактивации (РП).

Результаты: У больных ДТЛ наиболее часто встречается реакция стресса (45,4±2,8%). Следует отметить, что наибольшая частота РС выявлена у больных с казеозной пневмонией (60,9±10,1%) и с фиброзно-кавернозным туберкулезом (56,4±7,9%). В то же время у больных с инфильтративным туберкулезом легких РС составила (43,5 ±3,5%, диссеминированным туберкулезом (37,5±9,8%) и при кавернозном (36,4±10,2%; p<0,05). Полноценные реакции РА и РТ в основном встречались у больных при инфильтративном туберкулезе (9±2,0% и 23±3,0% соответственно). В процессе терапии отмечено увеличение частоты РА и РТ до 22±3,0% и 38±3,4%. У больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом частота РТ и РА составила – 15,4±5,8% и 5,1±3,3% соответственно. При казеозной пневмонии до лечения не встречались больные с реакциями РА и РТ. В результате комплексной терапии отмечено незначительное увеличение частоты реакций адаптации и тренировки.

Выводы: У больных с ДТЛ имеется разница в частоте и характере реакций адаптации в зависимости от клинических форм туберкулеза легких, что можно использовать как прогностический критерий в оценке тяжести процесса.