

При вивченні рентгенологічної картини встановлено переважно ураження верхніх часток або всієї легені (93 %). На відміну від даних зарубіжних авторів, що визначають переважно нижньочасткове ураження легень, в наших спостереженнях інфільтративний процес локалізувався в нижньоверхівковому сегменті лише у 2 (7 %) хворих.

У 14 (54 %) пацієнтів виявлено розпад легеневої тканини. У 14 (54 %) хворих в мокротинні були виявлені мікобактерії туберкульозу, з них у 10 (71 %) виділені стійкі до ліків штами МБТ. Монорезистентність (до ізоніазиду або стрептоміцину) зустрічалася у 21 %, полірезистентність – у 50 % (в тому числі мультирезистентність – у 21 % хворих).

Протитуберкульозні препарати призначалися за стандартними схемами, при необхідності з індивідуалізацією. Фаза інтенсивного лікування становила 3 міс. За показаннями призначали патогенетичну терапію, симптоматичні засоби. Специфічна антиретровірусна терапія не проводилася. Ефективність лікування оцінювалася у 14 хворих, що лікувалися більше 2-ох місяців. Інші 12 хворих залишили стаціонар самовільно, і були виписані за порушення режиму. Припинення бактеріовиділення наступило у 3 (21 %) з 11 хворих, закриття порожнин розпаду вдалося домогтися у 3 (21 %) з 9 хворих з деструкцією. Виписалися з погіршенням стану 10 (78 %) хворих. У 3 хворих ВІЛ-інфекція перейшла в термінальну стадію, тобто СНІД, що привело до їх смерті. Лікування виявилось ефективним лише у 4 хворих на малі форми туберкульозу: двох хворих на вогнищевий туберкульоз і двох – на обмежений інфільтративний туберкульоз легень без бактеріовиділення.

ВИСНОВКИ 1. Серед контингенту хворих на туберкульоз, який поєднаний з ВІЛ-інфекцією, переважають особи чоловічої статі (85 %) у віці до 40 років (81 %), безробітні (81 %), що раніше перебували в місцях позбавлення волі (39 %). Основною супутньою патологією у них були наркоманія (50 %) та гепатит В і С (27 %).

2. У більшості (69 %) пацієнтів ВІЛ-інфекція виявлена вперше в протитуберкульозному закладі, у зв'язку з чим варто узаконити обстеження хворих на туберкульоз на ВІЛ/СНІД.

3. В структурі туберкульозу переважав інфільтративний туберкульоз (69 %), більш ніж у половині випадків (54 %) з розпадом і бактеріовиділенням. 71 % хворих виділяли стійкі до ліків штами МБТ, з них у 21 % встановлена полірезистентність МБТ до 4-х і більше протитуберкульозних препаратів.

4. Ефективність лікування хворих із поєднаною патологією була низькою: припинення бактеріовиділення та закриття порожнин розпаду було досягнуто лише у 21 % хворих, що дозволяє нам рекомендувати удосконалення режимів хіміотерапії й організаційних форм лікування, а також спеціальної підготовки персоналу для роботи із цими хворими.

5. Швидке зростання кількості ВІЛ-інфікованих, які відносяться до групи високого ризику захворювання на туберкульоз, вимагає уваги до проблеми виявлення туберкульозу в цій групі. Зростання кількості ВІЛ-інфікованих серед контингентів протитуберкульозних закладів вимагає строгого дотримання протиепідемічних заходів відносно ВІЛ-інфекції.

Література

1. Аухтун О.И., Голанов В.С., Березин И.Г., Кирбякьева Е.Н. Особенности клинической картины и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных // Пробл. туб. – 2002. - № 11. – С. 21 – 23.
2. Карачунский М.А. Туберкулез при ВИЧ-инфекции // Пробл. туб. – 2000. – № 1. – С. 47-52.
3. Мельник В.М. Туберкулез на Украине: состояние, проблемы и прогноз // Пробл. туб. - 2000. - № 5. - С. 28 – 31.
4. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В., Юрин О.Г. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / Под ред. В.В. Покровского. - М., 2000. – 180 с.
5. Семенов И.Я. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных // Пробл. туб. – 2001. - № 5. - С. 31 – 34.
6. Фролова О.П. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией: Клинико-рентгенологические и эпидемиологические аспекты // Пробл. туб. - 2002. - № 6. - С. 30 – 33.
7. Фролова О.П. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди больных ВИЧ-инфекцией в России и система мер его профилактики // Пробл. туб. - 2001. - № 5. - С. 31 – 36.
8. Narain J.B., Raviglione M.C., Kochi A. // HIV-associated tuberculosis in developing countries: epidemiology and strategies for presentation // Tubercle and Lung Disease. - 1992. - Vol. 73, № 6. -P. 311 – 323.

УДК 616-002.5-085.281.873.21-06:616-056.3

Пухлик Б.М., Зайков С.В., Тхоровський М.А., Кириченко Л.М., Кулик Л.Г.

МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ФТИЗИАТРІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ – АКТУАЛЬНА ПРОБЛЕМА ФТИЗИАТРІЇ – Вивчені деякі аспекти медикаментозної алергії у хворих на туберкульоз. Частота медикаментозної алергії у таких хворих складає 5,72–15,95 % і має тенденцію до подальшого збільшення. Наведені структура медикаментозної алергії і перелік препаратів, що найбільш часто викликають розвиток алергічних реакцій. В протитуберкульозних закладах необхідно організувати на сучасному рівні проведення профілактики, діагностики та лікування медикаментозної алергії.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ АЛЛЕРГИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА ФТИЗИАТРИИ – Изучены некоторые аспекты лекарственной аллергии у больных туберкулезом. Частота лекарственной аллергии у таких больных составляет 5,72–15,95 % и имеет тенденцию к дальнейшему увеличению. Приведены структура лекарственной аллергии и перечень препаратов, наиболее часто вызывающих аллергические реакции. В противотуберкулезных учреждениях необходимо организовать на современном уровне проведение профилактики, диагностики и лечения лекарственной аллергии.

THE DRUG ALLERGY – ACTUAL PROBLEM OF PHTHISIOLOGY – Some aspects of drug allergy in patients with tuberculosis have been studied. The rate of drug allergy in these patients makes up 5,72-15,95 % and tends to further

increase. The structure of drug allergy and a list of the drugs most frequently causing allergic reactions has been cited. In antituberculosis institutions it is necessary to organize proper prophylaxis, diagnosis and treatment of drug allergies that would meet modern requirements.

Ключові слова: туберкульоз, медикаментозна алергія, діагностика, лікування.

Ключевые слова: туберкулез, лекарственная аллергия, диагностика, лечение.

Key words: tuberculosis, drug allergy, diagnosis, treatment.

Алергічні захворювання останніми роками з багатьох причин являють собою важливу медичну, соціальну та економічну проблему. Серед різноманітності їх клінічних проявів значне місце посідає медикаментозна алергія (МА). Особливого значення вона набуває у хворих на туберкульоз, які потребують тривалої поліхіміотерапії. МА у цієї категорії хворих перешкоджає їх повноцінному лікуванню, погіршує кінцеві показники терапії, подовжує терміни пе-

ребування у стаціонарі, має негативне соціально-економічне значення [2, 3, 6].

Значна частота МА, переважання в її клінічній структурі шкірних проявів, а в спектрі медикаментозних алергенів стрептомицину, вітамінів групи В, ізоніазиду та інших похідних ГІНК у дорослих, хворих на туберкульоз, раніше наводилися нами в роботах [1-6]. Але слід підкреслити, що донині бракує даних з проблеми МА у дітей, що хворіють на туберкульоз або інфіковані МБТ. Крім того, слід очікувати погіршення ситуації відносно МА також і у дорослих хворих.

Отже, метою нашого дослідження було вивчення в порівняльному аспекті частоти, клінічної структури, спектра медикаментозних алергенів у дітей та дорослих, хворих на туберкульоз, а також у дітей, що були інфіковані МБТ.

Нами вивчена поширеність МА у 589 дорослих, у 1974 дітей, хворих на туберкульоз різної локалізації та у 895 дітей, інфікованих МБТ. Дані, які наведені на рисунку 1, показують, що поширеність МА (15,95 %) була вірогідно ви-

щою ($P < 0,01$ для обох випадків) у дорослих осіб, ніж у дітей, хворих на туберкульоз (5,72 %), та особливо інфікованих МБТ (2,68 %).

Спектр клінічних проявів МА, за даними, що наведені в таблиці 1, був достатньо широким серед всіх категорій обстежених і коливався від її тяжких системних проявів до незначного шкірного висипання. У обстежених хворих найчастіше спостерігались шкірні різноманітні зміни (55,75–71,27 %) у хворих на туберкульоз та 100,0 % у інфікованих МБТ дітей. Друге місце посіли гематологічні прояви МА (35,45 % у дітей та 9,57 % у дорослих) і третє (8,51 % у дорослих і 5,31 % у дітей) відповідно зайняли органоспецифічні ураження печінки, легень, нирок, плеври та медикаментозна лихоманка. Далі з різною частотою серед дорослих та дітей розташувались васкуліт, медикаментозна лихоманка, сироваткова хвороба, прояви медикаментозного анафілактичного шоку, які були діагностовані значно рідше ($P < 0,01$ для всіх випадків).

Частота МА серед різних контингентів хворих

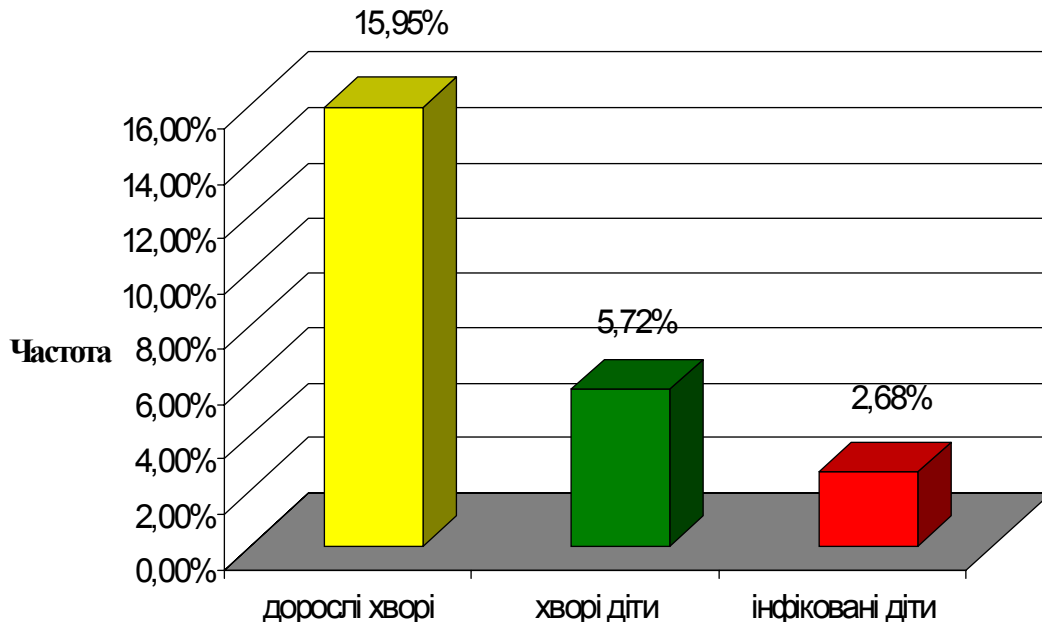


Рис. 1. Частота МА серед різних контингентів обстежених.

Таблиця 1. Структура клінічних проявів МА у хворих на туберкульоз та інфікованих МБТ дітей

№ п/п	Клінічні прояви МА	Частота клінічних проявів МА (у %)		
		у дорослих	у дітей	у інфікованих
1.	Шкірні реакції	71,27	55,75	100,0
2.	Гематологічні реакції	9,57	35,40	-
3.	Органоспецифічні ураження	8,51	1,77	-
4.	Васкуліт	5,31	0,88	-
5.	Медикаментозний анафілактичний шок	-	0,88	-
6.	Медикаментозна лихоманка	3,19	5,31	-
7.	Сироваткова хвороба	2,12	-	-
	Всього	100,0	100,0	100,0

Шкірні прояви МА у обстежених нами хворих на туберкульоз та інфікованих МБТ дітей (таблиця 2) частіше проявлялись макулопапульозним дерматитом у вигляді екзантемоподібної, скарлатиноподібної, морбіліформної, везикульозного висипання тощо (52,24 % у дорослих, 41,30 % хворих та 41,70 % випадків у інфікованих МБТ дітей), багатформної ексудативної еритеми (11,94, 4,70 та 12,50

%), кропив'янки та ангіоневротичного набряку (10,45, 39,70, 25,0 %), ізольованого свербіжжю шкіри (8,96, 11,10, 8,30 %), ексфолиативного дерматиту (7,46, 3,20, 8,30 % спостережень), відповідно. Значно рідше і лише у дорослих, хворих на туберкульоз, зустрічалися вузлова еритема (4,48 %), фіксований (2,98 %) або контактний дерматит (1,49 %).

Таблиця 2. Структура шкірних проявів МА у хворих на туберкульоз та інфікованих МБТ

№ за/п	Шкірні прояви	Частота шкірних проявів МА (у %)		
		у дорослих	у дітей	у інфікованих
1.	Макулопапульозний дерматит	52,24	41,30	41,70
2.	Багатоформна ексудативна еритема	11,94	4,70	12,50
3.	Кропив'янка та ангіоневротичний набряк	10,45	39,70	25,0
4.	Свербіж шкіри	8,96	11,10	8,30
5.	Екسفоліативний дерматит	7,46	3,20	8,30
6.	Вузлова еритема	4,48	-	4,20
7.	Фіксований дерматит	2,98	-	-
8.	Контактний дерматит	1,49	-	-
9.	Усього	100,0	100,0	100,0

Важливим питанням в алергології є з'ясування етіології МА, тобто спектра причинно-значущих алергенів, без визначення якого неможливі лікування та профілактика МА. З достатнім ступенем надійності за допомогою збирання алергологічного анамнезу, шкірного тестування з використанням прик-тесту, методу імунотермістометрії, реакції інгібіції міграції лейкоцитів з медикаментозними препаратами «винні» алергени були виявлені у більшості (88,50 %) обстежених нами дорослих та дітей з клінічними симптомами МА. В інших випадках додаткові методи дослідження дали позитивні результати на 2–3 лікарські засоби або виявилися негативними, що не дозволило нам однозначно трактувати отримані результати. При цьому важливе значення безумовно мали специфічні особливості МА (формування гіперчутливості до метаболітів медикаментозних

препаратів, різні типи імунологічних реакцій тощо) і можливо деяка недосконалість існуючих діагностичних методів. За даними, що наведені в таблиці 3, розвиток випадків МА у дорослих найбільш часто викликали ізоніазид (27,17 %), піразинамід (27,02 %) та стрептоміцин (24,30 %), у хворих на туберкульоз дітей вітаміни групи В (30,09 %), стрептоміцин (29,20 %), ізоніазид та інші похідні ГІНК (21,24 %), рифампіцин (12,39 %), а у інфікованих МБТ дітей – ізоніазид (50,0 %), полівітаміні або інші лікарські засоби (по 20,0 % спостережень). Слід підкреслити, що така висока частота МА до полівітамінів та вітамінів групи В у хворих та інфікованих МБТ дітей була не випадковою, оскільки майже у половини з них гіперчутливість до цих препаратів розвинулася ще до початку їх лікування від туберкульозу.

Таблиця 3. Етіологічна структура МА у обстежених за даними комплексного алергологічного дослідження

Назва лікарського засобу	Число позитивних результатів (у %)		
	у дорослих	у дітей	у інфікованих
Полівітаміни, вітаміни групи В	-	30,09	20,0
Стрептоміцин	24,30	29,20	-
Ізоніазид (фтивазид, метазид)	27,17	21,24	50,0
Рифампіцин	9,67	12,39	-
Етамбутол	10,90	6,19	10,0
Бета-лактамі антибіотики	-	6,19	-
Піразинамід	27,02	5,31	-
Офлоксацин	-	0,88	-
Інші засоби	8,80	1,77	20,0

Таким чином, отримані нами дані свідчать на користь значної поширеності МА серед дорослих і дітей, хворих на туберкульоз або інфікованих МБТ. Своєчасна діагностика МА до конкретних лікарських засобів дозволить адекватно корегувати комбінації хіміопрепаратів, сприяти підвищенню ефективності лікування, що, в свою чергу, повинно поліпшити епідеміологічну обстановку з туберкульозу в Україні.

ВИСНОВКИ Частота МА складає 15,95 % у дорослих, 5,72 % у дітей, що хворіють на туберкульоз, та 2,68 % у інфікованих МБТ дітей.

2. В структурі клінічних проявів МА у хворих на туберкульоз переважають шкірні та гематологічні реакції, рідше медикаментозна лихоманка та органоспецифічні ураження.

3. Серед шкірних проявів МА переважають макулопапульозний дерматит, кропив'янка та ангіоневротичний набряк, рідше розвиваються ізолюваний свербіж шкіри та багатоформна ексудативна еритема.

4. Основними етіологічними чинниками розвитку МА при туберкульозі у дорослих є ізоніазид, піразинамід та стрептоміцин, у хворих дітей – вітаміни групи В, стрептоміцин, ізоніазид та інші похідні ГІНК, у інфікованих МБТ ді-

тей – ізоніазид та інші похідні ГІНК, полівітаміни та вітаміни групи В.

5. В протитуберкульозних закладах необхідно організувати на сучасному рівні профілактику, діагностику та лікування МА.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зайков С.В. Біофізичні методи дослідження в протитуберкульозних закладах: Автореф. дис... д-ра мед. наук. – К., 1995. – 48 с.
2. Корицька І.В. Алергологічний кабінет у протитуберкульозному закладі: Автореф. дис... канд. мед. наук. – К., 1994. – 15 с.
3. Пухлик Б.М. Лекарственная аллергия. – К.: Здоров'я, 1989. – 96с.
4. Пухлик Б.М., Мзайек В., Зайков С.В. Клинико-иммунологические особенности лекарственной аллергии у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 1991. – №6. – С. 46–47.
5. Пухлик Б.М., Мзайек В., Зайков С.В. Лекарственная аллергия у больных туберкулезом легких // Проблемы туберкулеза. – 1991. – №4. – С. 76-78.
6. Пухлик Б.М., Тхоровський М.А., Горбатюк І.М., Русанова В.Б. Проблема лікарської алергії у хворих на туберкульоз // Укр. пульмонол. журн. – 2002. – № 1. – С. 47–51.