



Департамент здравоохранения города Москвы
ГБУЗ «Московский городской научно-практический
центр борьбы с туберкулезом»
Межрегиональная общественная организация
«Московское общество фтизиатров»



ГОСУДАРСТВО, МЕДИЦИНА И ОБЩЕСТВО В БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СТОЛИЦЕ

Материалы IV Ежегодной конференции московских фтизиатров

В соответствии с распоряжениями Департамента здравоохранения города Москвы от 22.08.2016 № 945-р и № 948-р ГБУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы» совместно с Межрегиональной общественной организацией «Московское общество фтизиатров» провели 8–9 сентября 2016 года IV Ежегодную конференцию московских фтизиатров «Государство, медицина и общество в борьбе с туберкулезом в столице», целью которой было дальнейшее совершенствование работы противотуберкулезных учреждений города Москвы.

В этом номере журнала мы продолжаем публикацию поступивших в адрес Оргкомитета конференции тезисов, представляя вниманию читателей материалы по лечению больных туберкулезом.

При подготовке публикации проведена только техническая редакторская правка; термины и дефиниции сохранены в авторской редакции.

Редакционная коллегия

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Т.Л. Батищева¹, О.Г. Иванова², А.В. Мордык²

Актуальность исследования

Основной задачей фтизиатров в современных условиях является повышение эффективности лечения больных с впервые выявленным туберкулезом. Решением этой задачи ряд исследователей считает рациональную патогенетическую терапию, способствующую восстановлению нарушенных воспалительным процессом функций организма, когда ведущую роль играет дезинтоксикационная терапия. Определение показаний к проведению дезинтоксикационной терапии, выбор метода, средств и продолжительности курса лечения зачастую происходят интуитивно, без использования научно обоснованных методик. В связи с этим мы сочли актуальным изучить возможности известных гематологических индексов – лейкоцитарного индекса интоксикации Я.Я. Кальф-Калифа (ЛИИ), ядерного индекса Даштаянца (ЯИ) – для оценки эффективности дезинтоксикационной терапии у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких.

Цель исследования

Анализ возможности применения гематологических индексов для оценки эффективности дезинтоксикационной терапии у больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких.

Материалы и методы исследования

В ретроспективное сравнительное исследование включены 390 больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом легких, получавших стационарное лечение в противотуберкулезных диспансерах г. Омска. Основную группу (ОГ) составили 146 больных, у которых исход стационарного этапа лечения был расценен как неблагоприятный (сохранение полости распада в легочной ткани к моменту выписки из стационара), группу сравнения (ГС) – 244 больных с благоприятным исходом. В ОГ мужчин было 56,2%, в ГС – 42,2% ($p = 0,007$),

средний возраст больных составил, соответственно, $37,2 \pm 1,5$ и $36,5 \pm 1,8$ года ($p = 0,788$). Достоверно чаще в ОГ отмечено бактериовыделение (81,5% при 51,2% в ГС, $p < 0,0001$), МЛУ МБТ (31,5% и 16,4%, $p < 0,0005$), состояние средней тяжести (34,9% при 52,4% в ГС, $p = 0,001$) или тяжелое (соответственно, 2,1% и 4,9%, $p = 0,05$). При поступлении в стационар I режим химиотерапии (РХТ) был назначен 117 больным (80,1%) в ОГ и 225 (92,2%) – в ГС ($p = 0,004$), II РХТ, соответственно, 13 (8,9%) и 4 (1,6%), IV – 16 (11,0%) и 10 (4,1%). Нежелательные побочные реакции на противотуберкулезные препараты выявлены у 108 лиц (74,0%) в ОГ и у 83 (34,0%) – в ГС ($p < 0,0001$). Дезинтоксикационную терапию назначали 71 больному (48,6%) в ОГ и 149 (61,1%) – в ГС ($p = 0,016$). При поступлении в стационар, а также через 1 и 2 мес. от начала лечения рассчитывали величины ЛИИ и ЯИ Даштаянца, используя основные показатели общего анализа крови, по отношению отдельных гранулоцитарных и негранулоцитарных клеточных элементов лейкограммы.

С помощью пакета программ Statistica 6.0 рассчитаны показатели описательной статистики (включая интерквартильный интервал – IQI; достоверность различий оценивали по критерию χ^2 (для качественных переменных), для количественных значений использовали критерии Стьюдента, Манна-Уитни (в независимых группах) и Вилкоксона (в зависимых). Различия считали достоверными при $p < 0,05$. Наличие и характер связи между величинами индексов и исходом стационарного этапа лечения определяли с помощью коэффициента Спирмена (rs).

Результаты исследования

При поступлении в стационар величина ЛИИ в ОГ составляла 3,16 усл. ед. (IQI 1,24–4,09), в ГС – 1,07 усл. ед. (IQI 0,49–2,19) ($p < 0,0001$). Через 1 мес. лечения в ОГ ЛИИ уменьшился на 1,25 усл. ед. ($p < 0,0001$), через 2 мес. – на 0,08 усл. ед. ($p < 0,0001$). В ГС через 1 мес. лечения ЛИИ снизился на 0,2 усл. ед., через

¹ КУЗ Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер», г. Омск.

² ФГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

2 мес. – еще на 0,12 усл. ед. ($p < 0,0001$). Доля лиц с ЛИИ более 1,6 (выраженная интоксикация) через 1 мес. лечения в ОГ составила 64,4%, в ГС – 27,5% ($p < 0,0001$), что свидетельствовало о низкой эффективности дезинтоксикационной терапии. Величина ЯИ при поступлении в ОГ составила 0,80 ед. (IQI 0,10–0,17), в ГС – 0,31 ед. (IQI 0,15–0,98) ($p < 0,0001$). Через 1 мес. лечения в ОГ ЯИ уменьшился до 0,13 ед. (IQI 0,10–0,17), в ГС – до 0,03 ед. (IQI 0,023–0,14) ($p = 0,07$). Выявлено наличие отрицательной умеренной связи между величиной ЛИИ при поступлении ($rs = -0,403$; $p < 0,0001$), через 1 мес. лечения ($rs = -0,292$;

$p < 0,0001$), ЯИ при поступлении ($rs = -0,265$; $p < 0,0001$) и неблагоприятным исходом стационарного этапа лечения.

Выводы

Величины ЛИИ и ЯИ Даштаянца объективно отражают тяжесть состояния больного и выраженность интоксикационного синдрома в разные сроки лечения. Расчет показателей прост и позволяет лечащему врачу своевременно определить наличие показаний к дезинтоксикационной терапии и в динамике провести коррекцию его объема и продолжительности.

Иванова Ольга Георгиевна, тел. + 7 (908) 806-68-56, e-mail: olga-ivanova1969@mail.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА

О.В. Батури¹, Т.А. Кадыров¹, А.Л. Собкин¹, В.Н. Лавров²

Туберкулез позвоночника – хроническое инфекционное заболевание, вызываемое *M. tuberculosis*, характеризующееся образованием специфической гранулемы и прогрессирующим разрушением тел позвонков, приводящее к выраженным анатомическим и функциональным нарушениям позвоночника. Туберкулезный спондилит занимает первое место среди всех локализаций костно-суставного туберкулеза (КСТ), составляя до 60% от общего числа больных КСТ. В 38,5% случаев заболевание сопровождается специфическим поражением других органов и систем, в том числе различными формами туберкулеза легких в 23,7% наблюдений. По локализации поражения на первом месте стоит грудной отдел позвоночника (60%), на втором – поясничный (30%). Частота поражения шейного и крестцового отделов позвоночника составляет по 5%. Двойные и тройные локализации поражения ранее встречались редко, сейчас же частота их увеличилась и составляет у взрослых около 10%. Количество пораженных позвонков колеблется в значительных пределах. У впервые выявленных больных чаще всего обнаруживают поражение 2–3 позвонков (65%), деструкция одного позвонка встречается в 1–3% случаев. Обширные разрушения наиболее характерны для грудного и грудопоясничного отделов позвоночника. У длительно болеющих может быть поражено до 10 и более позвонков. Локальное поражение задних структур позвонка (дуг, отростков) наблюдается редко. В последние годы увеличилось количество больных туберкулезом позвоночника в сочетании с активным туберкулезом легких и других органов. В диагностике туберкулезного спондилита ведущую роль играет мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и МРТ позвоночника. Комбинация МРТ- и МСКТ-исследований позволяет в

большинстве случаев диагностировать воспалительный процесс в позвоночнике и провести дифференциальную диагностику между опухолевыми и невоспалительными поражениями позвоночника. Для верификации (бактериологической и морфологической) туберкулезной этиологии спондилита в дооперационном периоде используют пункционную биопсию позвоночника. Для биопсии шейных позвонков используется переднебоковой доступ. Для биопсии грудных и поясничных позвонков используется задний транс- или экстрапедикулярный доступ. Необходимым условием пункции позвоночника является наличие ЭОП (С-дуга) в операционной.

Лечение туберкулезного спондилита включает три направления:

- противотуберкулезная терапия;
- ортопедическое лечение;
- хирургическое лечение.

Оперативное лечение – основной метод комплексного лечения заболевания. Значение хирургического метода возрастает в связи со снижением эффективности противотуберкулезной терапии, увеличивающимся количеством заболеваний, вызванных устойчивыми штаммами микобактерий. Цель хирургического лечения: максимально полное удаление патологических тканей – очагов, секвестров, абсцессов (принцип радикальности), декомпрессия спинного мозга и восстановление анатомической целостности позвоночного столба. В качестве пластического материала традиционно используется костный аутоотрансплантат. Эти операции позволяют в большинстве случаев полностью излечить заболевание, их результат многократно превышает эффективность чисто консервативных методов. Однако в отдаленном периоде

¹ ГБУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. проф. Г.А. Захарына Департамента здравоохранения города Москвы».

² ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы».

лишь у трети больных использованные для реконструкции костные трансплантаты сохраняют свою величину, что ведет к увеличению частоты неблагоприятных исходов (по данным некоторых авторов, они достигают 40%). Основные причины этого: отсутствие костного сращения, резорбция и перелом трансплантата, образование псевдоартрозов. Использование традиционных методов хирургического лечения сопровождается длительным постельным режимом после операции (около 4 нед.), длительным периодом реабилитации. Поэтому применение современных стабилизирующих спинальных систем и телозамещающих имплантов является перспективным направлением в лечении туберкулезного спондилита.

Хирургические методы лечения туберкулезных спондилитов можно разделить на три группы:

1. Операции, осуществляемые из переднего хирургического доступа (резекция тел позвонков или корпорэктомия с использованием mesh-импланта с фиксацией пластиной или вентральным остеосинтезом).

2. Операции, выполняемые из заднего хирургического доступа (секвестрэктомия, ламинэктомия, гемиламинэктомия с фиксацией).

3. Комбинированные методы стабилизации.

Показания к комбинированному хирургическому вмешательству: поражение передней и задней колонны; фиксация более двух позвоночно-двигательных сегментов; неэффективность первичного хирургического лечения. Сроки пребывания больных на постельном режиме в послеоперационном периоде при инструментальной фиксации позвоночника составляют от 2–3 дней. Инструментальная стабилизация позвоночника позволяет значительно сокращать сроки реабилитации и избегать длительного постельного режима и связанной с ним гиподинамии и соответствующих осложнений. Положительные результаты примененных методик хирургического лечения спондилитов свидетельствуют о возможности раннего клинического излечения и восстановления опорно-двигательной функции позвоночника.

Батулин Олег Викторович, тел. + 7 (903) 190-81-69, e-mail: olbatr@gmail.com

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМИ РЕЦИДИВАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

О.В. Боровиков, Х.К. Аминев, М.М. Халилов, В.Ю. Тарутин, Т.А. Цулукидзе, Г.С. Мухамедьянов

ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер

Минздрава Республики Башкортостан», г. Уфа

Актуальность исследования

Несмотря на значительные успехи химиотерапии, не всегда удается добиться заживления полостей распада у больных с деструктивным туберкулезом легких, особенно при рецидивах туберкулезного процесса. Вследствие недостаточно эффективной химиотерапии необратимые изменения возникают у 20–30% больных, излечение которых без применения хирургических методов малоперспективно.

Цель исследования

Анализ эффективности хирургического лечения рецидивов туберкулеза легких у ранее оперированных больных.

Материалы и методы исследования

Среди больных с рецидивами туберкулеза легких после операции выделено две группы. В I группу вошло 37 больных, которым в предоперационном периоде проводили обычную химиотерапию с учетом чувствительности МБТ. Во II группу вошло 37 больных, у которых в предоперационном периоде кроме специфической химиотерапии применяли методы гравитационной хирургии (плазмаобмен) и коррекцию иммунологического статуса β-лейкином и ронколейкином. Состав больных в обеих группах был практически однородным, пре-

обладали больные с деструктивными формами туберкулеза легких (более 60%). Рецидивы туберкулеза легких у ранее оперированных больных в обеих группах в большинстве случаев развились в течение первых трех лет (59,5% и 62,3%), что было связано с наличием лекарственной устойчивости МБТ и, соответственно, неэффективностью химиотерапии в послеоперационном периоде.

Результаты исследования

Сроки подготовки больных к операции в I группе составили в среднем 1–1,5 мес., во II – 3 мес., т.к. у них применяли дополнительные методы лечения. В результате предоперационной подготовки у больных II группы наблюдали снижение содержания в крови ароматических и неароматических молекул средней молекулярной массы, продуктов катаболизма клеточных рецепторов – Р-белков, снижение в крови циркулирующих иммунных комплексов. Это повышало эффективность лечения и оказывало иммунокорригирующее действие – в основном на клеточное звено иммунитета, о чем свидетельствовали нормализация количества лимфоцитов, повышение количества зрелых Т-лимфоцитов (CD3⁺), Т-хелперов (CD4⁺), цитотоксических клеток (CD8⁺), нормализация соотношения

CD4⁺/CD8⁺. Функциональная активность лимфоцитов по РБТЛ на ФГА повышалась до средних значений.

Всем больным проведены различные по объему и тяжести оперативные вмешательства. В обеих группах преобладали плевропневмонэктомии и костно-мышечные пластики. У пациентов I группы выздоровление достигнуто в 78,4% случаев, во II группе – в 94,6%. Ранние послеоперационные осложнения в I группе имели место у 12 пациентов, во II – у 7.

Выводы

Использование методов гравитационной хирургии и коррекции иммунологического статуса позволяет сократить количество осложнений в послеоперационном периоде почти в два раза и увеличить эффективность хирургического лечения этой сложной группы больных на 16,2%.

Мухамедьянов Гайсар Саматович, тел. + 7 (917) 385-02-89, e-mail: mgs1977@yandex.ru

ПРИМЕНЕНИЕ БЕДАКВИЛИНА У БОЛЬНЫХ С КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ

А.С. Галстян, С.Е. Борисов, М.В. Сеницын

**ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»**

Актуальность исследования

ВИЧ-инфекция и лекарственная устойчивость *M. tuberculosis*, особенно множественная (МЛУ), являются наиболее значимыми факторами, отрицательно сказывающимися на эффективности лечения больных туберкулезом. Наиболее перспективный путь коренного улучшения ситуации – внедрение новых противотуберкулезных препаратов с уникальным механизмом действия, одним из которых является бедаквилин. Он относится к классу диарилхинолинов и оказывает бактерицидный эффект за счет ингибирования помпы аденозинтрифосфатсинтазы микобактерий, разобщая процессы клеточного дыхания и приводя к гибели микробной клетки. Эффективность бедаквилина доказана в нескольких клинических исследованиях IIB фазы, но различные аспекты его применения у больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез изучены недостаточно, особенно при использовании в сочетании с антиретровирусными препаратами в составе комплексной противотуберкулезной химиотерапии. Данные о непосредственных и отдаленных результатах лечения туберкулеза с МЛУ *M. tuberculosis* у больных с ВИЧ-инфекцией препаратом бедаквилин практически отсутствуют. Все это обуславливает актуальность и практическую важность настоящего исследования.

Цель исследования

Оценить эффективность и безопасность режимов химиотерапии, включающих бедаквилин, у больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез при множественной и широкой лекарственной устойчивости *M. tuberculosis*.

Материалы и методы исследования

В 2015–2017 гг. в клиниках МНПЦ борьбы с туберкулезом бедаквилин был включен в состав режима этиотропной терапии у 21 пациента (14 мужчин и 7 женщин) с коинфекцией ВИЧ/тубер-

кулез. Обследование пациента перед началом и в ходе лечения содержало сбор анамнеза и жалоб, физикальное и клинико-лабораторные исследования, включая ЭКГ с определением скорректированного QTc интервала, общие клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, исследования крови на антитела к вирусам гепатита В и С, исследование крови на иммунный статус, вирусную нагрузку, микробиологическое исследование мокроты (люминесцентная микроскопия, посевы в системе BACTEC™ MGIT™ 960 и на плотных средах), рентгенологическое обследование (включая КТ).

Возраст пациентов составлял от 30 до 40 лет, большинство являлись потребителями психоактивных веществ (52,4% – 11 чел.), один пациент страдал алкогольной зависимостью. У всех диагностирована ВИЧ-инфекция 4Б, 4В стадий, среднее количество CD4⁺-лимфоцитов составляло на момент включения 210,5 кл/мкл. Все пациенты имели также тяжелую сопутствующую патологию (цитомегаловирусную инфекцию, генерализованный кандидоз, вирусный гепатит С). У всех пациентов диагностирован туберкулез органов дыхания с поражением ВГЛУ, диссеминированный туберкулез легких, в одном случае – туберкулезный менингоэнцефалит. У 10 пациентов (47,6%) выявлена ШЛУ *M. tuberculosis*, у семи – МЛУ, у четырех имели место иные спектры ЛУ возбудителя туберкулеза, и бедаквилин назначали в связи с непереносимостью противотуберкулезных препаратов и невозможностью сформировать комбинацию из пяти препаратов, чувствительность *M. tuberculosis* к которым была сохранена. В режим химиотерапии помимо бедаквилина последовательно включали: линезолид, циклосерин/теризидон, фторхинолоны, капреомицин, протионамид, ПАК, пипразинамид, этамбутол, азитромицин/klarитромицин. Все пациенты получали антиретровирусную терапию.

Результаты исследования

Завершили 6-месячный курс 12 пациентов, четверо – продолжают лечение, шестеро – досрочно прервали курс терапии, покинув клинику (все страдают наркозависимостью). На фоне лечения у всех пациентов отмечена положительная клинико-рентгенологическая динамика в виде улучшения самочувствия, рассасывания очагово-инфильтративных изменений в легочной ткани и уменьшения размеров ВГЛУ. У девяти пациентов, полностью прошедших 6-месячный курс, прекратилось бактериовыделение.

Развитие нежелательных побочных реакций отмечено у 14 пациентов (70%): у двух имело место удлинение интервала QTc и выраженная брадикардия, еще у двух – токсический

гепатит, у четырех – артралгии; отмечено также по одному случаю аллергической реакции по типу отека Квинке и тендовагинита. Временная отмена бедаквилина потребовалась только у одного пациента (на фазе приема трех раз в неделю на срок до 10 дней) в связи с выраженной брадикардией.

Выводы

Полученные данные позволяют предположить достаточно высокую эффективность включающих бедаквилин режимов химиотерапии туберкулеза у больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез при вполне удовлетворительной переносимости комплекса противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов.

Галстян Армине Сергеевна, тел. + 7 (909) 658-79-29; e-mail: armik2205@gmail.com

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

С.Г. Жиленков, Ю.П. Гуров, А.Я. Самохин

ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 Департамента здравоохранения города Москвы»

Цель исследования

Изучить ближайшие и отдаленные результаты различных методик лечения и оценить эффективность нейроортопедической реабилитации на основе анализа хирургического лечения туберкулеза позвоночника у больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез.

Материал и методы исследования

Обобщен опыт лечения 182 пациентов с туберкулезным спондилитом на базе отделения генерализованного туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 ДЗМ».

Результаты исследования

В 2008–2015 гг. оперированы 182 больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез с туберкулезным поражением позвоночника. У всех больных диагноз туберкулеза был морфологически верифицирован. У 146 больных (80,1%) в раннем послеоперационном периоде осложнений не было, осложнения – нагноение послеоперационной раны у 23 пациентов (12,8%), у двух – перелом фиксаторов (один – в раннем послеоперационном периоде, один – через 1,7 года). У всех больных проводили реконструктивно-восстановительную операцию на пораженном отделе позвоночника, включавшую в себя некрэктомию костных очагов, удаление абсцессов и свищей, резекцию тел позвонков, декомпрессию спинного мозга, спондилодез. При распространенных и осложненных деструктивных процессах в телах позвонков, когда тяжесть местных специфических изменений не позволяла одномоментно выполнить радикальные вмешательства, предпочитали этапные операции. С 2014 г. в отделении у 64 пациентов применили системы

для транспедикулярной и ламинарной фиксации после проведения секвестрэтомии тел позвонков.

Варианты операций:

1. Двухэтапная:

а) торакотомия, резекция ребра, секвестрэтомия тел позвонков, передний корпородез аутоотрансплантатом из ребра; б) через 4 месяца транспедикулярная фиксация.

2. Одномоментная: торакотомия, резекция ребра, секвестрэтомия тел позвонков, передний корпородез аутоотрансплантатом из ребра; транспедикулярная фиксация.

3. Декомпрессивная ламинэтомия; транспедикулярная фиксация с фиксацией трансплантата.

4. Декомпрессивная ламинэтомия. Стабилизация ламинарными крючками Fixpine.

Противопоказаниями к оперативному лечению являются септические состояния, при которых исход операции сопряжен с высоким риском летальности. В этих случаях проводится комплексное консервативное лечение.

У 33 больных, которым проводилось консервативное лечение (19,9%), сроки восстановления увеличивались на 1,5–2 месяца, генерализация туберкулезного процесса происходила гораздо чаще, чем у прооперированных больных.

Эффективность хирургического лечения: регресс болевого синдрома – 100%, регресс спинномозговых расстройств – 80%, полное восстановление опорной функции – 90%, частичное восстановление опорной функции – 10%.

В послеоперационном периоде на фоне проводимой комплексной терапии (противотуберкулезная + АРВТ) число CD4⁺-лимфоцитов поднималось до 200–250 кл/мкл.

Удаление металлоконструкций показано через год после операции, т.к. отмечаются признаки усталости металла.

Отдаленные результаты у наблюдаемых больных (135 пациентов): отсутствие болевого синдрома – 90%, отсутствие спинномозговых расстройств – 90%, парестезии и миалгии – 10%, полное восстановление опорной функции – 90%, частичное восстановление опорной функции – 10%.

Все летальные исходы (у 86 пациентов) были связаны с прогрессированием ВИЧ-инфекции и произошли через 2–3 года после выписки из стационара.

Жиленков Сергей Германович, тел. + 7 (919) 994-21-94, e-mail: S_zhilentov@mail.ru

Выводы

Входящие в состав методики лечения технологии позволяют успешно решать задачи ликвидации хронической гнойной инфекции и максимально возможного анатомо-функционального восстановления позвоночного столба. Разработанные приемы остеосинтеза и способы контроля течения репаративного процесса доступны для специалистов, владеющих основами остеосинтеза, что обеспечивает возможность их использования в широкой клинической практике.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ ПРИ ВЫСОКОМ УРОВНЕ РЕГИОНАЛЬНОЙ И ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ *M. TUBERCULOSIS*

С.П. Завражнов¹, Л.В. Колпакова², А.С. Захаров¹

Актуальность исследования

В последние годы в России отмечено снижение показателя заболеваемости туберкулезом, однако повысился уровень множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ). Доля больных с первичной МЛУ за последние 14 лет среди всех впервые выявленных выросла в 4,3 раза. В условиях напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу с лекарственной устойчивостью возбудителя и роста заболеваемости хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) населения в целом частым клиническим проявлением неспецифической патологии у больных туберкулезом легких является также и хронический простой необструктивный бронхит (НБ). В развитии обострений этих нозологий заметную роль играют инфекционные агенты бактериальной природы.

Цель исследования

Совершенствование подходов к антимикробной терапии сочетанной бронхолегочной патологии у больных активным туберкулезом легких в современных условиях.

Материалы и методы исследования

Проанализированы данные 210 больных, находившихся на стационарном лечении по поводу туберкулеза легких. Они были разделены на три группы: I основную (47 больных, у которых туберкулез сочетался с ХОБЛ), II основную (109 больных с сочетанием туберкулеза легких и НБ), III контрольную (54 пациента без данных за наличие хронического бронхита).

Результаты исследования

Посев мокроты на вторичную флору был результативен у большинства больных, доля отрицательных посевов несколь-

ко различалась в основных группах. Во II группе с НБ доля посевов мокроты, давших рост неспецифической флоры, составила 78,8%, что незначительно превышало показатель контрольной группы (73,9%), а у больных с ХОБЛ частота выявления микрофлоры возрастала до 95,7%. В основных группах с одинаковой частотой (до 25%), а в контрольной группе у большинства больных (83,3%) при посеве получали рост условно патогенной симбиотической микрофлоры верхних дыхательных путей (преимущественно *Streptococcus viridans* и *Neisseria perflava*), которые тем не менее обнаруживали в диагностически значимых количествах.

Клинически значимые патогены нижних дыхательных путей, выявляемые в исследовании, были представлены широким спектром возбудителей. Характер неспецифической флоры в I и II группах заметно отличался от показателей контрольной, между собой эти группы различались незначительно при несколько увеличенной встречаемости *Streptococcus pneumoniae*, *Hemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae* у больных с ХОБЛ.

При сочетании туберкулеза и ХОБЛ значительно превалирует встречаемость МЛУ и ШЛУ МБТ в сравнении с контрольной группой и с группой, где сопутствующим заболеванием был НБ.

При исследовании чувствительности вторичной микрофлоры к антибиотикам выявлена высокая устойчивость неспецифических возбудителей. Вполне прогнозируемым являлось частое обнаружение устойчивости к стрептомицину, реже наблюдалась устойчивость к рифампицину и ципрофлоксацину. Устойчивость неспецифических патогенов

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

² ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», филиал по CAO.

к другим антибиотикам колебалась от весьма высокой к препаратам пенициллинового ряда (пенициллин, оксациллин) до незначительной (цефалоспорины).

Выводы

В условиях высокой региональной и индивидуальной лекарственной устойчивости МБТ у больных туберкулезом с сопутствующей неспецифической бронхолегочной патологией в виде обострения ХОБЛ или НБ лечение должно быть индивидуализировано. У впервые выявленных больных-бактерио-выделителей, а также при обострениях и рецидивах туберку-

леза в стартовый режим химиотерапии должен включаться фторхинолон. Учитывая высокую частоту устойчивости неспецифической флоры к ципрофлоксацину, предпочтительно использовать современные «респираторные» фторхинолоны (моксифлоксацин, левофлоксацин). Данный подход позволяет избежать дополнительного назначения антибиотика широкого спектра и способствует снижению лекарственной нагрузки на пациента.

Захаров Алексей Сергеевич, тел. + 7 (926) 230-58-80, e-mail: steamcatcher@gmail.com

АКТИВНОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОТНОШЕНИИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

Э.В. Карамов, Г.В. Корнилова, А.Э. Синявин, Ю.В. Жернов

ФГБУ «Федеральный научно-исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии им. почетного академика Н.Ф. Гамалеи» Минздрава России, г. Москва

С помощью специальных компьютерных программ осуществлено моделирование активности в отношении вируса иммунодефицита человека 13 противотуберкулезных препаратов (рифампицин, рифабутин, рифапентин, дапсон, ацедарсон, сульфоксон, ПАСК, метронидазол, линезолид, SQ109, этамбутол, изониазид и этионамид). Препараты с наиболее высокими предсказанными антиВИЧ-свойствами (*in silico*) были проверены в экспериментальной вирус-клеточной системе.

Три препарата: изониазид (ингибитор синтеза бактериальной клеточной стенки), метронидазол (ингибитор синтеза нуклеиновых кислот) и линезолид (ингибитор синтеза белка) показали ярко выраженную антиВИЧ-активность.

Дополнительные тесты продемонстрировали, что метронидазол и линезолид, в отличие от изониазида, способны подавлять ВИЧ-инфекцию более чем на 90%, что является важным параметром для характеристики ингибирующей активности исследуемых соединений.

Применение таких препаратов в терапии коинфекции ВИЧ/туберкулез позволит, понижая вирусную нагрузку и сохраняя CD4⁺-клетки на высоком уровне, отдалить начало антиретровирусной терапии и снизить риск развития воспалительного синдрома восстановления иммунитета.

Карамов Эдуард Владимирович, тел. + 7 (499) 190-30-48, e-mail: karamov2004@yandex.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Ш.Ш. Массавилов

Ташкентская медицинская академия, Республика Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность исследования

Туберкулез является наиболее частым инфекционным заболеванием у ВИЧ-инфицированных в странах с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом и наиболее частой причиной смерти больных СПИДом. Низкий показатель заболеваемости ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в Узбекистане свидетельствует о значительном недо выявлении сочетанного заболевания, что подтверждается показателями смертности – большая часть выявленных больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом умирает (83%) в связи с тяжелыми, несвоевременно выявленными формами последнего.

Цель исследования

Изучить эффективность лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования

Изучено 108 больных, пролеченных в Городской клинической туберкулезной больнице № 1 (ГКТБ № 1) г. Ташкента в 2015 г. Пациенты разделены на две группы: I (основная) – 58 больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез (ВИЧ/ТБ), из них у 9 (15,5%) больных ВИЧ-инфекция обнаружена уже в ГКТБ № 1, II (контрольная) – 50 больных туберкулезом легких без ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования

Возрастно-половой состав в обеих группах был идентичен. В обеих группах преобладали мужчины – 81,0% и 76,0%, соответственно, в возрасте от 30 до 39 лет (46,6% и 54%) и от 40 до 49 лет (34,5% и 30%, соответственно). Инфильтративный туберкулез в I группе был установлен у 34,4% больных (во II – 56,0%), очаговый – у 22,4% (10,0%), диссеминированный – у 17,2% (6,0%), экссудативный плеврит – у 17,7% (12,0%), фиброзно-кавернозный – у 6,8% (10,0%). У одного из пациентов с коинфекцией ВИЧ/туберкулез был диагностирован туберкулезный бронхоаденит (1,7%), а у трех больных из II группы – кавернозный туберкулез легких (6,0%). Клинические проявления у больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез отличались более выраженными инфекционно-токсическим, астеновегетативным и бронхолегочным синдромами. Лимфоаденопатия, повышение температуры и потеря массы тела являются типичными клиническими признаками при туберкулезе, однако частота их развития выше у больных с коинфекцией.

У пациентов с ВИЧ/СПИД-ассоциированным туберкулезом выявлен ряд оппортунистических заболеваний: у 43 (74,1%) больных диагностирован орофарингеальный кандидоз, у трех (5,2%) – генерализованный кандидоз, герпес-вирусы (HSV-1 и HSV-2) определены у девяти (15,5%) больных, цитомегаловирус – у шести (10,3%), в двух случаях (3,4%) диагностирована пневмоцистная пневмония; у одного больного развилась саркома Капоши (1,7%).

Определение случая туберкулеза и категории лечения у больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез проводили по тем же правилам, что и у ВИЧ-отрицательных пациентов. Все больные

получали стандартные режимы химиотерапии I и II, а также патогенетическую и симптоматическую терапию, а пациенты основной группы – еще и сульфаметоксазол/триметоприм 160/800 мг ежедневно до окончания курса химиотерапии. Эффективность лечения оценивали по прекращению бактериовыделения и закрытию полостей распада.

В основной группе в мокроте методом бактериоскопии кислотоустойчивые микобактерии обнаружены у 24 (41,3%) больных, в контрольной группе – у 32 (64%), однако абациллирование в основной группе достигнуто лишь у 10 пациентов (41,6%) против 28 (87,5%) в группе сравнения. Закрытия полостей распада не было ни в одном случае; уменьшение полостей распада в контрольной группе выше, чем у больных с коинфекцией ВИЧ/туберкулез (40,0% и 12,1%, соответственно). Исход лечения: в контрольной группе эффективность лечения составила 98% (улучшение у 49 чел.), тогда как в основной группе она равна всего 72,4% (улучшение – у 16 чел., 27,6%, незначительное улучшение – у 26 чел., 44,8%), динамики не отмечено у пяти (8,6%) пациентов, нарушили режим лечения двое (3,4%), умерли девять (15,5%).

Выводы

Туберкулез на фоне ВИЧ-инфекции приобретает более тяжелое клиническое течение, сопровождается рядом осложнений и сопутствующих заболеваний, в том числе СПИД-ассоциированных, и характеризуется высокими показателями летальности. Стандартный режим химиотерапии недостаточно эффективен, что связано с выраженным иммунодефицитным состоянием и развитием других оппортунистических заболеваний.

Массавилов Шерали Шерикваевич, тел. + 9 (9890) 987-23-24, e-mail: dr.sherali77@mail.ru

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВВЕДЕНИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

И.А. Морозов¹, В.Ю. Мишин^{1,2}, А.Л. Собкин², В.А. Гусева²

Цель исследования

Клиническое исследование эффективности и переносимости химиотерапии у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких при применении инъекционных форм изониазида, рифампицина, левофлоксацина и канамицина в сравнении с пероральным приемом отдельных таблетированных форм этих противотуберкулезных препаратов (ПТП).

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 80 впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких в возрасте 18–34 лет, выделявших МБТ, которые в течение 3 мес. интенсивной фазы лечения, до получения данных о лекарственной чувствительности МБТ, лечились изониазидом (H), рифампицином (R), пиразинамидом (Z), этамбутолом (E), канамицином (K) и левофлоксацином (Lev). Мужчин было 31 (38,8%), женщин – 49 (61,2%).

¹ ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России.

² ГБУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарына Департамента здравоохранения города Москвы».

В I группу вошли 40 больных, которые регионально лимфотропно получали H, R и/или K, внутривенно – Lev, H и/или R и перорально – Z, E. II группу составили также 40 пациентов, которые получали раздельно перорально H, R, Z, E, Lev и внутримышечно – K.

Преобладающей клинической формой туберкулеза была инфильтративная (у пациентов I группы – 72,5%, II – 82,5%). Преимущественно процесс локализовался в пределах 1–2 долей легкого (в I группе – 47,5%, во II – 50,0%) с размерами каверн 2–3 см в диаметре (соответственно, 55,0% и 52,5%). МЛУ в I группе выявлена у 25,0% больных, во II – у 22,5%. Различия между группами во всех случаях недостоверны ($p > 0,05$).

Прекращение бактериовыделения через 3 мес. химиотерапии у больных I группы отмечено в 92,5% случаев, у пациентов II группы – в 82,5% ($p > 0,05$). При этом следует отметить, что парентеральное (региональное лимфотропное и внутривенное) введение растворимых форм ПТП позволяет в большем проценте случаев преодолеть первичную лекарственную устойчивость МБТ, в том числе и МЛУ. Наиболее существенная разница через 3 мес. химиотерапии установлена по показателю

закрытия каверн в легких: у больных I группы они закрылись в 80% случаев, что было в 1,9 раза больше, чем во II группе (42,5%, $p < 0,05$).

Нежелательные побочные реакции на парентеральное введение инъекционных форм ПТП выявлены у 17,5% больных и при пероральном приеме раздельных таблетированных форм – у 20,0%, при этом неустраняемые реакции наблюдались в 5% случаев, независимо от метода введения лекарств.

Выводы

1. У впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких молодого возраста наиболее эффективным является парентеральное введение инъекционных форм ПТП, позволяющее через 3 мес. добиться прекращения бактериовыделения в 92,5% случаев и закрытия каверн в легких в 80%.

2. У впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких молодого возраста пероральное применение таблетированных форм ПТП позволяет через 3 мес. добиться прекращения бактериовыделения в 85,2% случаев и закрытия каверн в легких – в 42,5%.

Морозов Илья Андреевич, тел. + 7 (926) 287-55-29, e-mail: morozov@sent.com

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТАЛЛОКОНСТРУКЦИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Г.С. Мухамедьянов¹, Р.А. Шарипов¹, Р.К. Ягафарова², З.Х. Хафизова¹, М.М. Азаматова¹, Н.Д. Аллаяров³

Актуальность исследования

В последнее время имеет место снижение количества больных туберкулезом костной системы, но если в 80–90-х гг. XX века на оперативное лечение направляли преимущественно больных с локальными формами туберкулеза в фазе стабилизации, то в последние годы расширились показания к операции при распространенных и прогрессирующих формах внелегочного туберкулеза, зачастую сочетающихся с поражением легких. Их лечение и содержание требует больших материальных затрат, создавая значительную социальную проблему; хирургическое лечение таких больных из-за высокого риска осложнений и прогрессирования туберкулеза после операции представляет серьезную проблему. Бурное развитие технологий в конце XX века позволило значительно улучшить результаты лечения, изменить тактику и расширить показания к оперативному лечению. Современная система хирургического лечения туберкулеза и остеомиелита позвоночника основана на радикальных, радикально-восстанови-

тельных и реконструктивных операциях. Остается открытым вопрос о необходимости инструментальной стабилизации пояснично-крестцового отдела позвоночника при его воспалительных заболеваниях, но в хирургии дегенеративно-дистрофических поражений и повреждений оптимальной для данной локализации считается транспедикулярная фиксация. Другой проблемой в оказании медицинской помощи пациентам с открытой формой туберкулеза легких является недоступность адекватного лечения сопутствующей соматической патологии вследствие отсутствия специалистов соответствующего профиля в противотуберкулезных учреждениях.

Цель исследования

Улучшить результаты лечения больных с активным туберкулезным спондилитом путем хирургической стабилизации позвоночника в сочетании с воздействием на очаг поражения; решить проблемы ортопедического лечения больных с легочным туберкулезом в сочетании с травматическим поражением костной системы.

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Республики Башкортостан», г. Уфа.

² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.

³ Клиника ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.

Материалы и методы исследования

Хирургическое лечение по поводу патологии костной системы с использованием современных методик проведено у 16 пациентов (10 мужчин и шесть женщин, средний возраст – 55 лет).

Шести пациентам выполнена транспедикулярная фиксация (ТПФ) позвоночника; у двух – оперативное лечение сочеталось с некрэктомией тел позвонков с передним спондилодезом лифт-системой, а еще у двух – с некрэктомией тел позвонков и абсцессотомией паравертебральных абсцессов; одному пациенту операция была выполнена одномоментно, остальным трем – с разделением этапов операции на 14 дней; двум пациентам выполнена некрэктомия тел позвонков с передним спондилодезом лифт-системой; одному пациенту выполнена некрэктомия тел позвонков с аутопластикой дефекта из гребня подвздошной кости и наkostной фиксацией пластиной; двое пациентов с фиброзной-кавернозным туберкулезом легких (что послужило препятствием для их госпитализации в общую лечебную сеть) оперированы по поводу переломов плечевой кости со смещением отломков, им установлена блокирующая интрамедуллярная система с репозицией костей.

Девять больных были оперированы по поводу туберкулезного спондилита, все они ранее не состояли на учете по поводу туберкулеза. После проведения необходимых диагностических исследований и курса химиотерапии по режиму I

в связи с отсутствием рентгенологической и клинической положительной динамики, а в четырех случаях – и ухудшения, больным было предложено оперативное лечение. В послеоперационном периоде у всех пациентов отмечена положительная неврологическая динамика, летальных исходов не было. Из послеоперационных осложнений наблюдалась аллергическая реакция в одном случае, у двух пациентов – серома послеоперационной раны, у одной пациентки после выполнения некрэктомии тел поясничных позвонков с абсцессотомией и ТПФ купировались явления нижней параплегии, однако появился болевой синдром в нижних конечностях.

Двум пациентам выполнен артродез коленных суставов с использованием винтов и наложением компрессионно-дистракционных аппаратов Илизарова после неоднократной неэффективной некрэктомии. Осложнений в данной группе пациентов не наблюдалось.

Выводы

Исследование показало хороший клинический результат при применении современных хирургических технологий в лечении костно-суставного туберкулеза, способствуя ранней активизации пациентов, уменьшению срока их реабилитации, препятствуя развитию глубокой инвалидизации пациентов. Обоснована возможность оказания травматологической помощи больным туберкулезом в условиях противотуберкулезного учреждения.

Мухамедьянов Гайсар Саматович, тел. + 7 (917) 385-02-89, e-mail: mgs1977@yandex.ru

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОВОГО МАТЕРИАЛА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КОСТЕЙ

Г.С. Мухамедьянов¹, Р.А. Шарипов¹, Р.К. Ягафарова², З.Х. Хафизова¹, М.М. Азаматова¹

Актуальность исследования

Актуальность проблемы костно-суставного туберкулеза (КСТ) высока по-прежнему и обоснована ростом поздно диагностируемых случаев заболевания. В Республике Башкортостан КСТ в последние пять лет занимает лидирующее положение в структуре больных внелегочным туберкулезом, причем диагностируется у пациентов старшей возрастной группы (45 и более лет), у одной трети из них наблюдается сочетание с различными формами легочного туберкулеза, а также с гепатитами и ВИЧ-инфекцией. Абсцессы и свищи осложняют течение процесса в 45% случаев, контрактуры суставов и деформация позвоночника – в 80–90% случаев, а неврологические нарушения встречаются у одной трети пациентов. Несвоевременная диагностика КСТ объясняет «утяжеление»

контингента больных, что требует проведения многоэтапных операций, снижение эффективности хирургического лечения и качества жизни больных. Установлено, что эффективность специфической химиотерапии у больных КСТ крайне низка и в комплексное лечение этих больных обязательно должны быть включены хирургические методы лечения, причем больные должны оперироваться на всех этапах развития болезни. Развитие хирургии туберкулеза костей определяют «поиски нового пластического материала, способного заменить аутокость», так как остаточные полости после некрэктомии туберкулезных очагов в костях препятствуют раннему заживлению ран. В свое время ксенотрансплантация не получила развития из-за боязни бионесовместимости тканей человека и животных разных видов. В литературе мы не встречали данные о

¹ ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер Минздрава Республики Башкортостан», г. Уфа.

² ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Уфа.

возможности пломбирования остаточных полостей костей ксенотрасплантатами после иссечения туберкулезных свищей. Однако новые технологии позволяют получить биоматериал из органов животных, обработанный таким образом, что эпидерма, жировая клетчатка и все дермальные клетки удаляются без нарушения коллагеновой матрицы, что лишает его чужеродной антигенной структуры, вследствие чего он является неиммуногенным инертным материалом.

Цель исследования

Ускорить излечение больных с хроническими туберкулезными свищами костей путем использования в хирургическом лечении коллагенового материала животного происхождения.

Материалы и методы исследования

Хирургическое лечение с использованием коллагенового материала выполнено у трех пациентов (двое мужчин и одна женщина, средний возраст – 35 лет). Длительность заболевания в среднем составила два года, двое больных были ранее неоднократно оперированы в различных лечебных учреждениях и только после гистологического подтверждения диагноза туберкулеза были направлены в РКПТД Минздрава Республики Башкортостан, где получали специфическую химиотерапию (с недостаточным эффектом) и подвергались некрэктомиям. Один пациент проходил диагностическое обследование с целью исключения специфического про-

цесса, получал лечение по III режиму химиотерапии и был оперирован вследствие отрицательной рентгенологической динамики. При оперативном лечении использовали коллагеновый материал «Коллост», обладающий механической пластичностью, которая позволяла достичь максимальной конгруэнтности остаточной полости и введенной в нее пломбировочной массы. Пациентам была выполнена некрэктомия с иссечением туберкулезных свищей костей, затем – пломбировка остаточных полостей коллагеновым материалом «Коллост». В послеоперационном периоде проводили перевязки, специфическую химиотерапию. В двух случаях отмечено вторичное заживление ран (у тех больных, которые были неоднократно оперированы), однако отторжения коллагенового материала не произошло. У впервые оперированного больного рана зажила первичным натяжением. Во всех случаях не наблюдали аллергических реакций, закрытие остаточных полостей произошло без признаков вторичного инфицирования. Средний срок закрытия полостей составил 3 месяца.

Выводы

Использование коллагенового материала «Коллост» в комплексном лечении туберкулезных свищей костей позволяет улучшить результаты лечения данной группы больных, ускорить время заживления свищей. Простота применения позволяет рекомендовать его в клинической практике в лечении для закрытия длительно незаживающих свищевых дефектов.

Мухамедьянов Гайсар Саматович, тел. + 7 (917) 385-02-89, e-mail: mgs1977@yandex.ru

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОПИНГОВЫХ СТРАТЕГИЙ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С.Н. Новикова¹, Ю.И. Шахова², Т.И. Ледовская², Н.В. Рублева¹, И.Ю. Лебедев¹

Актуальность исследования

В современной социальной и клинической психологии активно обсуждаются гендерные особенности пациентов. По современным представлениям, *гендер* – это социально-биологическая характеристика, с помощью которой люди дают определение понятиям «мужчина» и «женщина». С биологическими факторами гендера связаны двигательная подвижность, возможности применения мышечной силы в том или ином виде деятельности, возбудимость нервных процессов, скорость психофизиологических реакций и т.п. В социально-психологическом плане различные аспекты биологического пола личности связаны с процессом социального восприятия, системой социальных отношений, возникающих на основе любого из аспектов сексуальности. Интеллектуальные и эмо-

циональные различия между мужчиной и женщиной также существуют, хотя и носят скорее качественный, чем количественный характер. Мужчины и женщины по-разному воспринимают окружающую действительность, по-разному ее оценивают.

Данные литературы о гендерном влиянии на копинговые стратегии пациентов и их приверженность лечению многообразны и часто противоречивы. Однако нет сомнения в том, что это влияние существует и его необходимо учитывать в принятии рациональных клинических решений при выборе стратегии лечебно-реабилитационных мероприятий. Это особенно важно в клинике туберкулеза, где современные стандарты химиотерапии не исключают необходимости учитывать индивидуальные и гендерные особенности больных, для которых

¹ ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России.

² ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Курск.

характерны недостаточная критика своего состояния, озабоченность инфекционным характером заболевания и длительностью предстоящего лечения. Без такой оценки невозможна психологическая и медикаментозная коррекция поведенческих реакций больных, а значит, и успех проводимого лечения.

Цель исследования

Изучить влияние гендерных особенностей туберкулезных больных на формирование их копинговых стратегий и приверженность современному лечению.

Материалы и методы исследования

Рандомизированным методом отобраны 100 больных (50 мужчин и 50 женщин) в возрасте 25–50 лет с разными формами впервые выявленного туберкулеза легких с лекарственно-чувствительными возбудителями (основная группа); контрольная группа, аналогичная по полу, возрасту и формам заболевания, также состояла из 100 чел. Всех больных обследовали при поступлении и перед выпиской из стационара по окончании интенсивной фазы лечения. Приверженность к лечению оценивали по скрининговой методике, разработанной для мужчин и женщин (заявка на изобретение № 2013148315), копинговые стратегии – по Р. Лазарус и С. Фолкман, (1988). Все больные получали стандартное лечение, которое в основной группе было дополнено мерами специально разработанной лечебно-реабилитационной программы, включающей препараты интерферон и омега-3. Оценку результатов лечения проводили после окончания полного курса химиотерапии.

Результаты исследования

Показатели приверженности к лечению у женщин оказались выше, чем у мужчин (соответственно, $4,2 \pm 0,1$ против $3,0 \pm 0,2$ стена, $p < 0,05$), что сочеталось с более добросовестным приемом противотуберкулезных препаратов, аккуратным соблюдением больничного режима и лучшими, чем у мужчин, показателями эффективности лечения. При анализе копинговых стратегий у мужчин и женщин существенной разницы не обнаружено. Однако при сопоставлении субшкал стратегий совладания у больных с низкой и высокой приверженностью к лечению была получена существенная разница ($p < 0,05$) между показателями дистанцирования ($53,36 \pm 1,42$ против $46,36 \pm 1,33$), бегства-избегания ($54,08 \pm 1,48$ против $45,92 \pm 1,13$), планирования решения ($42,39 \pm 1,74$ против $51,02 \pm 1,07$). Личностные особенности женщин в целом характеризовались направленностью на создание гармоничных

взаимоотношений с окружающими, поддержание равновесия в социуме, партнерство и большую свободу в выражении своих чувств и эмоций. У них оказалась меньшая внушаемость, чем у мужчин ($3,5$ балла против $5,7$; $p < 0,001$), что, на наш взгляд, обусловлено более высоким уровнем образования у исследованного контингента больных.

Поведение мужчин характеризовалось низкой эмпатичностью и эмоциональностью в отношениях с окружающими, частым сдерживанием своих эмоций. Мужской стиль поведения выглядел более соревновательным и конфликтным, мужчины были менее откровенны и неохотно делились как своими переживаниями, так и другой информацией о себе. Они чаще испытывали напряжение, пытались снять его с помощью алкоголя, неохотно воспринимали меры по реализации предлагаемой лечебно-реабилитационной программы и чаще нарушали лечебный режим.

После окончания интенсивного курса лечения закрытие и существенное уменьшение полостей распада установлено в основной группе в 70,0%, в контрольной – в 52,0% ($p < 0,05$). Прекращение бактериовыделения существенно не различалось в группах наблюдения, достигая 82,0%. Женщины продолжали эмоционально воспринимать свое заболевание, но демонстрировали более гармоничные взаимоотношения с окружающими, стремление к поддержанию равновесия в социуме, тренд на партнерство, взаимозависимость и успешность в коммуникативной сфере. Мужчины сохраняли большую соревновательность и конфликтность по сравнению с женщинами, однако демонстрировали более высокую приверженность к лечению в случае его эффективности.

Выводы

В планировании и реализации лечебно-реабилитационных программ для больных туберкулезом легких необходимо принимать во внимание гендерные особенности пациентов, которые существенно влияют на приверженность лечению, а через него – на такие копинговые стратегии, как дистанцирование, бегство-избегание и планирование решения, что в конечном итоге отражается на эффективности проводимого лечения.

Новикова Светлана Николаевна, тел. + 7 (910) 213-53-25, e-mail: as.prof.lebedev@gmail.com

О ТОРАКОПЛАСТИКЕ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭМПИЕМОЙ ПЛЕВРЫ

В.К. Полянский, О.В. Кузьмин, В.С. Волков, А.В. Лятошинский

Филиал № 2 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России,

г. Пушкино, Московская область

Актуальность исследования

По данным литературы, частота применения торакопластики как лечебного средства у впервые выявленных и неэффективно леченных больных деструктивным туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью МБТ колеблется от 5 до 13%, а общая эффективность операций торакопластики составляет 86,7% при госпитальной летальности 5,9%.

Цель исследования

Оценить роль и возможности торакопластики как лечебного средства у больных туберкулезной эмпиемой плевры.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 346 больных хронической туберкулезной эмпиемой плевры (ХТЭП), которым выполнены различные оперативные вмешательства, у 39 (11,3%) – с торакопластикой.

Результаты исследования

Плевропневмонэктомия с торакопластикой выполнена у шести больных (1,7%). Протяженность торакопластики по вертикали зависела от объема грудной полости: 8 ребер было резецировано у одного больного, 7 ребер – у четырех больных, 6 ребер – у одного больного. У восьми (2,3%) больных выполнена плеврэктомия, декорткация с резекцией легкого и корригирующая торакопластика, у трех – плеврэктомия, декорткация легкого с торакопластикой. Торакопластика с целью ликвидации остаточной плевральной полости, закрытия стойкого бронхиального свища произведена у 22 больных (6,4%), ререзекция культи главного бронха с торакопластикой – у двух (0,6%) больных. У большинства этих пациентов специфический гнойный процесс в плевре поддерживался остеомиелитом (хондритом) ребер или бронхоплевральными свищами. Выполнение торакопластики включало: декостацию с мобилизацией грудной стенки в объеме полости, оздоровление плевральной полости путем иссечения грануляционных тканей и обработки ее стенок химическим, физическим и механическим методами. При этом стремились максимально выделить межреберные мышцы, иссечь и ушить бронхиальные свищи, подшить к ним мышцы. Оперативные вмешательства предусматривали выполнение торакопластики в объеме полости эмпиемы, парietальной плеврэктомии, ушивания и пластики свища, пластики полости эмпиемы. У одного пациента после пневмонэктомии выполнена ререзекция культи правого главного бронха с семиреберной торакопластикой. Полость эмпиемы ликвидировали плотным приближением

декостированной, податливой после иссечения, хотя и утолщенной плевры грудной стенки к средостению. У четырех больных с распространенной (субтотальной) туберкулезной эмпиемой плевры, причиной которой послужил экссудативный плеврит, резецировано по 7 ребер у каждого.

У больных ограниченной эмпиемой плевры (12 случаев, все с пострезекционной эмпиемой плевры) объем торакопластики составил 5 ребер у 9 больных, 7 ребер – у двух, 3 ребра – у одного больного. Бронхиальные фистулы ушивали атравматической иглой. Для пластики свища и полости эмпиемы применяли межреберные мышцы (12 случаев), межреберные и подлопаточную (шесть случаев), подлопаточную и широчайшую мышцы (три случая), а также рубцово-мышечные ткани в виде надкостнично-межреберных лоскутов с частью парietальной шварты. Во всех случаях оперативное вмешательство заканчивали дренированием полости и раны мягких тканей через отдельные контрапертуры, герметичным ушиванием раны и наложением повязки с пелотом. В качестве пелота использовали поролоновую губку или ватную подушку. Вакуумное дренирование сохраняли в течение 3–5 дней после операции, а давящую повязку с пелотом, как правило, не менее 2–3 недель. У пяти больных с длительно существовавшими бронхиальными свищами их мышечную пластику сочетали с временной окклюзией бронхов через фибробронхоскоп. Окклюзию выполняли или накануне, или в ходе операции перед ушиванием и миопластикой бронхиального свища. Этим прекращали поступление воздуха к ушитому бронхиальному свищу и предупреждали смещение мышечного лоскута. Средний срок стационарного лечения этой группы больных составил 245 дней, в том числе после операции – 65,3 дня. Двое больных были выписаны со щелевидной остаточной полостью и один – с плеврокожным свищом, развившимся в результате рецидива хронической туберкулезной эмпиемы плевры. В процессе амбулаторного лечения у больных наступило заживление плеврокожного свища.

Функция внешнего дыхания перед выпиской из стационара изучена у 14 пациентов, перенесших торакопластику, а через 2 месяца после операции – у 12 пациентов. Результаты этих исследований свидетельствуют, что после торакомиопластических операций сохраняются ее стойкие нарушения. Полное выключение или значительное ослабление дыхания определенных отделов легкого (в зависимости от числа резецированных ребер и размеров иссеченных фрагментов) необратимо.

Выводы

Ретроспективный анализ наших наблюдений позволяет прийти к заключению, что торакомиопластические вмешательства показаны не столько для устранения остаточной плевральной полости, сколько для ликвидации факторов, поддерживающих развитие или торпидное течение эмпи-

мы плевры (остеомиелиты ребер, хондриты, бронхиальные свищи). Торакопластика, особенно в сочетании с мышечной пластикой, достаточно эффективна, представляет собой радикальный метод лечения эмпием плевры, в том числе наиболее тяжелых (тотальных, рецидивных и сочетающихся с бронхиальными свищами).

Савицкий Геннадий Григорьевич, тел. + 7 (903) 714-59-41, e-mail: savitskiygg@mail.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

В.К. Полянский, О.В. Кузьмин, А.Е. Левченко, Н.М. Колмаков

Филиал № 2 ФГКУ «Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко» Минобороны России, г. Пушкино, Московская область

Актуальность исследования

Распространенные деструктивные формы туберкулеза легких представляют наибольшую опасность для жизни больных, так как эффективность терапевтических мероприятий в большинстве этих случаев низкая ввиду устойчивости возбудителя к специфическим препаратам. Методом выбора в таких случаях являются хирургические методы лечения.

Цель исследования

Оценить роль и возможности хирургических методов лечения больных распространенным деструктивным туберкулезом легких.

Материалы и методы исследования

Изучены результаты хирургического лечения 514 больных распространенным деструктивным туберкулезом легких. Среди них было 488 (94,9%) мужчин и 26 (5,1%) женщин, большинство (74,2%) в возрасте до 30 лет. Кавернозный туберкулез легких диагностирован у 36,4%, фиброзно-кавернозный – у 41,3%, диссеминированный – у 22,3% пациентов. Односторонний процесс имел место у 46,4%, двусторонний – у 53,6% пациентов. Активными бактериовыделителями были 88,9%, из них 40,5% – с лекарственной устойчивостью микобактерий к противотуберкулезным химиопрепаратам, в т.ч. 28,0% с множественной и 0,8% – с широкой лекарственной устойчивостью.

Результаты исследования

Основными задачами предоперационной подготовки являлись достижение устойчивой стабилизации и ограничения специфического процесса, ликвидация свежих очагов диссеминаций и инфильтративных изменений в легких. На фоне комплексной противотуберкулезной терапии применяли тактику этапных хирургических вмешательств, включающих предварительное микродренирование полостей распада (ка-

верн), местное антибактериальное и физиотерапевтическое воздействие на туберкулезный процесс, коллапсотерапию (чаще пневмоперитонеум). После улучшения состояния больным выполняли основной этап хирургического лечения. Применяли три основных вида вмешательств: плевропневмонэктомию – у 29 (5,7%) пациентов, лоб- и билобэктомии – у 274 (53,3%) и полисегментарную резекцию легкого – у 181 (35,2%), а также нерезекционные вмешательства – кавернопластику, торакопластику – у 30 (5,8%) больных. Резекцию легкого в 246 (47,8%) случаях дополнили пломбировкой купола плевры кетгутом или интраплевральной корригирующей торакопластикой. Операции у 94,8% больных выполнили в плановом порядке, у 3,6% – по срочным, у 1,6% – по неотложным показаниям. Послеоперационные осложнения возникли в 42 (8,2%) случаях: внутриплевральное кровотечение (8), остаточная полость (5), эмпиема плевры (2), ателектаз (9), нагноение раны (7), пневмония (9), острая дыхательная недостаточность (2). У 40 пациентов указанные осложнения были ликвидированы, у двух (0,4%) – закончились летальным исходом из-за прогрессирования туберкулезного процесса.

Выводы

Хирургические вмешательства являются существенным резервом повышения эффективности лечения больных с распространенными деструктивными формами туберкулеза легких. Операции носят сугубо специализированный характер и требуют строго индивидуального подхода. Дополнение резекции легкого коррекцией гемиторакса снижает риск обострения туберкулеза. В выборе оптимальных сроков оперативного лечения как завершающего этапа комплексной терапии большое значение имеют преемственность и координация работы фтизиатров и хирургов.

Савицкий Геннадий Григорьевич, тел. + 7 (903) 714-59-41, e-mail: savitskiygg@mail.ru

НЕЙРОТОКСИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

С.В. Ситникова¹, О.Г. Иванова², А.В. Мордык², А.В. Кондря²

Актуальность исследования

Туберкулез является основной причиной смерти больных ВИЧ-инфекцией, а потому эффективность противотуберкулезной терапии у больных с ВИЧ-инфекцией очень важна, поскольку летальность в группе ВИЧ-позитивных значительно выше. У больных, получающих комбинированную противотуберкулезную терапию и антиретровирусную терапию (АРВТ), увеличивается количество принимаемых лекарственных препаратов, возникает опасность их неблагоприятного взаимодействия, что значительно влияет на частоту развития нежелательных побочных реакций (НПР). По данным небольшого количества исследований, НПР на противотуберкулезные препараты (ПТП) в сочетании с АРВТ встречаются в 25,7–42,6%, причем большинство из них проявляются в первые два месяца лечения, и часто-та их возрастает при повторных курсах химиотерапии.

Цель исследования

Анализ частоты нейротоксических реакций противотуберкулезных препаратов у больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в сравнении с пациентами без ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы исследования

Ретроспективное сравнительное исследование включило 343 больных с впервые выявленным туберкулезом легких, которые были разделены на две группы. Основную группу (ОГ) составили 213 больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез, группу сравнения (ГС) – 130 больных туберкулезом легких без ВИЧ-инфекции. Все пациенты получали лечение в КУЗ Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4». Анализировали данные анамнеза, результаты клинических, рентгенологических, бактериологических, молекулярно-генетических исследований. Результаты обработаны с помощью программы BioStat и стандартных методик описательной статистики; различия по критерию χ^2 считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования

В ОГ мужчин было 77,9%, в ГС – 60,7% ($p = 0,0001$). У пациентов ОГ были установлены следующие стадии ВИЧ-инфекции: 2Б – 2,8%, 2В – 9,9%, 3 – 13,6%, 4А – 33,8%, 4Б – 4,69%, 4В – 16,4%, у 18,8% больных стадия ВИЧ-инфекции не была определена из-за краткости пребывания в стационаре. Алкоголизм страдали 41% больных в ОГ и 7,7% в ГС ($p = 0,0001$).

В ОГ выявлены следующие сопутствующие заболевания: вирусный гепатит В – у 32 (15,0%) пациентов, вирусный гепатит С – у 147 (69,0%), язвенная болезнь желудка – у 32 (15,0%),

прочие заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – у 22 (10,3%), сахарный диабет – у девяти (4,2%), ХОБЛ – у 47 (22,1%), эпилепсия – у восьми (3,8%), энцефалопатия – у четырех (1,9%), заболевания сердечно-сосудистой системы – у 40 (18,8%). В ГС вирусный гепатит В выявлен у трех пациентов (2,3%, $p = 0,0001$), вирусный гепатит С – у пяти (3,8%, $p = 0,0001$), язвенная болезнь желудка – у девяти (6,9%, $p = 0,038$), другие заболевания ЖКТ – у 22 (16,9%), сахарный диабет – у 11 (8,5%, $p = 0,165$), ХОБЛ – у 17 (13,1%, $p = 0,054$), энцефалопатия – у двух (1,5%, $p = 0,848$), заболевания сердечно-сосудистой системы – у 30 (23,1%, $p = 0,412$).

В обеих группах преобладал инфильтративный туберкулез легких: 135 (63,4%) в ОГ и 90 (69,2%) – в ГС ($p = 0,322$). Фиброзно-кавернозный туберкулез был установлен у 14 (6,6%) больных в ОГ и у 12 (9,2%) – в ГС (0,479, $p = 0,489$), диссеминированный туберкулез – у девяти (4,2%) и 18 (13,8%, $p = 0,003$), очаговый туберкулез – у семи (3,3%) и трех (2,3%, $p = 0,848$). Прочие формы туберкулеза диагностированы в обеих группах в единичных случаях. МБТ выделены у 76 (35,7%) пациентов в ОГ и у 101 (77,7%) – в ГС ($p = 0,0001$).

Больные получали комплексное лечение: противотуберкулезную химиотерапию (4–6 препаратов), дезинтоксикационную терапию, витамины, гепатопротекторы, а также АРВТ (в ОГ). АРВТ получали 65 (30,5%) больных, у 21 (9,9%) показания к назначению АРВТ отсутствовали, (59,6%) больных от АРВТ отказались. НПР ПТП зарегистрированы у 201 (94,4%) пациента в ОГ и у 56 (43,1%) – в ГС ($p = 0,0001$). В структуре НПР в ОГ нейротоксические реакции составили 23,9% (51 случай), лекарственные гепатиты – 40,4% (86), кардиотоксические – 9,9% (21), лекарственный нефрит – 11,3% (24), вестибуло-кохлеарный неврит – 1,9% (4), аллергические реакции – 7,0% (15). В ГС нейротоксические реакции составили 50% (28 случаев) от числа НПР, лекарственные гепатиты – 53,6% (30) кардиотоксические – 3,8% (5), неврит вестибуло-кохлеарного нерва – 4,6% (6), лекарственный нефрит – 3,1% (4), аллергические реакции – 19,6% (11 случаев, $p = 0,015$).

Заключение

У больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом легких нежелательные побочные реакции ПТП встречались в 3,5 раза чаще, чем у больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции. Нейротоксические реакции в группе пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом встречались в 1,5 раза реже,

¹ КУЗ Омской области «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4», г. Омск.

² ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России.

чем в группе сравнения, и их развитие требовало углубленной диагностики для исключения нейроинфекций, поражения ЦНС, вызванного ВИЧ, и туберкулеза ЦНС и мозговых оболочек.

Развитию нейротоксических реакций способствовали перенесенные пациентом ранее черепно-мозговые травмы, употребление психоактивных веществ.

Иванова Ольга Георгиевна, тел. + 7 (908) 806-68-56, e-mail: olga-ivanova1969@mail.ru

НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

М.В. Титюхина, Н.З. Хоменко, М.В. Сеницын, Н.И. Чистякова, С.Н. Халина

ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Актуальность исследования

Эффективность лечения туберкулеза зависит от множества факторов. Патогенетически обусловленное нарушение микроциркуляции и обменных процессов в клетках всех органов в конце концов приводит к истощению адаптационных сил организма. Массивная антибактериальная терапия ведет к нарушению микробиоты кишечника, метаболическому повреждению энтероцитов на всем протяжении ЖКТ и нарушению всасывания. Развитие системной воспалительной реакции при туберкулезном воспалении, снижение аппетита и нередко развивающаяся антибиотик-ассоциированная диарея неизбежно ведут к выраженным катаболическим процессам и развитию нутритивной недостаточности.

Материалы и методы исследования

В течение 2015 г. дополнительное энтеральное питание получали 246 больных туберкулезом различных форм и локализаций и с сопутствующей патологией. Из них 55 (22,3%) были инфицированы ВИЧ. Показанием для назначения дополнительного энтерального питания были снижение ИМТ менее 19, снижение общего белка, альбумина и трансферрина в плазме, прогрессирование туберкулезного процесса или ВИЧ-инфекции, развитие нежелательных побочных реакций (токсического гепатита, антибиотик-ассоциированной диареи).

Результаты исследования

В хирургических отделениях (общая и торакальная хирургия, урология, гинекология, роддом) получали питание 132 пациента, в реанимационных отделениях – 32 и во фтизиатрических – 82 больных. При этом специализированные смеси получали 22 больных с патологией печени, 15 больных с патологией почек, 30 больных сахарным диабетом. Один больной с активным туберкулезом главного бронха и ВИЧ-инфекцией 4 месяца находился на зондовом питании только энтеральными смесями. Нутритивная недостаточность была ликвидирована, нормализовался белковый обмен, больной прибавил в весе 2,5 кг, был успешно оперирован и выписан с выздоровлением по туберкулезу.

24 пациента с антибиотик-ассоциированной диареей получали специальную смесь с пробиотиком с хорошим эффектом. Необходимо отметить, что полная отмена ПТТ потребовалась у девяти больных, лечение которых осложнилось токсическим (лекарственным) гепатитом, и у 12 – с диареей. У остальных больных с нежелательными побочными реакциями проведена коррекция химиотерапии.

В процессе работы мы заметили, что у больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез содержание общего белка в плазме не отражает состояние нутритивного (белкового) статуса. Обследовано 29 больных, находящихся на лечении в клинике. ИМТ у них составлял от 13 до 17,5. При стандартном лабораторном исследовании крови содержание общего белка и альбумина было нормальным у 24 и 22 больных, соответственно. Содержание же трансферрина было нормальным только у четырех пациентов, его снижение до 1 г/л выявлено у 16 больных, менее 1 г/л – у девяти пациентов. Значительное снижение трансферрина позволяет заявлять об истощении висцерального пула белка и смешанном генезе нутритивной недостаточности, что в условиях агрессивного медикаментозного лечения требует обязательной коррекции путем применения энтерального питания. В 13 случаях мы не смогли существенно воздействовать на течение патологического процесса, и больные умерли.

Выводы

У больных туберкулезом различных форм и локализаций с осложненным его течением в сочетании с ВИЧ-инфекцией часто имеет место нутритивная недостаточность, которая значительно осложняет лечение больного. Нормализация нутритивного статуса значительно расширяет возможности для проведения адекватной противотуберкулезной терапии. Назначение дополнительного энтерального питания (сиппинг) создает условия для повышения переносимости ХТ и полноценных репаративных процессов, что положительно скажется на течении инфекционного процесса и результатах лечения.

Титюхина Марина Викторовна, тел. + 7 (915) 135-88-25, e-mail: marina-tit@mail.ru