

С. В. Зайков, А. П. Гришило, Л. В. Веселовський
МЕДИКАМЕНТОЗНА АЛЕРГІЯ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ
ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ В ПОЄДНАННІ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика
ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»*

В останні роки набула актуальності проблема поєднання хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ) та туберкульозу легень (ТБЛ) не лише між собою, але й з медикаментозною алергією (МА).

Мета дослідження — визначення частоти, структури МА у пацієнтів з ХОЗЛ і ТБЛ та вплив побічної дії антимікобактеріальних препаратів (АМБП) на результати лікування відповідної категорії хворих.

Матеріал та методи

Проведено ретроспективний аналіз матеріалів історій хвороб 331 пацієнта з ХОЗЛ та вперше діагностованим ТБЛ, які знаходилися на лікуванні у стаціонарних відділеннях ДУ «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» в 2006–2016 рр.

Результати

Встановлено, що з 331 пацієнта з ХОЗЛ та ТБЛ у 193 (58,3 ± 2,9) % осіб мав місце розвиток тієї чи іншої побічної дії АМБП. У решти 138 (41,7 ± 1,7) % пацієнтів була відмічена задовільна переносимість ПТП. Розбіжності між показниками достовірні, при $p < 0,05$. При цьому істинні алергічні реакції (МА) на АМБП виявлені у 71 (21,5 ± 2,1) % з 331 обстеженого. Але якщо додати до числа випадків суто алергічних реакцій також реакції токсико-алергічного генезу, які мали місце у 36 (10,9 ± 1,1) % осіб, то загальна частота розвитку алергічних та токсико-алергічних реакцій збільшилася і була відзначена у 107 (32,3 ± 2,9) % пацієнтів з ХОЗЛ та ТБЛ.

Згідно з рекомендаціями фахівців фармаконагляду України, клінічні прояви МА слід диференціювати за ступенем їх тяжкості. До легкого ступеня (свербіння шкіри, гостра кропив'янка, ізольована еозинофілія) нами було віднесено 49 (69,0 %) з 71 випадку МА у обстежених. Середньотяжкий ступінь (гостра кропив'янка, набряк Квінке, екзематозний дер-

матит, багатоформна еритема, лихоманка, полі- та моноартрит, токсико-алергічний міокардит) мав місце у 19 (26,8 %) з 71 пацієнта з ХОЗЛ та ТБЛ, у яких виникла МА. Тяжкий ступінь (анафілактичний шок, синдром Лайєла, тяжкі ураження внутрішніх органів, а саме: міокардит з порушенням ритму серця, нефротичний синдром) спостерігалися лише у 3 (4,2 %) з 71 особи з МА внаслідок лікування у них ХОЗЛ та ТБЛ.

Найбільшу питому вагу серед причинно-значущих алергенів в розвитку МА у обстежених мали ізоніазид — 28,3 %, піразинамід — 23,9 %, стрептоміцин — 22,5 %, рифампіцин — 9,9 %, канаміцин — 9,9 %, етамбутол — 8,5 %, офлоксацин — 8,5 %, моксіфлоксацин — 4,2 % випадків. При цьому у 11 (15,5 %) з 71 обстеженого з наявністю МА в якості причинно-значущих алергенів було ідентифіковано більш, ніж один АМБП.

Логічно було очікувати, що розвиток побічних реакцій на АМБП повинен негативно впливати на ефективність лікування хворих. Так, через 3 місяці хіміотерапії АМБП загоєння порожнини деструкції в легенях відбулося у (46,8 ± 8,6) % осіб з ТБЛ та ХОЗЛ без проявів побічної дії АМБП та лише у (26,5 ± 3,8) % пацієнтів, у яких мав місце розвиток побічної дії АМБП. Розбіжності між показниками достовірні, при $p < 0,05$. Повільне загоєння каверн в легенях у осіб з розвитком побічних реакцій на АМБП призвело до більш тривалого перебування у стаціонарі відповідних категорій хворих. Так, у осіб без побічної дії АМБП середня тривалість їх перебування в стаціонарі склала (164,2 ± 6,0) ліжко-днів, а у осіб з ускладненнями при проведенні хіміотерапії — (203,1 ± 4,2) ліжко-днів. Розбіжності між показниками достовірні, при $p < 0,01$.

Висновок

Таким чином, проблема розвитку побічної дії АМБП, особливо МА, у пацієнтів з поєднанням ХОЗЛ та ТБЛ є актуальною для пульмонології, фтизіатрії, алергології і потребує подальшого дослідження.