

**Организационные и эпидемиологические особенности медицинского обеспечения предприятий оборонно-промышленного комплекса Украины в современных условиях**

**И. Л. ЧЕРКАСЕНКО, В.Г. КАРАСИК, Н.И. ХИЖНЯК, Л.А. УСТИНОВА**

*В тезисах на основе углубленного ретроспективного анализа изучено современное состояние оборонно-промышленного комплекса Украины и выявлены особенности структуры заболеваемости рабочих предприятий оборонно-промышленного комплекса в современных условиях.*

**Ключевые слова:** *заболеваемость, оборонно-промышленный комплекс, медицинское обеспечение*

**Modern organizational and epidemiological peculiarities of medical support at the facilities of defence and industrial complex of Ukraine**

**I.L. CHERKASENKO, V.G. KARASYK, M.I. KHYZHNYAK, L.A. USTINOVA**

*The modern situation with Defence and Industrial complex of Ukraine was studied and peculiarities of morbidity structure among the workers were defined in the thesis based on in-depth retractive analysis.*

**Key words:** *morbidity, Defence and Industrial complex, medical support*

УДК:616.24-002.5-085.281-06:616.36]-084

**Сучасні технології профілактики побічних реакцій на хіміотерапію хворих на туберкульоз легень**

**О.І. ЧОПОРОВА, О.С. ШЕВЧЕНКО,  
Ю.М. ПАШКОВ, А.Л. СТЕПАНЕНКО**

*м. Харків*

*Проведена оцінка частоти і характеру побічних реакцій на хіміотерапію у 154 хворих на вперше діагностований туберкульоз легень при застосуванні глутаргіну, магнітолазеротерапії та їх комбінації в комплексному лікуванні. Комплексне використання глутаргіну з МЛТ протягом перших 1–2 місяців поліхіміотерапії хворих на туберкульоз легень сприяє зниженню частоти і тяжкості гепатотоксичних і побічних реакцій іншого походження. Курс глутаргіну зменшує ознаки клініко-лабораторних побічних реакцій, курс МЛТ зменшує кількість алергічних реакцій, у тому числі, виразність ознак токсико-алергічних реакцій.*

**Ключові слова:** *туберкульоз легень, хіміотерапія, побічні реакції, глутаргін, магнітолазеротерапія*

Наріжним каменем ефективності протитуберкульозної хіміотерапії є розвиток побічних реакцій (ПР) [8, 9]. Значна частина ПР мають токсичний характер [8]. Тривалі і часті перерви у лікуванні, пов'язані з

непереносимістю поліхіміотерапії, особливо протягом перших двох місяців лікування, збільшують його строки, у третини хворих викликають загострення туберкульозу, при цьому ефективність лікування знижується у 2,5–4,2 рази, а частота рецидивів збільшується у 2,7–5,8 рази у порівнянні з хворими, які добре перенесли лікування [1, 2, 4].

Значну групу складають ПР токсичного походження, обумовлені тяжкістю туберкульозного процесу, вихідним функціональним станом органів і систем, які відповідають за його метаболізм, дозою, продуктами розпаду протитуберкульозних препаратів (ПТП) і вибірковістю їх дії на функцію різних органів, викликаючи або подразливу і некротичну дію на внутрішні органи, або пряму фармакологічну дію на обмінно – ферментативні процеси [3, 8]. Відносно новою групою гепатопротекторів є препарати на основі біологічно активних сполук – амінокислот [1, 4]. Глутаргін є перспективним щодо використання як монопрепарат, так і у комплексі з деякими гепатотропними препаратами [1, 4]. Повідомляється про його застосування з лазеротерапією, зокрема при вірусному гепатиті [2].

**Мета дослідження** – визначити частоту розвитку і характер ПР на хіміотерапію хворих на вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ) легень при застосуванні глутаргіну і магнітолазеротерапії та їх комбінації.

У дослідження були включені 154 хворих на ВДТБ легень віком від 15 до 72, у середньому –  $38,3 \pm 1,1$  років, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Обласному протитуберкульозному диспансері № 1, м. Харків. У дослідження не включали хворих із вірусним гепатитом в анамнезі, Hbs-Ag у крові, із захворюваннями шлунково-кишкового тракту у фазі загострення, нестабільною стенокардією, серцевою недостатністю. Для одержання репрезентативних даних відбір хворих проводився методом випадкової вибірки. Обстежені хворі були розподілені на чотири групи – I група (46 осіб), II група (38 осіб), III група (27 осіб), IV група (43 особи), рандомізовані за віком, статтю та характером патологічного процесу в легенях.

Домінуючою формою туберкульозу у групах спостереження була інфільтративна (92,5–97,6% хворих). Бактеріовиділення мало місце у  $56,5 \pm 7,3\%$  –  $70,3 \pm 8,7\%$  хворих. Усі хворі отримували стандартизовану антимікобактеріальну терапію згідно з чинними наказами МОЗ України [5, 6]. У I і II групах хворих до базисної терапії додатково призначали глутаргін по 30–40 мл 4% розчину внутрішньовенно крапельно 1 раз на добу протягом 3–5 днів поспіль, потім дозу знижували до 15–20 мл 4% розчину ще 2–3 доби, а потім переходили на пероральне вживання препарату за схемою: по 0,5 г 3 рази на добу – 2 тижні, по 0,25 г 3 рази на добу – 1 тиждень. II і III групи хворих отримували курс стабільно-контактного низькоінтенсивного інфрачервоного випромінювання

( $\lambda=0,89$  мкм) у імпульсному режимі, а також світлодіодним випромінюванням ( $\lambda=0,85$  мкм) у безперервному режимі генерації апарату «Мілта» з середньою ефективною потужністю до 10 мВт та індукцією магнітної насадки не менше 20 мТл. Сеанси магнітолазеротерапії проводились у першій половині доби щодня. Тривалість однієї процедури у проекції печінки становила 4,5 хвилини, над ліктьовою веною – 10–15 хвилин. У IV групі проводилась виключно загальноприйнята терапія, яка додатково включала застосування карсілу, силібору у середньотерапевтичних дозах.

Проведений аналіз переносимості протитуберкульозної терапії у вищезгаданих чотирьох групах хворих на наявність токсичних, алергічних токсико-алергічних побічних реакцій (табл. 1). У IV групі хворих протягом 6 місяців лікування найбільш частим видом побічних реакцій були токсичні (у 46,5% хворих), тоді як алергічні і токсико-алергічні зустрічались відповідно у 18,6% і 20,9% хворих (табл. 1). Це відповідає даним літератури [7]. Кількість токсичних реакцій у I і II групах були меншою (у 1,7 рази ( $p<0,05$ ) і 1,9 рази ( $p<0,05$ ), відповідно), ніж у IV групі, тоді як у 3-ій групі – лише у 1,5 рази. Токсико-алергічних реакцій у II групі було у 2,6 рази ( $p<0,001$ ) менше, тоді як у I і III групах їх кількість була відносно меншою, ніж у IV групі. Алергічних реакцій при курсі МЛТ було найменше серед основних груп лікування (у 7,4% хворих), що у 2,5 рази ( $p<0,05$ ) менше, ніж у IV групі.

В цілому серед 154 хворих ПР на основні ПТП відмічались у 92 (59,7%) хворих, з-поміж яких ПР вдалось усунути у 91,3% хворих, неусувні ПР були у 8 (5,19%). З 8 хворих з неусувними ПР у 4 проявлялись медикаментозним гепатитом, у 1 – лейкомоїдною реакцією, у 1 – зниженням слуху та зору, у 1 з алергічними реакціями з ураженням шкірних покривів, у 1 – тяжкими нейротоксичними проявами. З-поміж 8 неусувних реакцій 6 (75%) випадків належали хворим IV групи.

При розвитку алергічних і токсико-алергічних реакцій встановлення причинного фактору, як правило, не було складним, так як за їх розвиток відповідає один хіміопрепарат. Як за даними літератури [8], так і по результатам нашого дослідження, алергічні реакції у більшості випадків пов'язані з призначенням стрептоміцину, токсико-алергічних – рифампіцину. Результати аналізу частоти ПР серед усіх хворих показали, що ПР на стрептоміцин були у 12,3% хворих, рифампіцин – у 20,7% хворих, ізоніазид – у 15,5% хворих, набагато менше – на піразинамід (у 4,54% хворих) і етамбутол (у 0,64% хворих).

У IV групі побічні реакції протягом 6 місяців лікування виникли у 37 (86,0%) хворих – у 11 жінок і у 26 чоловіка. Більшість ПР на 1-му місяці лікування були токсичного характеру. За перші 2 місяці лікування ПР розвинулись у 30 (69,7%) осіб і мали виражений характер. ПР з боку печінки розвинулись у 15 (34,8%) хворих, реакції з боку інших органів –

у 14 (32,5%) хворих (табл. 2), серед яких кардіотоксичні – у 4 (28,5%) осіб, нейротоксичні – у 8 (57,1%) осіб, з боку шлунково-кишкового тракту – у 2 (14,2%) осіб, ототоксичні – у 1 (7,14%) особи.

При токсичних реакціях хворі IV групи пред'являли скарги на нудоту, блювоту, нездужання, диспепсію, виражений головний біль та головокружіння, біль у серці, крупних суглобах, епігастрії і правому підбер'ї, серцебиття, зниження слуху і гостроти зору.

Таблиця 1

**Типи і терміни розвитку всіх побічних реакцій при різних схемах лікування, крім медикаментозного гепатиту**

Групи	Типи побічних реакцій	Кількість хворих абс /%	Строки розвитку (у місяцях)						Задовільна переносимість
			1	2	3	4	5	6	
I n=46	Токсичний	12 (26,0±6,4)*	5	4	3	-	-	-	
	Алергічний	7 (15,2±5,2)	3	1	1	2	-	-	
	Токсико-алергічний	6 (13,0±4,9)	3	2	1	-	-	-	
	Всього	25 (54,3±7,3)	11	7	5	2	-	-	
II n=38	Токсичний	9 (23,6±6,8)*	2	3	3	1	-	-	
	Алергічний	5 (13,1±5,4)	2	1	2	-	-	-	
	Токсико-алергічний	3 (7,8±4,3)*	1	1	1	-	-	-	
	Всього	17 (44,7±8,0)	5	5	6	1	-	-	
III n=27	Токсичний	8 (29,6±8,7)	4	3	-	1	-	-	
	Алергічний	2 (7,4 ±5,0)*	1	-	1	-	-	-	
	Токсико-алергічний	3 (11,1±6,0)	1	1	1	-	-	-	
	Всього	13 (48,1±9,6)	6	4	2	1	-	-	
IV n=43	Токсичний	20 (46,5±7,6)	8	7	4	1	-	-	
	Алергічний	8 (18,6±5,9)	3	5	-	-	-	-	
	Токсико-алергічний	9 (20,9±6,2%)	6	2	1	-	-	-	
	Всього	37 (86,0±5,3)	17	14	5	1	-	-	

*Примітка.* \* –  $p < 0,05$  – достовірність різниці відносно контролю (IV група).

При алергічних реакціях відмічена еозинофілія (від 8,0 до 15,0%) тривалістю від 2-х тижнів до 2 місяців. При цьому, у 5 хворих спостерігався свербіж шкіри, який поєднувався зі шкіряним дерматитом і гіперемією шкіри у 3 осіб. У однієї хворої відмічена лейкомоїдна реакція на 1-му місяці лікування поряд зі свербіжем шкіри і пастозністю обличчя. Токсико-алергічні реакції були у 9 (20,9%) хворих, причому у 5 хворих – негепатотоксичного походження, з комбінацією сверблячки,

гіперемії та дерматиту шкіри, диспепсії, артралгії, головного болю та у епігастрії і підвищенням артеріального тиску.

Таблиця 2

**Розподіл хворих за походженням і типом побічних реакцій, крім медикаментозного гепатиту (абс /%)**

Група/ кількість хворих	Печінкові побічні реакції		Токсичні реакції іншого походження <sup>^</sup>		Всього
	токсичні	токсико-алергічні	токсичні	токсико-алергічні	
I група (n=46)	<u>7</u> 15,2±5,2	<u>2</u> 4,34±3,00	<u>5</u> 10,8±4,5*	<u>4</u> 8,7±4,1	<u>18</u> 39,1±7,1*
II група (n=38)	<u>4</u> 10,5±4,9*	<u>1</u> 2,63±2,5*	<u>5</u> 13,1±5,4	<u>2</u> 5,2±3,6	<u>12</u> 31,5±7,5*
III група (n=27)	<u>4</u> 14,8±6,8	<u>1</u> 3,7±3,6	<u>4</u> 14,8±6,8	<u>2</u> 7,4±5,0	<u>11</u> 40,7±9,4*
IV група (контроль) (n=43)	<u>11</u> 25,5±6,6	<u>4</u> 9,3±4,4	<u>9</u> 20,9±6,2	<u>5</u> 11,6±4,8	<u>29</u> 67,4±7,1

**Примітки:**

\* –  $p < 0,05$  – достовірність різниці відносно групи контролю.

<sup>^</sup> – побічні реакції з боку шлунково-кишкового тракту, нервової, серцево-судинної систем.

У хворих I групи, які отримували глутаргін, ПР виникли у 25 (54,3%) осіб – у 9 жінок і у 16 чоловіків. Протягом 1-го місяця лікування зареєстровано у 1,5 рази менше ПР, ніж у IV групі (табл. 1). Гепатотоксичні реакції і токсичні реакції з боку інших органів відмічали в обох випадках у 9 (19,5%) хворих (табл. 2). Серед останніх на 1-ому місяці: у 1 випадку токсична реакція на стрептоміцин у вигляді хиткої ходи, у 4 випадках – на ізоніазид (серцебиття і алергічних реакцій), ще у 4 випадках – токсико-алергічна реакція на рифампіцин та ізоніазид у вигляді зниження / підвищення артеріального тиску, шкіряної сверблячки та дерматиту, болю у епігастрії, оніміння шкіри рук, гіперемії склер та помірної еозинофілії. Алергічні реакції проявлялися гіперемією і сверблячкою шкіри, деколи з еозинофілією від 7,0 до 11,0% протягом 1-го місяця у 7 (15,2%) хворих, серед яких реакції на піразинамід – у 3 осіб, у 4 осіб – на ізоніазид. Для усунення реакцій у 3 з 7 пацієнтів були призначені антигістамінні засоби.

У хворих III групи ПР лікування виникли у 13 (48,1%) осіб – у 6 жінок і у 7 чоловіків. За 2 місяці лікування побічні реакції відмічені у 10 (37,0%) осіб, що у 2,3 рази ( $p < 0,05$ ) менше, ніж у IV групі. ПР гепатотоксичного

характеру були у 5 (18,5%) хворих. Токсичні реакції з боку інших органів відмічені на 1-ий місяць лікування у 6 (22,2%) хворих у вигляді головокружіння, головного болю, болю в епігастрії, порушення сну, диспепсичних розладів, нудоти, блювоти. Виникнення цих реакцій було пов'язано із застосуванням ізоніазиду, набагато рідше – рифампіцину. Кількість алергічних реакцій у III групі була на 43,5% і 51,3% менша, ніж у II і I групах, відповідно. У 2 (7,4%) хворих – на ізоніазид: у 1 випадку – на 1-й місяць з дерматитом і помірною еозинофілією до 8,0% протягом 2 тижнів, у іншому – на 3-ій місяць у вигляді дерматиту.

У хворих II групи ПР виникли у 17 (44,7%) осіб – у 6 жінок і у 11 чоловіків, що у 1,9 рази ( $p < 0,05$ ) менше, ніж у IV групі, відносно інших груп ця різниця була не суттєвою. ПР гепатотоксичного характеру були у 5 ( $13,1 \pm 5,5\%$ ) хворих, серед яких токсичних реакцій було у 2,4 рази ( $p < 0,05$ ) менше, а токсико-алергічних – у 3,5 рази ( $p < 0,01$ ) менше, ніж у IV групі (табл. 2). У 7 (18,4%) осіб відмічені токсичні реакції з боку інших органів: у 4 випадках – на 3-ій місяць лікування на ізоніазид і рифампіцин у вигляді нудоти, диспепсії, головного болю, головокружіння, зниження артеріального тиску, болю у серці і артралгії великих суглобів; у трьох – на стрептоміцин на 1-й місяць лікування (шуму у вухах, погіршення слуху). Алергічні ПР у 5 (13,1%) хворих (шкірні висипання, свербіж, лихоманка) були короткочасними і перебігали легко. Майже у всіх хворих була помірна еозинофілія (до 11%).

Окрема увага нами приділена оцінці проявам гепатотоксичних ПР. Були окремо розглянуті виражені клініко-біохімічні ознаки ПР; виключно клінічні їх прояви; інAPERцептні (незначні і транзиторні зсуви біохімічних показників) та прояви ПР по типу гострого чи підгострого медикаментозного гепатиту. Аналіз перших двох, найбільш частих варіантів гепатотоксичних реакцій, представлений у табл. 3.

Погана переносимість хіміотерапії (з клінічними ознаками, і у поєднанні з лабораторними ознаками ураження печінки) у I, II, III групах виявлена, відповідно, у 1,7; 2,5 і 1,8 разів ( $p < 0,05$ ) рідше, ніж у IV групі (табл. 3).

Аналіз характеру клінічних ознак ураження печінки дозволив встановити, що у IV групі різні клінічні симптоми ураження печінки зустрічались з різною частотою, але, в цілому, частіше, ніж в основних групах. Виявилось, що лікування у II групі було відносно більш ефективним щодо зменшення випадків гепатомегалії у 1,3 рази ( $p < 0,05$ ), нудоти у 1,3 рази ( $p < 0,05$ ) і диспепсії у 2,2 рази ( $p < 0,05$ ), головокружіння у 2,6 рази ( $p < 0,05$ ), свербіжу шкіри у 3,5 рази ( $p < 0,05$ ), ніж у контролі. Лікування глутаргіном виявило більшу роль у зменшенні болісності у правому підребер'ї у 3,2 рази ( $p < 0,01$ ), гіркоти у роті, іктеричності склер (вони відсутні). МЛТ виявилась ефективною відносно попередження випадків нудоти, диспепсії у 2,0 рази ( $p < 0,05$ ), головного болю у 2,3 рази ( $p < 0,05$ ), загального нездужання (астенії), алергічних шкірних реакцій (вони відсутні).

**Розподіл хворих за сприйняттям лікування (залежність лабораторних зсувів від наявності клінічних симптомів ураження печінки, крім медикаментозного гепатиту), (абс/%)**

Група/ кіль- кість хворих	Переносимість погана			Переносимість задовільна		
	Кількість хворих	З лабора- торними зсувами	Без лабора- торних зсувів	Кількість хворих	З лабора- торними зсувами	Без лабора- торних зсувів
I (n=46)	<u>9</u> 19,5±5,8*	<u>7</u> 77,7±13,8	<u>2</u> 22,2±13,8	<u>37</u> 80,4±5,8*	<u>5</u> 13,5±5,6	<u>32</u> 86,4±5,6
II (n=38)	<u>5</u> 13,5±5,5*	<u>3</u> 60,0±21,9	<u>2</u> 40,0±21,9	<u>33</u> 86,8±5,4*	<u>3</u> 9,09±5,0	<u>31</u> 90,9±5,0
III (n=27)	<u>5</u> 18,5±7,4*	<u>4</u> 80,0±17,8	<u>1</u> 20,0±17,8	<u>22</u> 81,4±7,4*	<u>3</u> 13,6±7,3	<u>19</u> 86,3±8,3
IV (n=43)	<u>15</u> 34,8±7,2	<u>10</u> 66,6±12,1	<u>5</u> 33,3±12,1	<u>28</u> 65,1±7,2	<u>4</u> 14,2±6,6	<u>24</u> 85,7±6,6
Всього	<u>34</u> 22,0±3,3	<u>24</u> 70,5±7,8	<u>10</u> 29,4±7,8	<u>120</u> 77,9±3,3	<u>16</u> 13,3±3,0	<u>104</u> 86,6±3,0

**Примітка:**

\* –  $p < 0,05$  – достовірність різниці відносно групи контролю (IV група).

Найчастіше медикаментозні гепатити були виявлені у хворих IV групи (4,65%), у I і III групах вони були поодинокими (відповідно у 3,7% і 2,17% хворих), тоді як у II групі його не виявлено.

Таким чином, комплексне використання глутаргіну з МЛТ протягом перших 1–2 місяців поліхіміотерапії хворих на туберкульоз легень сприяє зниженню частоти і тяжкості гепатотоксичних і побічних реакцій іншого походження. Курс глутаргіну додатково зменшує ознаки клініко-лабораторних побічних реакцій, курс МЛТ зменшує кількість алергічних реакцій, у тому числі виразність ознак токсико-алергічних реакцій.

**Висновки**

1. Токсичні реакції є домінуючим типом побічних реакцій протягом протитуберкульозної терапії (у 46,5% хворих), алергічні і токсико-алергічні – у 18,6% і 20,9% хворих, відповідно.

2. Одночасне включення до комплексного лікування курсу глутаргіну з магнітолазеротерапією зменшує кількість токсико-алергічних реакцій у 2,6 рази ( $p < 0,05$ ), токсичних реакцій у 1,9 рази, алергічних реакцій у 1,4 рази, попереджує виникненню ознак клінічних і клініко-лабораторних реакцій з боку печінки.

3. Застосування курсу глутаргіну зменшує кількість токсичних реакцій у 1,7 рази ( $p < 0,05$ ), зменшує ознаки клініко-лабораторних побічних реакцій. Включення до схеми лікування магнітолазеротерапії

зменшує частоту алергічних реакцій у 2,5 рази ( $p < 0,05$ ), виразність ознак токсико-алергічних реакцій, у тому числі, з боку печінки.

### Література

1. Бабак О.Я. Перспективы применения нового отечественного препарата глутаргина в гастроэнтерологии [Текст] / О.Я. Бабак // Глутаргин: применение нового украинского препарата в клинической практике [пособие для практических врачей]. – Киев; Харьков; Луганск: Элтон-2, 2003. – 196 с.
2. Джоган М.Ю. Комплексное применение глутаргина и ВЛОК в терапии больных с тяжелым течением вирусных гепатитов [Текст] / М.Ю. Джоган, В.И. Матяш, В.Ю. Хиль // Досягнення та перспективи використання вітчизняного препарату глутаргін в клініці внутрішніх хвороб: зб. наук. праць наук.-практ. конф. – Харків, 2005. – С. 268.
3. Маслаускене Т.П. Побочное действие противотуберкулезных препаратов [Текст] / Т.П. Маслаускене, С.В. Николаева // Сибирский медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 13–19.
4. Невойт Г.В. Оцінка ефективності препаратів L-аргініну на прикладі глутаргіну та цитраглініну в терапії хворих на хронічний токсичний гепатит [Текст] / Г.В. Невойт // Вісн. Укр. мед. стомат. академії. – 2003. – № 1. – С. 56–58.
5. Наказ МОЗ України від 9.06.2006 р. № 385 «Про затвердження інструкцій щодо надання допомоги хворим на туберкульоз» / МОЗ України. – 27 с.
6. Наказ МОЗ України від 9.06.2006 р. № 384 «Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на туберкульоз» / МОЗ України. – 86 с.
7. Реєстрація побічних реакцій протитуберкульозних препаратів при лікуванні хворих на туберкульоз [Текст] / Ю.І Фещенко, С.О. Черенько, Н.П. Красільнікова [та інші] // Укр. пульм. журн. – 2008. – № 4. – С. 8–13.
8. Чуканов В.И. Частота и характер побочных реакций при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда [Текст] / В.И. Чуканов, Г.О Каминская, Э.Левчане // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2004. – № 10. – С. 6–10.
9. Treatment of tuberculosis : guidelines for national programmes [Third edition]. / Geneva, WHO. – 2003. – 108 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.who.int/tb/publications/cds\\_tb\\_2003\\_313/en/](http://www.who.int/tb/publications/cds_tb_2003_313/en/).

### Современные технологии профилактики побочных реакций на химиотерапию больных туберкулезом легких

**А.И. ЧОПОРОВА, О.С. ШЕВЧЕНКО, Ю.М. ПАШКОВ, А.Л. СТЕПАНЕНКО**

*Проведена оцінка частоти і характеру побічних реакцій на химиотерапію 154 хворих вперше діагностованим туберкулезом легких при використанні глутаргіну, магнітолазеротерапії і їх комбінації в комплексному ліченні. Комплексне використання глутаргіну з магнітолазеротерапією на протязенні 1–2 місяців поліхимиотерапії хворих туберкулезом легких сприяє зниженню частоти і тяжкості гепатотоксических і побічних реакцій иного походження. Курс глутаргіну зменшує кількість алергічесеских реакцій, в том числі, вираженість ознак токсико-алергічесеских реакцій.*

**Ключевые слова:** туберкулез легких, химиотерапия, побочные реакции, глутаргин, магнітолазеротерапія



**Advanced technology of side reactions prevention to chemotherapy  
at patients with tuberculosis of lungs**

**A.I. CHOPOROVA, O.S. SHEVCHENKO, Yu.M. PASHKOV, A.L. STEPANENKO**

*The estimation of frequency and character of side reactions to chemotherapy at 154 patients suffered from newly diagnosed tuberculosis of lungs at application of glutargin and magnitotherapy and their combinations in complex treatment were provided. Complex administration of glutargin with magnitotherapy throughout the first 1–2 months of polychemotherapy patient with tuberculosis of lungs decrease of frequency and gravity of hepatotoxic and other origin side effects. The course of glutargin reduces signs of clinico-laboratory side reactions, course magnitotherapy reduces quantity of allergic reactions, manifestation of toxic-allergic reactions.*

**Keywords:** tuberculosis of lungs, chemotherapy, side effects, glutargin, magnitotherapy

УДК: 616.36-002.2-022.6-055.26-036.22:618.3](571.16)|450|

**Эпидемиологическая характеристика  
хронических вирусных гепатитов В и С у беременных женщин  
в Томской области за 2000-2009 гг.**

**К.И. ЧУЙКОВА, Т.А. КОВАЛЕВА, Е.А. АЛЕКСЕЕВА**

*г. Томск, Россия*

*Проведено изучение частоты выявления маркеров вирусов гепатитов В и С у беременных женщин в Томской области в 2000–2009 гг., а также исследование ПЦР у 104 беременных женщин с хроническими вирусными гепатитами В и С. Установлено, что распространенность HBsAg снизилась с 1,7–2,1% до 1,0%, распространенность антител к вирусу гепатита С повысилась от 3,7% до 5,2–5,3%. В III триместре беременности репликация вирусов гепатита В определялась у 78,9% женщин, вируса гепатита С – у 72,3%.*

**Ключевые слова:** хронические вирусные гепатиты В и С, беременные женщины, эпидемиология

Томская область и город Томск характеризуются высокой заболеваемостью хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) В и С и латентными формами инфекции [3, 4, 5, 6]. Наиболее высокие проценты заболеваемости ХВГ приходятся на возраст 20–29 лет (37,2%), 30–39 лет (32%), доля лиц 40–49 лет – 9,6%, 15–19 лет – 3,4% [6]. Высокая распространенность ХВГ среди лиц молодого, наиболее репродуктивного возраста, может способствовать дальнейшей активизации полового пути передачи возбудителей этих инфекций, более интенсивной перинатальной передаче вирусов гепатитов В и С.