

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельберг, И. С. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью у злоупотребляющих алкоголем пациентов – важная проблема современной фтизиатрии / И. С. Гельберг [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – № 11. – С. 10–15.
2. Васильева И. А. Эффективность комплексного лечения больных туберкулезом легких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий / И. А. Васильева [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – № 4. – С. 81.
3. Левчук Л. И. Особенности лечения больных с МЛУ, страдающих хроническим алкоголизмом / Л. И. Левчук [и др.] // Туберкулез современного периода : матер. науч.-практ. конф. – Минск, 2017. – С. 268-270.
4. Рудой, Н. М. Туберкулез легких и алкоголизм / Н. М. Рудой, Т. Ч. Чубаков. – М., 1985. – 176 с.
5. Суркова, Л. К. Патоморфологические аспекты туберкулеза и алкоголизма / Л. К. Суркова, М. И. Дюсьмикеева, Е. В. Адольф // Туберкулез современного периода : матер. науч.-практ. конф. – Минск, 2012. – С. 177-179.
6. Уткин, В. В. Алкоголизм и туберкулез (обзор) / В. В. Уткин // Пробл. туберкулез. – 2004. – С. 59–65.
7. Шейфер, Ю. А. Отдаленные результаты лечения пациентов с деструктивным туберкулезом легких [Электронный ресурс] / Ю. А. Шейфер // Материалы республиканской с международным участием науч.- практической конференции, посвященной 60-летию Гродненского государственного медицинского университета (28 сентября 2018 г.) / отв. ред. В. А. Снежицкий. – Гродно, 2018. – С. 846–849. – 1 эл. опт. диск (CD-ROM).
8. Шейфер, Ю. А. Результаты лечения больных туберкулезом легких, выписанных из стационара с деструкцией легочной ткани / Ю. А. Шейфер // Мультирезистентный туберкулез: клинико-эпидемиологические особенности и тактика лечения : материалы междунар. науч.-практ. конф., Минск, 13-14 ноября 2014 г. / РНПЦ «Пульмонология и фтизиатрия» ; редкол.: Г. Л. Гуревич [и др.]. – Минск, 2014. – С. 127–129.

ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ОТЯГОЩАЮЩИХ ФАКТОРОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МЛУ-ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ДАННЫМ НЕПОСРЕДСТВЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

*Гельберг И.С., Алексо Е.Н., Арцукевич Я.З., Циунчик А.В., Вольф С.Б.,
Демидик С.Н., Шейфер Ю.А., Масилевич А.М.*

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время в Беларуси отмечается благоприятный

патоморфоз туберкулеза, который заключается в снижении показателей заболеваемости (с учетом рецидивов) и смертности от него в 1,6 раза за последние 5 лет соответственно. В то же время сохраняется негативная тенденция в виде высокого уровня туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий, который во фтизиатрии принято называть МЛУ-туберкулезом (МЛУ-ТБ). Принято считать, что при этих формах заболевания наблюдаются неудовлетворительные результаты лечения, высокие показатели заболеваемости и смертности. Другим негативным моментом являются отягощающие факторы (факторы риска), наличие которых способствует повышению заболеваемости туберкулезом, более тяжелому его течению и увеличению уровня неблагоприятных исходов. Наиболее важную роль играют значимые отягощающие факторы, к которым относятся ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, злоупотребление алкоголем, пребывание в местах заключения, наркомания. Определенное значение имеют также ХНЗОД, в первую очередь ХОБЛ, психические заболевания, патология ЖКТ, в первую очередь – язвенная болезнь. К менее значимым можно отнести такие факторы как беременность и роды, контакт и некоторые другие. Выраженный негативный эффект выявляется при наличии одновременно нескольких значимых отягощающих факторов.

До настоящего времени остается нерешенным вопрос о значении отягощающих факторов в неблагоприятных проявлениях и течении МЛУ-ТБ, какова роль непосредственно МЛУ МБТ и какое место занимают те или иные отягощающие факторы. Проблема является весьма актуальной, т.к. от ее решения зависит целесообразность разработки и применения корректирующих методов терапии.

Цель. Оценка роли некоторых отягощающих факторов в эффективности лечения МЛУ-туберкулеза по данным непосредственных результатов (в стационаре).

Методы исследования. Проведено обследование и наблюдение за результатами лечения пациентов с МЛУ-ТБ, находившихся в стационарах Гродненского клинического центра (ГОКЦ) «Фтизиатрия». Было сформировано несколько групп: МЛУ-ТБ + синдром зависимости от алкоголя (СЗА, 120 пациентов), МЛУ-ТБ + сахарный диабет (38), МЛУ+ пребывание в исправительно-трудовых учреждениях (ИТУ, 45), МЛУ+ заболевания ЖКТ (34), МЛУ+ХНЗОД (31), МЛУ+ контакт (37). В качестве группы сравнения наблюдались пациенты без наличия отягощающих факторов, в отдельных случаях – малозначимые, (75), всего 380 пациентов с МЛУ-туберкулезом легких.

Химиотерапия проводилась согласно утвержденным МЗ РБ протоколам и инструкциям. Результаты оценивались по принятым во фтизиатрии показателям: прекращение бактериовыделения, заживление полостей распада, успешного лечения, неэффективной терапии, летальности общей и от туберкулеза. Статистическая обработка данных проведена параметрическим методом по А.И.Ойвину.

Результаты и их обсуждение. В таблице 1 приводятся данные об эффективности стационарного лечения (интенсивная фаза) в группах пациентов: МЛУ-ТБ без факторов риска, МЛУ-ТБ + СЗА, МЛУ-ТБ + сахарный диабет, МЛУ-ТБ – прибывшие из ИТУ.

Таблица 1. – Непосредственные результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ без отягощающих факторов, а также с наличием СЗА, сахарного диабета, прибывших из ИТУ

№ п/п	Наименование показателя	Число пациентов и процент						
		МЛУ-ТБ без риска	МЛУ-ТБ+ СЗА	МЛУ-ТБ + диабет	МЛУ-ТБ прибывш. из ИТУ	p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₁₋₄
1.	Всего пациентов	75	120	38	45	–	–	–
2.	Прекращение бактериовыделения	67-91,8 (на 73 МБТ +)	77-67,5 (на 114 МБТ+)	25-65,8	29-67,4	<0,05	<0,05	<0,05
3.	Закрытие полостей распада	18-72,0 (на 25)	18-32,1 (на 67)	8-32,0 (на 25)	11-40,7 (на 27)	<0,05	<0,05	<0,05
4.	Успешное лечение	67-89,3	78-65,0	23-60,5	30-66,7	<0,05	<0,05	<0,05
5.	Без эффекта	2-2,7	16-13,3	16-42,1	8-17,8	<0,05	<0,05	<0,05
6.	Умерло							
6.1	от туберкулеза	2-2,7	16-13,3	8-21,5	4-48,9	<0,05	<0,05	>0,05
6.2	от других причин	0-0	0-0	8-21,5	4-8,9			
6.2.1	в т.ч. лечили ТБ эффективно			4-10,5	2-4,4			
6.2.2	лечение ТБ неэффективно			4-10,5	2-4,4			

Полученные данные свидетельствуют о выраженном различии в результативности терапии между основными группами и группой сравнения. Так, несмотря на наличие МЛУ МБТ, у пациентов без значимых факторов риска достигнуто успешное лечение почти в 90% (89,3%), а бактериовыделение прекратилось у 91,8% пациентов при низкой летальности – 2,7%. В то же время, во всех остальных группах показатели эффективности достоверно ниже – 65,0 – 60,5 – 66,7% и между собой существенно не различаются. Это касается и прекращения бактериовыделения – 67,5 – 65,8 и 67,4% соответственно. Ниже в группе показатель смертности от туберкулеза – 2,7% при 13,3 – 21,05 и 8,9% соответственно (с последней группой различие недостоверно, p>0,05).

Таблица 2. – Непосредственные результаты лечения пациентов с МЛУ-ТБ без отягощающих факторов, а также с наличием патологии ЖКТ, ХНЗОД, контакта

№ п/п	Наименование показателя	Число пациентов и процент						
		МЛУ-ТБ без риска	МЛУ-ТБ+конт акт	МЛУ-ТБ+забол ЖКТ	МЛУ-ТБ+забол ХНЗОД	p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₁₋₄
1	Всего пациентов	75	37	34	31	–	–	–
2.	Прекращение бактериовыделения	на 73 67-91,8	на 36 31-86,1	на 34 29-85,3	23-74,7	>0,05	>0,05	<0,05
3.	Закрытие полостей распада	на 25 18-72,0	на 13 6-46,1	на 16 5-31,2	на 16 6-37,5	>0,05	<0,05	<0,05
4	Успешное лечение	67-89,3	на 36 31-86,1	31-83,8	21-67,7	>0,05	>0,05	<0,05
5.	Без эффекта	6-8,0	5-13,9	5-13,5	8-25,8	>0,05	>0,05	>0,05
6.	Умерло							
6.1	от туберкулеза	3-2,7	0-0	1,27	2-6,4	>0,05	>0,05	>0,05
6.2	от других причин	0	0	0	0	-	-	-

Представленные в таблице 2 данные свидетельствуют о значительно меньших различиях между группами. Это, прежде всего, касается пациентов, находившихся в контакте с бактериовыделителями. Здесь ни по одному показателю не получено достоверной разницы. Частота прекращения бактериовыделения составила 91,8 и 86,1%, успешного лечения – 89,3 и 86,1% соответственно ($p > 0,05$). У пациентов с патологией ЖКТ различия с группой сравнения также невелики, но показатели эффективности в целом несколько ниже, чем в группе сравнения, однако различия недостоверны, кроме частоты заживления полостей распада. В то же время, различия с пациентами с наличием ХНЗОД, более выражены. Достоверные различия здесь получены по трем важным показателям – прекращению бактериовыделения, заживлению полостей распада и успешному лечению ($p < 0,05$).

Таким образом, к значимым в отношении эффективности стационарного лечения МЛУ-ТБ факторам относятся синдром зависимости от алкоголя, пребывание в ИТУ, сахарный диабет и несколько в меньшей степени – ХНЗОД, менее значимы – заболевания ЖКТ и контакт с бактериовыделителями.

Приведенные данные позволяют считать, что наличие значимых факторов риска оказывает выраженное негативное влияние на результаты стационарного лечения пациентов с МЛУ-ТБ. Оно, согласно полученным данным, играет более важную роль в снижении эффективности химиотерапии, чем непосредственно наличие МЛУ-ТБ. При наличии перечисленных значимых отягощающих факторов эффективность достоверно снижается, а летальность от туберкулеза увеличивается в 3,3-7,8 раза.

Очевидно, необходима разработка дополнительных методов терапии, направленных на повышение резистентности и нормализацию метаболических процессов в организме, которые резко нарушаются при сочетанном воздействии туберкулезной интоксикации и отягощающих факторов.

Выводы. 1. Наличие значимых отягощающих факторов, таких как СЗА, сахарный диабет, пребывание в ИТУ, а также ХОБЛ, являются более важной причиной снижения эффективности стационарного лечения пациентов с МЛУ-ТБ, чем наличие МЛУ МБТ.

2. Необходима разработка дополнительных методов терапии, направленных на повышение резистентности и нормализацию метаболических процессов в организме пациента, нарушены при сочетанном воздействии туберкулезной интоксикации и отягощающих факторов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Влияние алкогольной зависимости на эффективность лечения туберкулеза у пациентов с широкой лекарственной устойчивостью МБТ / И. С. Гельберг [и др.] // Проблемы диагностики и лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза на современном этапе: материалы международной научно-практической конференции "Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза". – Минск, 2017. – С. 187-188.

2. Скрыгина, Е. М. Клиническое руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 30.05.2017 № 601 / Е. М. Скрыгина, Г. Л. Гуревич – Минск : УП «Промбытсервис», 2017. – 140 с.

3. Характеристика пациентов с ШЛУ-туберкулезом и непосредственные результаты их лечения / И. С. Гельберг [и др.] // Проблемы диагностики и лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза на современном этапе: материалы международной научно-практической конференции "Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза". – Минск, 2017. – С. 25–27.

ВЛИЯНИЕ МЕЛАТОНИНА И СИГНАЛЬНЫХ МОЛЕКУЛ (ОКСИДА АЗОТА И СЕРОВОДОРОДА) НА ПРОЦЕССЫ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ КРОВИ ПРИ НОРМОБАРИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ

Глуткин С.В., Гуляй И.Э., Игнатович А.А., Сезнев И.Г.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Известно, что мелатонин является регулятором прооксидантно-антиоксидантного состояния. Мелатонин снижает образование свободных радикалов в организме при гипоксии. Он, являясь эндогенным антиоксидантом, регулирует митохондриальное дыхание и биоэнергетику, а также