

# ПРИМЕНЕНИЕ РЕАМБЕРИНА ПРИ ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

*Гельберг И.С., Вольф С.Б., Суханов Д.С., Авласенко В.С.,  
Шейфер Ю.А.*

УО «Гродненский Государственный медицинский университет»  
УО Медицинская академия им. Мечникова, Санкт-Петербург,  
Российская федерация

Актуальность. В настоящее время в лечении больных туберкулезом используется полихимиотерапия с одновременным применением не менее 4-х противотуберкулезных препаратов (ПТП), а при наличии множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) – 5 и более ПТП, при этом каждый из них является антиметаболитом, а для макроорганизма - ксенобиотиком. У пациентов с МЛУ МБТ приходится использовать препараты резерва, которые в целом менее активны и более токсичны, чем основные. Все это приводит к повышению частоты нежелательных побочных реакций (НПР) на ПТП.

Реамберин является комплексным препаратом, обладающим антиоксидантным, антигипоксическим эффектом, стимулирует окислительные процессы, с эффектом, используется при ряде заболеваний (сепсис и др.)

Цель. Оценка клинической эффективности, переносимости реамберина больными туберкулезом и его влияния на показатели функции печени в условиях полихимиотерапии.

Материал и методы. Обследовано 257 больных туберкулезом органов дыхания, находившихся в стационарах ГОКЦ «Фтизиатрия». Мужчин было 205 (79,8%), женщин – 52 (20,2%). В возрасте до 30 лет находилось 22 пациента (8,6%), 30-49 лет- 143 (55,6%), 50 лет и старше – 92 (35,8%). Преобладают пациенты с инфильтративным – 140 человек (54,5%), фиброзно-кавернозным- 51 (19,8%) туберкулезом, реже с ограниченными формами (очаговый, туберкулема, кавернозный) – 27 (10,5%), диссеминированным – 30 (11,7%), прочие – 9 (3,5%). Отмечается высокая частота бактериовыделения – у

227 (88,3%), в том числе МЛУ МБТ – 166 (73,1% к общему числу бактериовыделителей). Наличие полости распада в легких выявлено у 176 (68,5%). Химиотерапия проводилась согласно существующих протоколов: 4 ПТП получало 67 пациентов (26,1%), 5 ПТП – 124 (48,2%), 6 ПТП – 57 (22,2%), более 6-ти – 9 (3,5%), т.е. большинство пациентов (73,9%) принимали 5 и более ПТП одновременно. Реамберин назначался по 400,0 1,5% раствора внутривенно, не более 90 капель в 1 минуту, 1 раз в сутки в течение 10 дней.

Переносимость реамберина была хорошей, без появления жалоб и объективных симптомов у 244 пациентов (94,94%). У 13 человек, т.е. в 5,06% возникли НПР на реамберин. У 4-х пациентов их можно отнести к аллергическим, 8 – к токсическим, 1 – к токсико-аллергическим. Аллергические реакции проявлялись в виде отека Квинке (1), зуда кожи (3), гиперемии и сыпи по типу крапивницы (2), бронхоспазма (1). В трех случаях реамберин отменен, в одном - лечение им продолжено. НПР токсического характера проявлялись в виде головных болей, головокружения (4), болей в нижних конечностях (1), поясничной области (зона почек), но без изменений в анализе мочи (2), со стороны ЖКТ (1). Изучено влияние реамберина на клинические проявления интоксикационного синдрома в основной группе (ОГ) пациентов с наличием МЛУ МБТ (1а n=110) и без МЛУ (2а n=43), получавших на фоне химиотерапии реамберин. Группу сравнения (ГС) составили 106 больных с МЛУ (1б) и 45 – без МЛУ (2б). Данные о частоте и сроках ликвидации проявлений интоксикации приведены в таблице 1.

Таблица 1 - Частота и сроки ликвидации проявлений интоксикации при назначении реамбирина и без него

| Наименование признака                 | пациенты с МЛУ-МБТ |        |       | пациенты без МЛУ-МБТ |        |       |
|---------------------------------------|--------------------|--------|-------|----------------------|--------|-------|
|                                       | 1а ОГ              | 1 б ГС | p     | 2 а ОГ               | 2 б ГС | p     |
| Ликвидация интоксикационного синдрома |                    |        |       |                      |        |       |
| в течение 1-го месяца                 | 49,1%              | 25,5%  | <0,05 | 60,4%                | 28,9%  | <0,05 |
| свыше 1 месяца                        | 45,5%              | 58,5%  | >0,05 | 34,9%                | 60,0%  | <0,05 |
| сохранились при выписке               | 5,5%               | 16,0%  | <0,05 | 4,6%                 | 11,1%  | <0,05 |

Из таблицы видно благоприятное действие реамберина на сроки ликвидации интоксикационного синдрома, как при наличии МЛУ МБТ, так и при ее отсутствии.

В таблице 2 представлены результаты определения показателей функции печени у пациентов с наличием МЛУ МБТ, и без нее.

Таблица 2 - Динамика показателей функции печени при химиотерапии больных туберкулезом с использованием реамберина при наличии МЛУ МБТ и без нее

| Наименование показателя                                     | До назначения реамберина | После применения реамберина | P      |
|---|--------------------------|-----------------------------|--------|
| Пациенты с МЛУ МБТ n=25 при исходно высоких показателях     |                          |                             |        |
| АСТ ед  | 80,4 ± 8,3               | 33,4 ± 4,2                  | <0,001 |
| АЛТ ед  | 69,9 ± 9,5               | 26,0 ± 4,3                  | <0,001 |
| При отсутствии МЛУ МБТ n=25 при исходно высоких показателях |                          |                             |        |
| АСТ ед  | 45,7 ± 4,5               | 28,8 ± 3,1                  | <0,05  |
| АЛТ ед  | 45,4 ± 4,5               | 28,0 ± 5,4                  | <0,05  |

Введение реамберина не повлияло на уровень билирубина и печеночных ферментов при исходно нормальных их показателях. У пациентов с исходными показателями выше нормы, после курса реамберина они достоверно снизились. Изложенное позволяет считать целесообразным применение реамберина как средства патогенетического воздействия при химиотерапии туберкулеза.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вольф, С.Б. Осложнения полихимиотерапии туберкулеза: клинико-патогенетические аспекты, прогнозирование и профилактика: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.26 / С.Б. Вольф. - Минск, 2010. - 40 с.
2. Гельберг, И.С. Коррекция нежелательных побочных реакций при лечении больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий / И.С. Гельберг, С.Б. Вольф, Д.В. Шевчук // Актуальные проблемы диагностики туберкулеза в свете стратегии «Stop TB»: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 50-летию кафедры фтизиопульмонологии, Гродно, 2011. – С. 60-61.