

Из медицинских организаций в эпидемический процесс были вовлечены пять многопрофильных городских больниц, одно из отделений противотуберкулезного диспансера, станция скорой медицинской помощи, коммерческая клиника и медико-санитарная часть при университете. Более чем в половине больниц имело место распространение инфекции. Индекс очаговости в медицинских организациях составил 7,11, коэффициент очаговости — 55,6 %, репродуктивный показатель — 10,2. Распространение инфекции было связано с наличием восприимчивых к кори детей и взрослых из-за отсутствия прививок, несвоевременной диагностикой кори у первых и последующих заболевших и дефектами в организации противоэпидемических мероприятий.

#### **Выводы**

1. Корь по-прежнему остается актуальной инфекцией, оставляя за собой возможности для распространения в популяции.
2. Подъем заболеваемости корью в Екатеринбурге в 2016 г. был обусловлен заносом и распространением вируса кори генотипа D8, преимущественно в медицинских организациях.
3. Распространение кори в медицинских организациях стало следствием дефектов в клинической диагностике инфекции у первых заболевших и несвоевременной организации противоэпидемических мероприятий.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Эпидемический процесс коревой инфекции в период ее элиминации и стратегические направления контроля в условиях реального времени / А. А. Голубкова [и др.] // Пермский медицинский журнал. — 2017. — Т. 34, № 4. — С. 67–73.
2. Тимченко, В. Н. Болезни цивилизации (корь, ВЭБ-моноклеоз) в практике педиатра: руководство для врачей / В. Н. Тимченко, С. А. Хмилевская. — СПб.: СпецЛит, 2017. — 527 с.
3. Эпидемический процесс кори в разные периоды вакцинопрофилактики / О. В. Цвиркун [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2015. — № 2 (81). — С. 80–87.

**УДК 616.717.9-002.5**

### **ПРОБЛЕМА НЕФРОТОКСИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ВО ФТИЗИАТРИИ**

*Повелица Г. Э., Колола М. С.*

**Научный руководитель: ассистент Н. П. Антонова**

**Учреждение образования**

**«Белорусский государственный медицинский университет»  
г. Минск, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Одной из проблем терапии является развитие нежелательных реакций на лекарственные средства, что в большей мере затрагивает случаи, где применяются многокомпонентные схемы. Эта ситуация значима и для фтизиатрического стационара, так как разработанные протоколы подразумевают длительный прием ряда противотуберкулезных лекарственных средств на протяжении нескольких месяцев. С позиции фармакологии одновременный прием нескольких препаратов оказывает значительную нагрузку на органы, обеспечивающие поступление, транспорт, метаболизм и выведение лекарственных средств, что может привести к развитию нежелательных реакций, невозможности проведения полноценного курса терапии и изменению фармакодинамики лекарственных средств, что, в свою очередь, может отрицательно влиять на результаты лечения. С этой точки зрения представляет интерес изучение нефротоксических реакций, так как проблема хронической болезни почек занимает одно из лидирующих мест в структуре неинфекционной патологии.

#### **Цель**

Определить ключевые аспекты проблемы нефротоксических реакций в процессе терапии туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью.

### **Материал и методы исследования**

Критериями включения пациентов в исследование было: 1) нахождение на стационарном лечении более 6 месяцев; 2) лабораторные показатели почечной функции на момент начала лечения должны были находиться в границах возрастной нормы.

Проведено комплексное обследование двух групп пациентов. 1-я группа исследования (средний возраст  $60,86 \pm 2,56$ ), состоящая из 14 пациентов, у которых развились нефротоксические реакции (НР) на фоне терапии туберкулеза легких, 2-я группа — контроль (К), состоящая из 15 пациентов без НР, получавших аналогичную схему лечения. Исследование проводилось на базе РНПЦ ПиФ. Ретроспективно были изучены 29 стационарных карт пациентов за 2017–2018 гг. У пациентов оценивались функция почек по следующим биохимическим показателям: креатинин, мочевины, СКФ (MDRD).

Выполнена статистическая обработка с помощью программы «Statistica» 12.0. Для определения статистически значимых различий количественных величин использовался критерий «Mann — Whitney U test», статистически значимыми считались значения  $p < 0,05$ .

### **Результаты исследования и их обсуждение**

В результате проведенного исследования была вычислена динамика биохимических показателей за 6 месяцев:

I — месяц: группа К (мочевина —  $4,23 \pm 0,33$ ; креатинин —  $80 \pm 9,77$ ; MDRD —  $92,18 \pm 7,61$ ), группа НР (мочевина —  $5,96 \pm 0,8$ ; креатинин —  $90,29 \pm 7,56$ ; MDRD —  $79,3 \pm 8,8$ ) ( $p > 0,05$ ).

II — месяц: группа К (мочевина —  $4,98 \pm 0,4$ ; креатинин —  $106,55 \pm 21,44$ ; MDRD —  $82,02 \pm 7,21$ ), группа НР (мочевина —  $7,17 \pm 0,93$ ; креатинин —  $161,25 \pm 22,4$ ; MDRD —  $55,31 \pm 6,94$ ) ( $p < 0,05$ ).

III — месяц: группа К (мочевина —  $5,54 \pm 0,61$ ; креатинин —  $106,55 \pm 21,44$ ; MDRD —  $79,89 \pm 7,78$ ), группа НР (мочевина —  $7,02 \pm 0,61$ ; креатинин —  $126,58 \pm 11,89$ ; MDRD —  $53,59 \pm 4,76$ ) ( $p < 0,05$ ).

В 57 % случаев отрицательная динамика показателей БАК послужила причиной отмены ПТЛС на III месяце. Проведение симптоматической терапии и отмена ПТЛС позволили частично восстановить функцию почек на IV месяце.

IV — месяц группа К (мочевина —  $6,24 \pm 1,21$ ; креатинин —  $106,03 \pm 11,43$ ; MDRD —  $76,13 \pm 11,61$ ), группа НЭ (мочевина —  $7,51 \pm 0,73$ ; креатинин —  $135,44 \pm 13,89$ ; MDRD —  $51,52 \pm 5,96$ ) ( $p > 0,05$ ).

Терапия в 42 % случаев была восстановлена в интермиттирующем режиме, однако в дальнейшем отмечалась отрицательная динамика БАК, не требующая отмены ПТЛС.

V — месяц: группа К (мочевина —  $5,73 \pm 0,74$ ; креатинин —  $101,65 \pm 11,36$ ; MDRD —  $77,51 \pm 8,09$ ), группа НЭ (мочевина —  $7,99 \pm 0,77$ ; креатинин —  $129,84 \pm 12,72$ ; MDRD —  $55,74 \pm 6,82$ ) ( $p < 0,05$ ).

VI — месяц: группа К (мочевина —  $5,81 \pm 0,8$ ; креатинин —  $105,08 \pm 8,50$ ; MDRD —  $71,81 \pm 6,59$ ), группа НЭ (мочевина —  $8,36 \pm 0,85$ ; креатинин —  $149,46 \pm 20,71$ ; MDRD —  $51,23 \pm 5,65$ ) ( $p < 0,05$ ).

### **Выводы**

Динамика показателей БАК в группе с нефротоксическими реакциями характеризовалась статистически достоверным повышением креатинина, мочевины, и снижением MDRD в сравнении с К группой уже после первого месяца лечения.

Отмена ПТЛС из-за развития нефротоксических реакций в большинстве случаев зарегистрирована на 3-м месяце лечения.

После развития нефротоксических реакций у 42 % пациентов схему удалось восстановить только в интермиттирующем режиме.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. — Электрон., текстовые дан. и прог. (4,6 Мб). — Москва: Шилов Е. М., 2012. — Электрон. опт. диск (CD-ROM).