

Шейфер Ю.А., Гельберг И.С.

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С
ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ
ХИМИОПРЕПАРАТАМИ В СОЧЕТАНИИ С ИСКУССТВЕННЫМ
ПНЕВМОТОРАКСОМ**

УО Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В настоящее время эффективность химиотерапии туберкулеза имеет тенденцию к снижению, что объясняется длительным (более 60 лет) применением противотуберкулезных препаратов (ПТП) при отсутствии новых высокоэффективных средств, а также нарастанием множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерии туберкулеза (МБТ). Негативное значение имеет и высокая частота отягощающих факторов, ухудшающих клинические проявления и течение туберкулезного процесса.

Поэтому последние десятилетия при деструктивном туберкулезе легких наблюдается тенденция к возрождению искусственного пневмоторакса (ИП), который более 30 лет во фтизиатрии практически не использовался, ранее применялся в единичных противотуберкулезных учреждениях (Минск, Гродно). В то же время, в немногочисленных публикациях, преимущественно из России, отмечено повышение эффективности лечения деструктивного туберкулеза при применении ИП на фоне химиотерапии, особенно при наличии МЛУ-МБТ. В современной фтизиатрии данная проблема приобретает значительную актуальность.

Отдаленные результаты лечения являются одним из важнейших приоритетов его эффективности, особенно при туберкулезе, протекающем длительно, со склонностью к обострениям и рецидивам.

Цель исследования – оценка эффективности и целесообразности применения ИП в терапии пациентов с деструктивным туберкулезом по данным отдаленных результатов лечения.

Материал и методы. Под наблюдением находились 142 пациента с туберкулезом легких, лечившихся в Гродненском областном противотуберкулезном диспансере в 2003–2011 гг. Все получали химиотерапию согласно существующим протоколам, в стационаре и в последующем амбулаторно. Мужчин было 99 (69,7%), женщин 43 (30,3%). В возрасте до 30 лет находились 43 (30,3%) чел., 30–49 лет – 94 (66,2%); 50 лет и старше – 5 (3,0%). С инфильтративным туберкулезом в фазе распада было 104 (73,2%) пациента, кавернозным – 38 (26,8%),

т.е. деструкция в легких имелаась у всех. Бактериовыделение выявлено у 130 (91,5%), МЛУ-МБТ – у 84 (59,1%) пациентов.

Все пациенты были разделены на 2 группы. В 1 вошли 72 чел., которые, наряду с химиотерапией, лечились ИП, во 2 было 70 чел., получавших только химиотерапию. Ввиду различия клинического течения, методики и эффективности лечения, каждая из групп разделена на 2 подгруппы: без наличия МЛУ-МБТ (1а и 2 а) и с ее наличием (1б и 2 б). В 1а вошли 36 пациентов, в 1б также 36, во 2 а – 22 пациента, во 2б – 48.

Сроки наблюдения за пациентами после выписки из стационара составили то 1 до 10 лет, в среднем в 1 группе – 3,45 года, во 2-й – 3,78 года, т.е. существенных различий не было.– у 71,9% и 62,5%, соответственно ($p < 0,05$). За период наблюдения у 17 (25,4%) пациентов основной, и у 25 (39,7%) группы сравнения возникли обострения или рецидивы туберкулезного процесса, чаще ($p = 0,05$), наблюдавшиеся в группе сравнения. В подгруппе 1а, т.е. без наличия МЛУ-МБТ, они наблюдались у двух пациентов (5,5%), в 1б – также у двух 11,1% ($p > 0,05$).

В подгруппе 1б и 2б рецидивы и обострения наблюдались значительно чаще, что характерно для туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ (МЛУ – туберкулез) – у 17(41,6%) и 23 (51,1%), соответственно ($p > 0,05$). В процессе повторного лечения одной пациентке наложен ИП с другой стороны. Эффект получен у всех пациентов 1а и 1б групп. При наличии МЛУ – МБТ ситуация иная. Во 2а группе 4 пациентам был наложен ИП с эффектом у трех, у четырех – выполнены оперативные вмешательства. В целом повторное лечение в этой группе эффективно у 14 человек (93,3%). Во 2б проведены 4 операции, у 9-ти полости распада и бактериовыделение сохранились и процесс перешел в фиброзно-кавернозный, повторное лечение здесь эффективно у 14 (60,9%). Различие с группой 1б достоверно ($p < 0,05$).

В целом по 1а и 1б группам эффект от лечения получен у всех пациентов (в 1а в более ранние сроки). В 1б группе (пациенты с МЛУ-МБТ, лечившиеся ИП) лечение признано эффективным (излечение, лечение окончено) по критериям ВОЗ у 33 пациентов – 91,7%, неудача в лечении у 1 (2,8%), двое умерли от туберкулеза. В 1б группе лечение эффективно у 32 (71,1%), ($p < 0,05$), неудача лечения у 8 (17,8%), умерли от туберкулеза – 5 (11,1%).

В целом же в 1-й группе эффект достигнут у 64 пациентов из 67 (95,5%), во 2-й – у 50 из 63 (79,3%).

Заключение. Применение ИП в дополнение к стандартной химиотерапии позволило, по данным отдаленных результатов, повысить эффективность лечения у пациентов с деструктивным туберкулезом легких с наличием МЛУ МБТ на 30%. У пациентов без МЛУ МБТ

положительная динамика наступает в более ранние сроки. При лечении обострения и рецидивов, которые часто возникают у пациентов с МЛУ МБТ, результаты терапии также были выше.

В настоящее время целесообразно значительно более широкое применение ИП в сочетании с химиотерапией при деструктивном туберкулезе в показанных случаях.

Шишко В.И., Снитко В.Н., Дедуль В.И.

ПРОФИЛАКТИКА ВТОРИЧНОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. В наступившем XXI веке проблема инфекционного эндокардита (ИЭ) сохраняет свою актуальность. Несмотря на активную разработку и широкое внедрение в клиническую практику новых антибактериальных препаратов и кардиохирургических технологий, ИЭ по-прежнему остается нозологической формой, характеризующейся высокой летальностью (20-45%). Последнее определяет профилактику данного заболевания как задачу особой важности.

Цель исследования – профилактика инфекционного эндокардита.

Материалы и методы. Инфекционный эндокардит является полиэтиологическим заболеванием. В настоящее время в качестве возбудителей болезни известно более 120 микроорганизмов. Однако в последнее десятилетие основными возбудителями ИЭ стали эпидермальный и золотистый стафилококк, которые выделяются у 75-80% лиц с положительной гемокультурой. Наряду с этим, увеличилось количество случаев ИЭ, вызванной анаэробной микрофлорой (8-12%). Кроме того, вырос удельный вес грамотрицательных бактерий группы НАСЕК (4-21%) и грибов (до 4-7%).

Результаты. Основными патогенетическими факторами развития вторичного ИЭ являются повреждение миокарда, бактериемия, адгезия и размножение патогенных бактерий на клапанах, ослабление противоинфекционной защиты макроорганизма и формирование системной воспалительной реакции организма.

В зависимости от вида патологии сердца зависит степень риска возникновения вторичного ИЭ (таблица 1).