

ДИАГНОСТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Хакимов М.А.^{1,2}, Ташпулатова Ф. К.²

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии,

²Ташкентский педиатрический медицинский институт.

✓ Резюме,

Актуальность: В условиях лекарственно-устойчивого туберкулеза легких (ЛУТЛ) и длительной химиотерапии наблюдаются закономерные изменения структуры и функционального состояния печени.

Цель: изучить частоту и характер поражения печени у больных с лекарственно устойчивым туберкулезом легких.

Материал и методы. Комплексно обследовано 220 пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких и 100 - лекарственно-чувствительным туберкулезом легких.

Результаты: При сравнительном изучении различных клинико-лабораторных признаков у больных ЛУТЛ, преобладающими были сонографические признаки патологии печени (45,0%), астеновегетативный синдром (45,0%), гепатомегалия (35,5%), нарушение функциональных проб печени (33,6%), тупые боли в области печени (28,2%) и эхографические признаки патологии желчного пузыря (27,7%). С помощью клинико-лабораторных и эхографических исследований печени у больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких были впервые диагностированы заболевания печени (64,5%) и желчного пузыря (31,4%).

Заключение. Ранняя диагностика патологии гепатобилиарной системы у больных с ЛУ туберкулезом легких представляет собой сложную в диагностическом отношении проблему. Ее решение возможно только с использованием всего арсенала современных методов клинико-лабораторного и инструментального обследования больных.

Ключевые слова: лекарственно устойчивая форма туберкулез легких, печень, биохимические параметры, эхография

ДОРИЛАРГА ТУРГУН ЎПКА СИЛИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ЖИГАР ПАТОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКАСИ

Хакимов М.А.^{1,2}, Тошпўлатова Ф.Қ.²

¹Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази

²Тошкент педиатрия тиббиёт институти.

✓ Резюме,

Долзарблиги: Дориларга турғун ўпка силини даволашда қўлланиладаган узоқ муддат химиотерапия фонида жигарда морфологик ва функционал ўзгаришлар юзага келади.

Мақсад: Дориларга турғун ўпка сили билан хасталанган беморларда жигар патологиясининг учраш сони ва характерини ўрганиш.

Материал ва методлар: Дориларга турғун сил билан хасталанган 220 нафар бемор ва дориларга сезувчан сил билан хасталанган 100 нафар бемор текширувдан ўтказилди.

Натижалар: Дориларга турғун ўпка сили билан хасталанган беморларда турли клиник -лаборатор белгиларни таққослаб ўрганилганда жигарни шикастланишининг сонографик белгилари (45,0%), астеновегетатив синдром (45,0%), гепатомегалия (35,5%), жигар фуқционал холатининг бузилиши (33,6%), жигар соҳасида оғриқлар (28,2%) ва ўт пуфаги шикастланишининг эхографическик белгилари (27,7%) етакчи эканлиги аниқланган. Клиник-лаборатор ва эхографик текширувлар натижасида дориларга турғун ўпка сили билан хасталанган беморларда илк бора жигар (64,5%) ва ўт пуфаги (31,4%) хасталиклари аниқланган.

Хулоса: Дориларга турғун ўпка сили билан хасталанган беморларда жигар гепатобилиар тизим патологиясини барвақт аниқлаш диагностикаси нуқтаи назардан мураккаб муаммодир. Ушбу муаммони ҳал этиш учун беморларда замонавий клиник-лаборатор ва инструментал усулларни барчасини қўллаш зарур.

Калит сўзлар: дориларга турғун ўпка сили сили, жигар, биохимик кўрсаткичлар, эхография.

DIAGNOSIS OF LIVER DISEASES IN PATIENTS WITH DRUG-RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

Khakimov M. A.^{1,2}, Tashpulatova F. K.²

¹Republican specialized scientific practical medical center of Phthisiology and pulmonology,

²Tashkent pediatric medical institut.

✓ Resume,

Abstract: In the conditions of drug-resistant pulmonary tuberculosis (LUTL) and long-term chemotherapy, there are regular changes in the structure and functional state of the liver.

Objective: to study the frequency and nature of liver damage in patients with drug-resistant pulmonary tuberculosis.

Material and methods: A total of 220 patients with drug-resistant pulmonary tuberculosis and 100 drug - sensitive pulmonary tuberculosis were examined.

Results: In a comparative study of various clinical and laboratory signs in patients with drug-resistant pulmonary tuberculosis the predominant were sonographic signs of liver disease (45,0%), asthenovegetative syndrome (45,0%), hepatomegaly (35,5%), impaired liver function tests (33,6%), dull pain in the liver (28,2%) and echographic signs of gallbladder pathology (27,7%). With the help of clinical, laboratory and echographic studies of the liver in patients with drug-resistant pulmonary tuberculosis were first diagnosed liver disease (64,5%) and gallbladder (31,4%).

Conclusion: Early diagnosis of pathology of the hepatobiliary system in patients with LU pulmonary tuberculosis is a complex diagnostic problem. Its solution is possible only with the use of the entire Arsenal of modern methods of clinical, laboratory and instrumental examination of patients.

Keywords: drug-resistant form of pulmonary tuberculosis, liver, biochemical parameters, echography

Актуальность

Глобальной проблемой современной фтизиатрии является проблема лекарственной устойчивости МБТ к химиопрепаратам [13]. Эти формы характеризуются тяжелым течением, устойчивостью к стандартной химиотерапии, значительной распространенностью деструктивного компонента в легких и изменением функции печени [3,5,10,6].

По оценкам ВОЗ, 50 миллионов человек могут быть инфицированы штаммами микобактерий туберкулеза, устойчивыми, по крайней мере, к одному из стандартных препаратов [13].

В условиях лекарственно-устойчивого туберкулеза легких (ЛУТЛ) и длительной непрерывной химиотерапии с 4-5 противотуберкулезными препаратами, наблюдаются практически закономерные изменения структуры и функционального состояния печени. Данные последних лет свидетельствуют о значительной частоте заболеваний печени у больных ЛУТЛ [11].

В условиях современного патоморфоза туберкулеза органов дыхания клинические нарушения функции печени обнаруживаются в 8-9% случаев, а при лабораторных исследованиях - в 18% [1,8,4,14]. Наиболее часто патологию печени связывают с гепатотоксическим действием химиопрепаратов: у 1-10% больных возникают повреждения печени в процессе химиотерапии [10,12]. Вместе с тем, некоторые публикации свидетельствуют о самых разнообразных заболеваниях печени у больных туберкулезом. Так, вирусный гепатит во фтизиатрической практике наблюдается в 8-10 раз чаще, чем у остального населения [4]. До 50% больных туберкулезом злоупотребляют алкоголем и вследствие этого имеют высокий риск алкогольных гепатопатий [5]. Следует учитывать, что у больных туберкулезом легких возможно сочетание 2 или 3 факторов, вызывающих заболевание печени. Это дает основание говорить о комбинированных поражениях и затрудняет диагностику ведущего повреждающего агента. Последнее обстоятельство усугубля-

ется тем, что отсутствует четкая корреляция между клинико-биохимическими, функциональными показателями и ультразвуковыми данными [9,3,7].

Противотуберкулезное лечение у больных ЛУТЛ в значительной степени затруднено плохой переносимостью противотуберкулезных препаратов, особенно при наличии патологии печени [14]. Получены данные, свидетельствующие о том, что медикаментозная патология печени развивается преимущественно на первом этапе туберкулостатической терапии и в большинстве случаев приводит к снижению лечебного эффекта. Поэтому чрезвычайно важно определить наиболее ранние, доклинические признаки поражения печени у больных туберкулезом легких для коррекции дальнейшего лечения и профилактического применения гепатопротективных препаратов. В этом аспекте ранняя диагностика и лечение патологии печени у больных лекарственно-устойчивым туберкулезом является актуальным.

Цель исследования: изучить частоту и характер поражения печени у больных с лекарственно устойчивым туберкулезом легких.

Материал и методы

Комплексному обследованию были подвергнуты 320 больных туберкулезом легких. У 220 пациентов установлен лекарственно-устойчивый туберкулез легких, у 100 - лекарственно-чувствительный туберкулез легких.

Больные с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких были в возрасте от 18 до 67 лет. Мужчин было 144 (65,5±3,2%), женщин 76 (34,5±3,2%). Пациенты с лекарственно-чувствительным туберкулезом легких были в возрасте от 19 до 88 лет. Мужчин было 66 (66,0±4,7%), женщин 34 (34±4,7%). Давность заболевания составляла 2-6 лет. Среди пациентов с ЛУТЛ преобладающей формой туберкулеза легких была фиброзно-кавернозный туберкулез 67,7 ± 3,1% (рис.1).

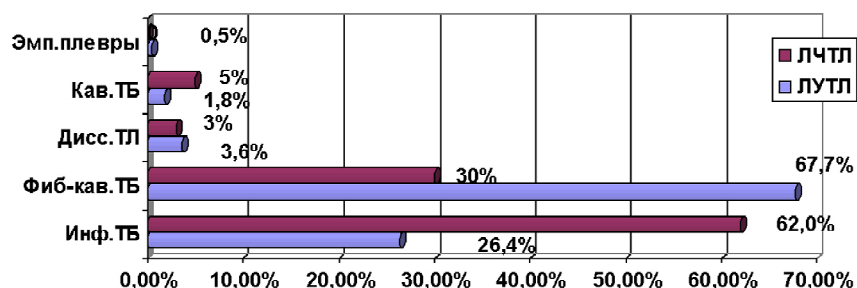


Рис.1. Сравнительная частота различных форм лекарственно-устойчивого и лекарственно-чувствительно-го туберкулеза легких.

Инфильтративный туберкулез легких выявлен у 58 ($26,4 \pm 2,9\%$) больных, диссеминированный туберкулез легких - у 8 ($3,6 \pm 1,2\%$), кавернозный туберкулез легких установлен у 4 ($1,8 \pm 0,8\%$) и эмпиема плевры - у 1 ($0,5 \pm 0,4\%$) пациента. Несколько иная ситуация имеет место при ЛЧТЛ, так у 30 ($30,0 \pm 4,5\%$) больных диагностирован фиброзно - кавернозный туберкулез легких, у 62 ($62,0 \pm 4,8\%$) - инфильтративный, у 3 ($3,0 \pm 1,7\%$) - диссеминированный, у 5 ($5,0 \pm 2,1\%$) - кавернозный туберкулез легких.

У всех больных с ЛУТЛ выявлена устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным

препаратам, в том числе у 179 больных вторичная, у 41 - первичная устойчивость.

Результат и обсуждение

У больных с ЛУТЛ и ЛЧТЛ были изучены клинико-лабораторные признаки поражения печени (табл. 1). Основные симптомы и синдромы, характерные для патологии печени у пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких были выражены у 86 ($39,1\%$) пациентов, причем у ряда больных отмечено наличие одновременно несколько симптомов.

Таблица 1

Сравнительная характеристика поражения печени по клинико - лабораторным данным у пациентов с лекарственно-устойчивым и лекарственно-чувствительным туберкулезом легких, п(%).

Клинико – лабораторные признаки поражения печени	Лекарственно- устойчивая форма, n = 220	Лекарственно- чувствительная форма, n = 100
Астеновегетативный синдром	99 ($45,0 \pm 3,3$)*	10 ($10,0 \pm 3,0$)
Тупые боли в области печени	62 ($28,2 \pm 3,0$)*	13 ($13,0 \pm 3,3$)
Диспепсические расстройства	37 ($16,8 \pm 2,5$)*	6 ($6,0 \pm 2,3$)
Гепатомегалия	78 ($35,5 \pm 3,2$)*	21 ($21,0 \pm 4,0$)
Спленомегалия	23 ($10,5 \pm 2,0$)*	1 ($1,0 \pm 0,9$)
Сосудистые «звездочки» на коже	11 ($5,0 \pm 1,4$)*	1 ($1,0 \pm 0,9$)
Ладонная эритема	32 ($14,5 \pm 5,6$)	6 ($6,0 \pm 2,3$)
Иктеричность кожи и склер	12 ($5,5 \pm 1,4$)*	1 ($1,0 \pm 0,9$)
Кожный зуд	31 ($14,1 \pm 2,3$)*	3 ($3,0 \pm 1,7$)
Нарушение функциональных проб печени	74 ($33,6 \pm 3,1$)*	11 ($11,0 \pm 3,1$)
Сонографические признаки патологии печени	99 ($45,0 \pm 3,3$)*	20 ($20,0 \pm 4,0$)
Сонографические признаки патологии желчного пузыря	61 ($27,7 \pm 3,0$)*	5 ($5,0 \pm 2,1$)

Примечание: * - достоверность различий ($P < 0,001$; $P < 0,05$) между лекарственно-устойчивым и лекарственно-чувствительным туберкулезом легких

Астеновегетативный синдром отмечен у 99 пациентов ($45,0\%$), тупые боли в области печени - у 62 ($28,2\%$), диспепсические расстройства - у 37 ($16,8\%$), увеличение печени - у 78 ($35,5\%$), увеличение селезенки - у 23 ($10,5\%$), сосудистые "звездочки" на коже живота - у 11 ($5,0\%$), ладонная эритема - у 32 ($14,5\%$), иктеричность кожи и склер - у 12 ($5,5\%$), кожный зуд - у 31 ($14,1\%$) больных. Нарушения функциональных проб печени выявлены у 74 ($33,6\%$) пациентов, эхографические признаки патологии печени - у 99 ($45,0\%$), эхографические признаки патологии желчного пузыря - у 61 ($27,7\%$) больных с ЛУТЛ.

При сравнительном изучении клинико-лабораторных данных установлено, что многие признаки характерные для патологии печени наблюдались достоверно чаще у пациентов с ЛУТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ. Так, астеновегетативный синдром в 4,5 раза чаще ($45,0$ и $10,0\%$ соответственно, $P < 0,001$), тупые боли в области печени - в 2,2 раза ($28,2$ и $13,0\%$ соответственно, $P < 0,001$), диспепсические расстройства - в 2,8 раза ($16,8$ и $6,0\%$ соответственно, $P < 0,001$), увеличение печени - в 1,7 раза ($35,5$ и $21,0\%$ соответственно, $P < 0,01$), увеличение селезенки - в 10,5 раза ($10,5$ и $1,0\%$ соответственно, $P < 0,001$), сосудистые "звездоч-

ки" на коже живота - в 5 раза ($5,0$ и $1,0\%$ соответственно, $P < 0,02$), иктеричность кожи и склер - в 5,5 раза ($5,5$ и $1,0\%$ соответственно, $P < 0,01$), кожный зуд - в 4,7 раза ($14,1$ и $3,0\%$ соответственно, $P < 0,001$) чаще выявлены у пациентов с ЛУТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ.

При сравнительном изучении различных клинико-лабораторных признаков у больных ЛУТЛ, преобладающими были сонографические признаки патологии печени ($45,0\%$), астеновегетативный синдром ($45,0\%$), гепатомегалия ($35,5\%$), нарушение функциональных проб печени ($33,6\%$), тупые боли в области печени ($28,2\%$) и эхографические признаки патологии желчного пузыря ($27,7\%$).

Таким образом, у обследованных больных, клинико-лабораторные признаки поражения печени более выражены и чаще наблюдались у пациентов с ЛУТЛ.

С помощью клинико-лабораторных и эхографических исследований печени у больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких были впервые диагностированы заболевания печени ($64,5\%$) и желчного пузыря ($31,4\%$). Так, хронический гепатит выявлен у 17 ($7,7\%$), хронический лекарственный гепатит - у 71 ($32,3\%$), хронический гепатит В - у 9 ($4,1\%$),

хронический гепатит С - у 5 (2,3%), жировой гепатоз - у 21 (9,5%), цирроз печени - у 18 (8,2%), киста печени у 1 (0,5%), хронический бескаменный холецистит - у 53 (24,1%), желчнокаменная болезнь - у 16 (7,3%) больных. При сравнительном изучении частоты выявления патологии печени у больных туберкулезом легких, выделяющих лекарственно-устойчивые и лекарственно-чувствительные формы микобактерии

туберкулеза, было установлено, что патологические изменения в печени и в желчном пузыре выявляются чаще у пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких (табл. 2). Так, патологию печени выявили в 2 раза (64,5 и 33,0% соответственно, $P < 0,001$), патологию желчного пузыря - в 5,2 раза чаще (31,4 и 6,0% соответственно, $P < 0,001$) у больных с ЛУТЛ, чем у пациентов с ЛЧТЛ.

Таблица 2

Сравнительная частота выявления поражения печени у больных с лекарственно - устойчивыми и лекарственно - чувствительными формами туберкулеза легких, n (%)

Наименование патологии	Лекарственно - чувствительные формы n=100	Лекарственно - устойчивые формы n=220
1. Патология печени	33 (33,0 ± 3,2)	142 (64,5 ± 3,2)*
1.1. Хронический гепатит	5 (5,0 ± 2,1)	17 (7,7 ± 1,7)
1.2. Хронический лекарственный гепатит	10 (10,0 ± 3,0)	71 (32,3 ± 3,1)*
1.3. Хронический гепатит В	7 (7,0 ± 2,5)	9 (4,1 ± 1,3)
1.4. Хронический гепатит С	3 (3,0 ± 1,7)	5 (2,3 ± 1,0)
1.5. Жировой гепатоз	5 (5,0 ± 2,1)	21 (9,5 ± 1,9)
1.6. Цирроз печени	1 (1,0 ± 0,9)	18 (8,2 ± 1,8)*
1.7. Эхинококк печени	1 (1,0 ± 0,9)	-
1.8. Киста печени	1 (1,0 ± 0,9)	1 (0,5 ± 0,5)
2. Патология желчного пузыря	6 (6,0 ± 2,3)	69 (31,4 ± 3,1)*
2.1. Хронический бескаменный холецистит	5 (5,0 ± 2,1)	53 (24,1 ± 2,8)*
2.2. Желчнокаменная болезнь	1 (1,0 ± 0,9)	16 (7,3 ± 1,7)*

Примечание: * - достоверность различий ($P < 0,001$; $P < 0,05$) между лекарственно-устойчивым и лекарственно-чувствительным туберкулезом легких.

При сравнительном изучении патологии печени установлено, что они наблюдались достоверно чаще у пациентов с ЛУТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ. Так, хронический лекарственный гепатит в 3,2 раза (32,3 и 10,0% соответственно, $P < 0,001$), цирроз печени в 8,2 раза (8,2 и 1,0% соответственно, $P < 0,001$), хронический бескаменный холецистит в 4,8 раза (24,1 и 5,0% соответственно, $P < 0,001$), желчнокаменная болезнь в 7,3 раза (7,3 и 1,0% соответственно, $P < 0,01$) чаще выявлены у пациентов с ЛУТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ.

Таким образом, лекарственно-устойчивый туберкулез легких в 64,5% случаев сочетается с заболеваниями печени, в 31,4% случаев - с заболеваниями желчного пузыря. Комплексное клинико - лабораторное и эхографическое исследование печени, желчного пузыря позволяют своевременно выявить сопутствующую патологию у больных с ЛУТЛ. Эхографическое исследование печени было проведено нами 220 больным ЛУТЛ и 100 пациентам ЛЧТЛ. У больных с ЛУТЛ и ЛЧТЛ были определены эхографические признаки патологии печени (табл.3). Изменения на эхографии печени зарегистрированы у 162 (73,6%) больных с ЛУТЛ, у 32 (32,0%) пациентов с ЛЧТЛ. Изучая эхографические признаки патологии печени у пациентов с ЛУТЛ, было установлено, что повышенная эхогенность печени отмечалась у 155 (70,5%), подчеркнутость междолевых структур - у 152 (69,1%), мелкозернистая структура - у 126 (57,3%), увеличение размеров печени - у 77 (35,0%), диффузные уплотнения печени - у 51 (23,2%), очаговые уплотнения - у

66 (30,0%), крупнозернистая структура - у 24 (10,9%) и увеличение диаметра воротной вены - у 18 (8,2%) больных. У обследуемых больных эхографические признаки патологии печени выявлены чаще и более выражены у лиц с ЛУТЛ.

Так, повышенная эхогенность печени выявлены в 2,5 раза (70,5 и 28,0% соответственно, $P < 0,001$), мелкозернистая структура - в 4,8 раза (57,3 и 12,0% соответственно, $P < 0,001$), крупнозернистая структура - в 2,7 раза (10,9 и 4,0% соответственно, $P < 0,01$), подчеркнутость междолевых структур - в 3,3 раза (69,1 и 21,0% соответственно, $P < 0,001$), очаговые уплотнения - в 2,7 раза (30,0 и 11,0% соответственно, $P < 0,001$), диффузные уплотнения - в 3,3 раза (23,2 и 7,0% соответственно, $P < 0,001$), увеличение размеров печени - в 1,6 раза (35,0 и 21,0% соответственно, $P < 0,001$), увеличение диаметров воротной системы - в 8,2 раза (8,2 и 1,0% соответственно, $P < 0,001$) чаще у больных с ЛУТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ.

Таким образом, у пациентов с ЛУТЛ, среди эхографических признаков преобладали повышенная эхогенность печени (70,5%), подчеркнутость междолевых структур (69,1%), мелкозернистая структура печени (57,3%), увеличение размеров печени (35,0%) и очаговые уплотнения (30,0%). Эти изменения встречались достоверно чаще у больных с ЛУТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ.

Многообразие клинических проявлений у больных устойчивым туберкулезом легких, скудные дан-

Сравнительная характеристика эхографических признаков поражения печени по пациентам с лекарственно-устойчивым и лекарственно-чувствительным туберкулезом легких, n(%).

Эхографические признаки патологии печени	Лекарственно- устойчивая форма, n = 220	Лекарственно- чувствительная форма, n = 100
Повышенная эхогенность	155 (70,5 ± 3,0)*	28(28,0 ± 4,4)
Мелкозернистая структура	126 (57,3 ± 3,3)*	12 (12,0 ± 3,2)
Крупнозернистая структура	24 (10,9 ± 2,1)*	4 (4,0 ± 1,9)
Подчеркнутость междолевых структур	152 (69,1 ± 3,1) *	21 (21,0 ± 4,0)
Очаговые уплотнения	66 (30,0 ± 3,0)*	11 (11,0 ± 3,1)
Диффузные уплотнения	51 (23,2 ± 2,8)*	7 (7,0 ± 2,5)
Увеличение размеров	77 (35,0 ± 3,2)*	21 (21,0 ± 4,0)
Увеличение диаметра воротной системы	18 (8,2 ± 1,8)*	1 (1,0 ± 0,9)

Примечание: * - достоверность различий ($P < 0,001$; $P < 0,01$) между лекарственно-устойчивым и лекарственно-чувствительным туберкулезом легких.

ные лабораторных исследований затрудняет раннее выявление патологии печени.

Таким образом, комплексное исследование позволили выделить совокупность сопоставимых эхографических и клинико-лабораторных особенностей патологии печени у больных ЛУТЛ имеющих большую информационную ценность. Это позволяет считать клинико-лабораторные и эхографические методы исследования наиболее ранним и важным составляющим звеном в диагностическом процессе, особенно в ситуациях, когда по ряду причин невозможно проведение пункционной биопсии.

Сопоставление различных методов диагностики печени, таких как клинико-лабораторная, биохимическая, ультразвуковая, показывает, что каждый из перечисленных методов обладает различной информативностью. Они не являются альтернативными, а дополняют друг друга. Клинико-лабораторные и биохимические методы позволяют изучать функциональное состояние печени и почек. Но в связи с тем, что верификация структурных патологических изменений в печени, желчном пузыре при использовании клинико-лабораторных и биохимических исследований весьма проблематична, а также учитывая сложности, инвазивности и дороговизны, эти методы не служить в качестве мониторинга в процессе лечения. В этом плане диагностическая ценность ультразвукового метода исследования печени и почек, является достаточно высокой. Метод неинвазивен, легко воспроизводим, может быть использован для многократного динамического наблюдения, позволяет получить информацию о патологии печени, желчного пузыря.

Таким образом, ранняя диагностика патологии печени у больных ЛУТЛ представляет собой сложную в диагностическом отношении проблему. Ее решение возможно только с использованием всего арсенала современных методов клинико-лабораторного обследования больных. Учитывая высокую частоту развития патологии печени у больных ЛУТЛ, возникает необходимость предупреждения развития печеночной недостаточности уже на ранних стадиях заболевания, особенно у больных, у которых комплексными лабораторными исследованиями установлены наиболее

вероятные признаки ранней недостаточности печени. Лечебные мероприятия у больных ЛУТЛ должны проводиться с учетом выявленных патологии печени, их динамики в процессе лечения. Патогенетическая терапия должна быть направлена на предупреждения развития печеночной недостаточности.

Выводы

1. Основные симптомы и синдромы, характерные для патологии печени у пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких были выражены у 86 (39,1%) пациентов, причем у ряда больных - одновременно несколько симптомов. У больных ЛУТЛ, преобладающими были эхографические признаки патологии печени (45,0%), астеновегетативный синдром (45,0%), гепатомегалия (35,5%), нарушение функциональных проб печени (33,6%), тупые боли в области печени (28,2%) и эхографические признаки патологии желчного пузыря (27,7%).

2. При клинико-лабораторном и эхографическом исследовании печени у больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких были впервые диагностированы различные заболевания печени и желчного пузыря. Было установлено, что патологические изменения в печени и в желчном пузыре выявляются чаще у пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких. Так, патологию печени выявили в 2 раза (64,5 и 33,0% соответственно, $P < 0,001$), патологию желчного пузыря - в 5,2 раза чаще (31,4 и 6,0% соответственно, $P < 0,001$) у больных с ЛУТЛ, чем у пациентов с ЛЧТЛ.

3. У 220 больных с ЛУТЛ и у 100 пациентов ЛЧТЛ были определены эхографические признаки патологии печени. Отклонения на эхографии печени зарегистрированы у 162 (73,6%) больных с ЛУТЛ, у 32 (32,0%) пациентов с ЛЧТЛ. При эхографии печени у пациентов с ЛУТЛ, среди эхографических признаков преобладали повышенная эхогенность печени (70,5%), подчеркнутость междолевых структур (69,1%), мелкозернистая структура печени (57,3%), увеличение размеров печени (35,0%) и очаговые уплотнения

(30,0%). Эти изменения встречались достоверно чаще у больных с ЛУТЛ, чем у лиц с ЛЧТЛ.

4. Для раннего выявления патологии печени у больных с устойчивым туберкулезом легких необходимо всех пациентов подвергать целенаправленному последовательному исследованию с применением эхографических и клиничко-лабораторных методов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамович Н.В. Химиотерапия больных туберкулезом легких с патологий печени. /Автореф. дисс.... канд. мед.наук.- М., 1985. С.22.
2. Венгеров Б.Б., Гречина О.А. Использование ультразвукового метода исследования в распознавании патологических изменений в билиарной системе у больных туберкулезом легких. - Туберкулез. //Республиканский межведомственный сборник.- Киев.-1989. №21.25-40.
3. Вильдерман А.М, Ефграмова З.А., Бусыгина Р.Н. Поражение печени у больных туберкулезом. - /Кишинев: Штаница.-1977.- 164.с.
4. Галицкий Л.А., Зарецкий Б.В., Лебединец А.И. Вирусный гепатит В во фтизиатрической практик //Большой Целевой Журнал о туберкулезе.- 1999.- №4.- С.10-12.
5. Елькин А.В., Ариель Б.М., Нечаев В.В. Диагностика гепатопатий у больных туберкулезом легких // Пробл.туб.- 1992.- № 7-8.- С.15-18.
6. Емельнюк О.Г. Диагностика и лечение поражение печени у больных туберкулезом легких в следственном изоляторе. /Автореф. ...дисс. к.м.н. М.,2010. С.23.
7. Иванов А.К., Дзодзуашили К.А. Ультразвуковая исследование печени у больных туберкулезом легких. //Клиническая медицина.- 1990. №1.100-103.
8. Казаков К.С., Садыков А.С., Шкурина Н.Ю. и др. Ферментопатии печени и почек при побочных реакциях организма на противотуберкулезные препараты // Клин. лаб. диагностика. - 1994.-№ 6. - С.14-17.
9. Корякин В.А., Шатихин А.И. Ультразвуковое эхотомограмма печени при туберкулезе легких и других заболеваний //Пробл. туберкулеза. 1981.-№.6. С.36-39.
10. Суханов Д.И. Лекарственные поражения печени у больных туберкулезом легких и гепатопротективная терапия. /автореферат диссертация ... кандидата медицинских наук :. - Санкт-Петербург, 2008. - 111 с.
11. Тилляшайхов М.Н., Хакимов М.А., Ташпулатова Ф.К. Алижанов С.К. Поражение почек и печени. /Монография. Ташкент-2014,с.510.
12. Dossing M. et al. Liver injury during antituberculosis treatment: an 11-year study // Tubercle. Lung Dis. - 1996. - Vol.77, N 4. - P.335-340
13. Фармер П.Е., Кононец А.С., Борисов С.Е. и др. Полирезистентный туберкулез: угроза человечеству (пер. с англ.) Гарвардская медицинская школа. Институт "Открытое общество". - /М. Медицина,1999.- 62 с.
14. Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей: Практич. Рук. :Пер. с англ. /Под ред. З. Г. Апросиной, Н. А. Мухина. - /М.: Гэотар Медицина, 1999.546 с.

Поступила 05.03. 2019