

неделя и менее. По изолейцину – 263 [131;627] нмоль/мл ($p=0,015$), по валину – 77 [22,13;145] нмоль/мл ($p=0,016$), в сравнении с показателями у недоношенных детей 35–36 недель гестации. Известна роль данной группы аминокислот в обеспечении адекватных респираторных возможностей, интенсивности мышечных сокращений.

Коэффициент гидроксирования, фенилаланин/тирозин, в группе недоношенных новорожденных детей имел тенденцию к увеличению, что может свидетельствовать о замедленном образовании тирозина из фенилаланина. Известно, что тирозин является источником дофамина в организме, а его достаточное содержание в организме обеспечивает хорошие адаптационные возможности после рождения (1,13 [0,76;1,45] и 1,09 [0,87;1,35], соответственно, $p=0,11$).

Выводы. Таким образом, общее содержание свободных аминокислот в сыворотке пуповинной крови у недоношенных новорожденных зависит от срока гестации. Наименее обеспечены свободными аминокислотами при рождении недоношенные дети с экстремально низкой и очень низкой массой тела при рождении. Имеющийся дисбаланс свободных аминокислот у недоношенных детей требует их ранней коррекции, с первых суток жизни, путем добавления аминокислот в программу инфузионной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шейбак, Л. Н. Особенности «катехоламинового всплеска» у недоношенных новорожденных детей / Л. Н. Шейбак // Медицинские новости. – 2017. – № 3. – С. 4–6.

2. Шейбак, Л. Н. Особенности обеспечения и потребность в аминокислотах в периоде новорожденности / Л. Н. Шейбак // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 14., № 2. – С. 23–30.

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МАТЕМАТИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ

Шейфер Ю.А., Гельберг И.С.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В Республике Беларусь за последние 10 лет на фоне ежегодного снижения заболеваемости, общей численности континентов и бактериовыделителей отмечается рост удельного веса пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом (ЛУ ТБ), в период с 2008 г. до 2013 г. – с 44,8 до 69,7%, в 2016 г. – до 81,9%, в 2017 г. – до 79,9% [1]. Современный деструктивный туберкулез (ТБ) легких в 60–70% случаев вызывается ЛУ штаммами

микобактерий туберкулеза (МБТ) и у 35–40% пациентов имеет прогрессирующее течение [2, 3]. Для успешного решения проблемы ТБ с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ и ШЛУ) необходимо добиваться излечения не менее 75% данных пациентов. Эта цель заложена в глобальный план борьбы с МЛУ ТБ ВОЗ [4]. Достигнутые результаты эффективного лечения пациентов с МЛУ МБТ остаются недостаточными для улучшения эпидемической ситуации по ТБ с МЛУ МБТ. Высокая доля неэффективных исходов терапии потенциально создает условия для распространения штаммов МБТ с МЛУ и ШЛУ. Недостаточная эффективность лечения ТБ с МЛУ и ШЛУ МБТ отражается на экономической составляющей мероприятий, направленных на борьбу с данным заболеванием [4, 5]. «ТБ – заболевание, требующее комплексного лечения» [6]. Для повышения эффективности терапии пациентов с МЛУ МБТ необходимо использовать адекватные схемы химиотерапии (ХТ), хирургические и коллапсотерапевтические методы, меры по повышению приверженности пациентов к лечению [7, 8].

Цель. Оценить эффективность комплексного лечения деструктивных форм ТБ легких при использовании разработанных математических моделей прогнозирования вероятности сохранения деструкции легочной ткани в условиях химиотерапии, прогнозирования сроков и длительности применения искусственного пневмоторакса (ИП).

Методы исследования. Дизайн исследования рандомизированное, контролируемое, проспективное, когортное изучение. Критерии включения в исследование: наличие деструкции легочной ткани при очаговом, инфильтративном, подостром диссеминированном ТБ легких; кавернозный ТБ легких. Критерии исключения: туберкулезные процессы без деструкции, милиарный, хронический диссеминированный ТБ легких, фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТ), цирротический ТБ легких, казеозная пневмония. Для оценки эффективности и целесообразности применения ИП, используя предикторы закрытия полостей распада и методику прогнозирования вероятности закрытия полостей распада в условиях ХТ: [пат.№ 22080 РБ] нами были сформированы две группы. Основная группа – 42 пациента, у которых использовали комплексное лечение – сочетание ХТ и ИП, группа сравнения – 42 пациента, у которых применяли только ХТ. В обеих группах преобладали лица мужского пола с инфильтративным ТБ легких в фазе распада (57,1 и 59,5%, соответственно), высокий процент ЛУ-ТБ (73,8 и 76,2%, соответственно), практически в половине случаев наблюдается распространенный туберкулезный процесс, в обеих группах высокий процентотягощающих факторов. Сроки наложения и длительность применения ИП осуществляли согласно разработанным моделям прогнозирования [пат.№ 22153 РБ, пат.№ 22405 РБ].

Результаты и их обсуждение. Срок ХТ до наложения ИП составил 3 месяца – у 32 пациентов (76,2%), ХТ до 6 месяцев – у 10 пациентов (23,8%). Длительность ИП в основной группе составила 3 месяца у 20 пациентов (47,6%) и

у 22 (52,4%) до 6 месяцев. При наложении и последующем ведении ИП возникали некоторые осложнения: спонтанный пневмоторакс – у 2 пациентов (4,8%), пневмоплеврит – у 6 (14,3%), выраженная болевая реакция при первичном наложении ИП – у 6 (14,3%). К моменту прекращения ИП у 40 (95,2%) пациентов достигнуто прекращение бактериовыделения, у 39 (93%) – закрытие полости распада. В ГС показатель абациллирования составил 88,1% (37 пациентов, $p > 0,05$), закрытие полостей распада достигнуто в 52,4% (22 пациента, $p < 0,05$). В срок до 6 месяцев абациллирование в ОГ было достигнуто в 61,9% случаев (26 пациентов), ГС – в 18,9% (8 человек, $p < 0,05$). К 10-му месяцу лечения закрытие полостей распада в ОГ достигнуто в 78,7% случаев, в ГС 42,8% ($p < 0,05$), а к 12 месяцам – 92,1 и 52,4%, соответственно ($p < 0,05$). В данных группах была проведена оценка исходов и отдаленных результатов лечения. Успешное лечение в ОГ в срок 24 месяца составило 80,9% (34 пациента), у 6 пациентов (14,3%) возобновилось бактериовыделение и отмечена отрицательная рентгенологическая динамика. Наблюдался один летальный исход (2,4%) вследствие развития нежелательных реакций ХТ, у пациента развился тяжелый токсический гепатит. У трех пациентов (7,1%), у которых в ходе комплексного лечения не удалось достигнуть закрытия полостей распада развился ФКТ. В ГС за данный период успешное лечение составило 47,6%, соответственно ($p < 0,05$), неэффективное лечение – 14,3 и 33,3% ($p < 0,05$). Отдаленные результаты лечения определялись через 36–48 месяцев. В срок 36 месяцев в ОГ клиническое излечение достигнуто в 83,3% случаев (35 пациентов), неэффективное лечение составляет 9,5% (4 пациента). У трех пациентов с ФКТ (7,1%) проведены разные объемы хирургических вмешательств: у одного (33,3%) достигнуто излечение, у второго (33,3%) наступил летальный исход вследствие прогрессирования туберкулезного процесса, третий продолжил курс ХТ. К 48 месяцам клиническое излечение в ОГ составило 88,1% (37 пациентов), только у одного пациента результат оценен как неэффективное лечение (2,4%). Один пациент с ФКТ в сроки 36–48 месяцев самовольно прервал курс ХТ. Летальность составила 4,8%, при этом у одного из них лечение ТБ было эффективным. Таким образом, отдаленные результаты лечения пациентов ОГ следует считать достаточно высокими. В ГС к 48 месяцам клиническое излечение составляет 64,3% случаев ($p < 0,05$), однако отмечается увеличение доли пациентов с ФКТ – с 4,8 до 16,7%. В процессе наблюдения у трех пациентов из ОГ (7,1%) наблюдалось развитие амплификации ЛУ: у одного (2,4%) ЛЧ перешло в пре-ШЛУ МБТ, у двух (4,7%) МЛУ – в ШЛУ МБТ. В ГС – в 21,4% (9 пациентов, $p < 0,05$) наблюдалось развитие амплификации ЛУ: у восьми МЛУ перешло в ШЛУ МБТ (19,%), у одного (2,4%) МЛУ в пре-ШЛУ МБТ.

Выводы. Применение комплексного лечения деструктивных форм туберкулеза легких на основе разработанных моделей прогнозирования позволяет достичь повышения эффективности лечения данных пациентов за счет более раннего прекращения бактериовыделения и его достижения в 95,2% случаев. Заживление полостей распада наблюдается при предлагаемом варианте

комбинированного лечения в 93% ($p < 0,05$) случаев. Использование ИП в составе комплексной терапии у пациентов с деструктивными формами ТБ легких позволяет достичь достоверно более высоких показателей эффективного лечения по данным отдаленных результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скрягина, Е. М. Клиническое руководство по лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм / Е. М. Скрягина – Минск, 2017. – 130 с.
2. Кибрик, Б. С. Остропрогрессирующие деструктивные формы туберкулеза легких / Б. С. Кибрик, О. Г. Челнокова. – [Б. м. : б. и.], 2005. – 191 с.
3. Коллапсотерапевтические методы в комплексном лечении больных инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада с лекарственной устойчивостью / А. В. Левин [и др.] // Туберк. и болезни легких. – 2015. – № 12. – С. 9-13.
4. Стерликов, С. А. Результаты лечения пациентов с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, зарегистрированных в 2012г. в Российской Федерации и в мире / С. А. Стерликов, В. В. Тестов, И. А. Васильева // Туберк. и болезни легких. – 2015. – № 3. – С. 22-27.
5. Перельман, М. И. Хирургическое лечение туберкулеза легких при устойчивости микобактерий к препаратам / М. И. Перельман, О. Н. Отс, Т. В. Агкацев // Consilium Medicum. – 2011. – Т. 13, № 3. – С. 5-10.
6. Эффективность патогенетического лечения у больных туберкулезом легких с экссудативным типом воспалительной тканевой реакции / Л. А. Шовкун [и др.] // Мед. вестн. Юга России. – 2016. – № 1. – С. 87-91.
7. Ближайшие и отдаленные результаты лечения множественно устойчивого туберкулеза легких / Д. З. Мухтаров [и др.] // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. – 2017. – № 8. – С. 30-32.
8. Богородская, Е. М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению / Е. М. Богородская // Туберк. и болезни легких. – 2009. – № 2. – С. 3-10.

ОСОБЕННОСТИ ЭКСПРЕССИИ E-КАДГЕРИНА В ЭПИТЕЛИИ ПИЩЕВОДА ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ/ГИПОПНОЭ СНА

Шелкович Ю.Я., Шишко В.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время установлено, что синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС) часто сопровождает гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) и может оказывать негативное влияние на состояние эпителия слизистой оболочки нижней трети пищевода [1, 2,