

кровотечением у 6 (4,3%) проведена повторная балонная тампонада. У 79 (42%) пациентов после остановки кровотечения с помощью тампонады, склерозация ВРВП проведена по общепринятой в клинике методике. Плановая склеротерапия проводилась у 38 пациентов, госпитализированных в центр ГДК в плановом порядке, каждому пациенту выполнялось от 2 до 5 этапных склерозаций. За анализируемый период умерло 49 (26%) больных, летальность – 26%.

Выводы. Анализ результатов оказания экстренной помощи при кровотечении из вен пищевода, попытка разрабатывать и применять возможные методы снижения летальности как в экстренном, так и в плановом порядке не удовлетворяют хирургов, так как прогнозировать длительность гемостатического эффекта консервативной терапии и эндоскопического гемостаза невозможно. Рецидив кровотечения может возникнуть у больных ЦП с СПГ в любое время после достижения временного гемостаза. Считаем, что успех лечения зависит от комплексного подхода, который должен включать операцию, малоинвазивные эндоскопические технологии или продолжение консервативной терапии, но каждое направление требует проведения дальнейших разносторонних исследований.

Литература

1. Ерамишанцев, А.К. Эволюция хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / 50 лекций по хирургии [под ред. Савельева В.С.] Медиа-Медика. – 2003. – С. 263-268.

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С
МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ**

*Гельберг И.С., Вольф С.Б., Алексо Е.Н., Чалая Е.В., Демидик С.Н.,
Шейфер Ю.А., Шевчук Д.В., Авласенко В.С.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время во многих странах мира эпидемиологическая обстановка по туберкулезу остается неблагоприятной. Важное значение в связи с этим приобретает проблема туберкулеза с множественной лекарственной

устойчивостью возбудителя, который называют МЛУ-ТБ. За последние 5 лет число таких больных увеличилось в 4 раза, а с наиболее неблагоприятным его вариантом – наличием широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ-ТБ) в 10 раз [3, 5].

В Гродненской области, по отчетным данным за 2012 г., удельный вес МЛУ ТБ среди впервые выявленных, бактериовыделителей составил 36,3%, среди всех бактериовыделителей – 63,6%.

Эффективность лечения МЛУ-туберкулеза значительно ниже, чем лекарственно-чувствительных его форм [1, 2, 4, 6]. В европейском регионе показатели успешности лечения в 2010 г. снизились до 68,7% у пациентов с новыми случаями и 47,6% - у ранее леченных [6]. Недостаточно изучен вопрос об отдаленных результатах лечения этих форм.

Цель настоящей работы - оценить эффективность стационарного и амбулаторного лечения пациентов с наличием МЛУ-ТБ к противотуберкулезным препаратам (ПТП).

Материал и методы. Обследовано 156 пациентов, находившихся на стационарном лечении в клинике Гродненского областного противотуберкулезного диспансера. Преобладали мужчины (128 – 82,05%) трудоспособного возраста (144 – 92,3%). Из клинических форм туберкулеза наиболее часто встречался инфильтративный – у 107 пациентов (68,6%) и диссеминированный – у 22 (14,1%). Малые формы туберкулезного процесса – очаговый и туберкулема отмечены всего у 9% пациентов. Почти все пациенты (147 – 94,2%) были бактериовыделителями. У 9 МЛУ МБТ обнаруживалась в прошлом. Негативным фактором является высокая частота лекарственной устойчивости одновременно к пяти и более ПТП – у 78 пациентов (50%). ШЛУ МБТ наблюдалась у 10 (6,4%). Полости распада в легких были обнаружены у 88 (56,4%). Ситуация усугублялась наличием у преобладающего большинства пациентов отягощающих факторов. Их не было установлено лишь только у 24 пациентов (15,4%). В то же время злоупотребление алкоголем выявлено у 95 (60,9%), прибыли из ИТУ – 25 (16,0%), заболевания ЖКТ и печени – у 41 (26,3%), ХНЗОД – у 23 (14,7) и т.д., несколько факторов одновременно – у 49 (31,4%). Лечение осуществлялось согласно существующим

инструкциям и протоколам для пациентов IV клинической категории.

Результаты и обсуждение. В условиях стационара наблюдение проведено за 146 пациентами. 10 выбыли вскоре после поступления. Большинство из них одновременно принимало 5 ПТП – 93 человека (63,7%), 6 ПТП получали 39 (26,7%), более 6-ти – 5 (3,4%). При такой активной химиотерапии с длительностью интенсивной фазы 6-8 месяцев часто возникали нежелательные побочные реакции (НПР) на ПТП – у 114 пациентов, т.е. у 78,1%. Аллергические НПР развились у 22 (15,1%), токсические – у 85 (58,2%), клинические проявления дисбактериоза – у 13 (8,9%). Ликвидация клинических проявлений интоксикации произошла у 102-х из 118-ти (86,4%) пациентов с их исходным наличием. Прекращение бактериовыделения достигнуто у 104 из 137 бактериовыделителей или у 75,9%. 33 (24,1%) пациента к моменту выписки (перевода, самовольного ухода) продолжали выделять МБТ. Заживление полостей распада получено у 41 (46,6%), уменьшение в размерах – у 17 (19,3%), всего положительная динамика – у 58, т.е. в 65,9%. Положительная рентгенологическая динамика туберкулезных изменений в легких определена у 128 пациентов (87,7%), отсутствовала – у 11 (7,5%), прогрессирование процесса – у 7 (4,8%). В целом результаты лечения за период пребывания пациентов в стационаре выглядит следующим образом: излечение – у 81 пациента (55,5%), лечение завершено – у 23 (15,8%), всего успешное лечение – у 104 (71,3%), неудача лечения – у 24 (16,4%), умерло – 7 (4,8%), в том числе от туберкулеза – 6 (4,1%), прервано лечение – 3 (2,05%). Если исключить из общего числа пациентов 7 человек, находившихся в стационаре менее 3-х месяцев и переведенных в другие учреждения с наличием бактериовыделения, то показатель эффективности составит 74,8%. Отдаленные результаты определены у 141 пациента при среднем сроке наблюдения 3,5 года после выписки из стационара, в том числе до 3-х лет – 44 (31,2%), 3-4 года – 66 (46,8%), свыше 4-х – 31 (22,0%). На момент последнего обследования в легких зафиксированы изменения следующего характера: полное рассасывание или незначительный фиброз – у 6 пациентов (4,25%), фиброзно-

очаговые изменения – у 28 (19,9%), цирроз – у 1 (0,7%), туберкулема – у 2 (1,4%). Инфильтративный туберкулез активный определен у 22 пациентов (15,6%), казеозная пневмония – у 2 (1,4%), кавернозный туберкулез – у 2 (1,4%), фиброзно-кавернозный – у 17 (12,1%), цирротический – у 4 (2,8%). Бактериовыделение отсутствовало у 103 пациентов (73,1%), обнаруживалось у 38 (26,9%). Полости распада выявлялись у 37 (26,2%). Работало 47 пациентов (34,8% к числу лиц трудоспособного возраста), инвалидов по туберкулезу было 26 (18,4%). Всего умерло от туберкулеза с момента поступления в стационар 18 пациентов из 146, т.е. 12,3%, от других причин – 10 (6,8%), общая летальность составила 19,2%. В целом эффективной (излечен и лечение завершено) терапия оказалась у 101 пациента из 141, что составляет 71,6%. Этот показатель выше приведенного по Европейскому региону и свидетельствует о возможностях достижения удовлетворительных результатов при МЛУ-ТБ, для которого характерна значительная распространенность процесса, тяжесть течения, высокая бациллярность.

Выводы.

1. Среди пациентов с МЛУ-туберкулезом преобладают лица трудоспособного возраста с выраженными формами заболевания (инфильтративная, диссеминированная) с наличием бактериовыделения (94,2%) и отягощающих факторов у абсолютного большинства.

2. Наличие ЛУ одновременно к 4-5 и более ПТП наблюдается у большинства пациентов.

3. При проведении стандартизированной химиотерапии преимущественно препаратами резерва отмечается высокая частота НПР на ПТП (78,1%).

4. Несмотря на наличие ряда неблагоприятных факторов, проведение адекватной терапии на стационарном и амбулаторном этапах позволило добиться довольно хорошей эффективности – у 71,6% пациентов (на стационарном этапе – у 74,8%) при относительно невысокой летальности от туберкулеза (12,3%).

Литература

1. Богодская, Е.М. Результаты основного курса лечения больных туберкулезом легких, зарегистрированные в 2007 г. / Е.М. Богородская, С.А. Стреликов // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - № 11. – С. 30-37.

2. Результаты лечения 100 больных туберкулезом с / МЛУ, получавших лекарственные препараты по одобрению комитета «Зеленый свет» ВОЗ в 2005 году в Архангельской области / В.А. Власова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2010. - № 8. – С. 44-49.

3. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Гуревич Г.Л. [и др.] // Матер. междунаучно-практич. конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 21-26.

4. Русович, В. Приоритеты контроля туберкулеза с МЛУ в Европейском регионе ВОЗ и Беларуси / В. Русович // Матер. междунаучно-практич. конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 30-32.

5. Факторы риска туберкулеза с МЛУ в Беларуси: данные республиканского репрезентативного надзора / Е.М. Скрыгина [и др.] // Матер. междунаучно-практич. конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 33-34.

6. Gillespie, S.H. Evolution of c/rug resistance in Mycobacterium tuberculosis: Clinical and molecular perspective // Antimicrob. Agents Chemoter. – 2002. – V. 46. - № 2. – P. 267-274.

ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ТЕРМИЧЕСКОМ ОЖОГЕ У КРЫСЯТ В УСЛОВИЯХ КОРРЕКЦИИ

Глуткин А.В., Ковальчук В.И., Гуляй И.Э.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. При термическом поражении отмечается тяжелое токсическое поражение клеток организма, которое обусловлено расстройствами регионарного кровотока и микроциркуляции, развитием тяжелой гипоксии, усилением генерации активных форм кислорода, прогрессирующей активацией процессов липопероксидации и ослаблению механизмов антиоксидантной защиты.

В связи с вышеизложенным *целью данной работы* являлось изучение влияния эмоксипина, ВЛОК и их комбинации на свободнорадикальные процессы у крысят после моделирования термического ожога.

Методы исследования. Экспериментальное исследование выполнено на беспородных белых крысятах массой 55-65 г в возрасте 30 суток, n=90. После введения внутривентриально тиопентала натрия (50 мг/кг), моделировали термический ожог кожи горячей жидкостью (вода) температурой 99-100°C с помощью специально разработанного устройства в течение 10