

100% участников опроса строго соблюдают «правила зон» на инструментальном столе (стерильная, чистая, зона упаковки).

Выводы. Таким образом, эффективность профилактики ВБИ зависит не только от личной ответственности медицинского персонала, но и от внедрения комплексных программ инфекционного контроля на национальном уровне, включая материально-техническое обеспечение, микробиологический мониторинг и обучение персонала. Также перспективным направлением является усиление роли клинической микробиологии, внедрение автоматизированных систем анализа и создание референс-лабораторий для повышения качества диагностики и эпидемиологического надзора.

Литература

1. Проблема внутрибольничных инфекций в Республике Беларусь: основные направления и перспективы борьбы и профилактики / Е. И. Гудкова, А. А. Адарченко, Г. Н. Чистенко [и др.] // Медицинский журнал. – 2005. – № 2(12). – С. 4-7.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВЫХ КОРОТКИХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ И ИХ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С РИФАМПИЦИН-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Гурина Р.В.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Демидик С.Н.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В Гродненской области отмечается положительная динамика в эпидемиологии туберкулеза, однако проблема рифампицин-устойчивого туберкулеза (РУ-ТБ) продолжает сохранять свою актуальность. Внедрение новых коротких режимов (УР) лечения пациентов с РУ-ТБ позволила уменьшить количество нежелательных явлений, связанных с применением инъекционных противотуберкулезных препаратов, снизить экономические затраты на стационарный этап лечения и длительность временной нетрудоспособности пациентов.

Цель. Оценить эффективность новых коротких режимов лечения и их отдаленных результатов у пациентов с РУ-ТБ в Гродненской области.

Материалы и методы. Объект исследования – 82 пациента с РУ-ТБ, которые начали лечение в период с 2020 по 2023 год и получали новый УР химиотерапии. Все пациенты – жители Гродненской области. Средний возраст обследованных составил $51,7 \pm 12,7$ лет (минимум 22 и максимум 84). Пациенты с впервые выявленным РУ-ТБ составили 58 (70,7%) случая. При поступлении в стационар всем пациентам проведено обследование в соответствии с клиническими протоколами [1]. Установлено, что в структуре клинических форм туберкулеза преобладал инфильтративный туберкулез – 59 (72,0%) пациентов. У 51 (62,2%) пациента распространенность туберкулезного процесса в легких была более 2-х сегментов легких. Наличие деструкции в легком подтверждено у 22 (26,8%) пациентов. Всем пациентам после получения результатов быстрых молекулярно-генетических методов при выявлении МБТ с устойчивостью к

рифампицину, назначалась эмпирическая схема лечения с применением противотуберкулезных лекарственных препаратов второй линии. В дальнейшем после получения данных фенотипических тестов, определяющих лекарственную устойчивость МБТ ко всем противотуберкулезным лекарственным препаратам, используемым в схеме лечения РУ-ТБ, проводилась коррекция химиотерапии.

Все пациенты получали «укороченные» режимы лечения. Из них: 1 группа – 44 пациента в течение 6-9 месяцев получали режим терапии, включающий комбинацию из 5-6 противотуберкулезных лекарственных средств бедаквилин (Bdq), линезолид (Lzd), левофлоксацин или моксифлоксацин (Lfx и Mfx), клофазимин (Cfz), циклосерин (Cs)±деламаид (Dlm); 2 группа – 38 пациентов в течение 6 месяцев получали режим терапии, включающий бедаквилин, претоманиду (Pa) и линезолид±моксифлоксацин или клофазимин [2, 3]. Назначение режимов лечения и их последующая коррекция после получения результатов молекулярно-генетических и фенотипических тестов лекарственной чувствительности осуществлялось по решению республиканского врачебного консилиума.

После основного курса лечения проведена оценка исходов и сравнительная оценка эффективности двух укороченных режимов. Для этого были использованы стандартные критерии: «успешное лечение» – сумма случаев с исходами «излечение» и «лечение завершено»; «не успешное лечение» – случаи туберкулеза с исходами «неэффективное лечение», «смерть», «потеря для последующего наблюдения» [1]. Проведен анализ отдаленных результатов – возникновение рецидивов туберкулезного процесса после окончания основного курса химиотерапии [1]. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 10.0 (SN AXAR207F394425FA-Q).

Результаты и их обсуждение. Оценка исхода основного курса лечения проведена у 77 пациентов из 82. На момент написания статьи 5 пациентов продолжают лечение. При сравнительном анализе исходов УР лечения пациентов 1-й и 2-й группы с РУ-ТБ значимых различий не выявлено (таблица 1). В обеих группах отмечается высокая эффективность терапии. По данным когортного анализа «успешное лечение» было достигнуто у 41 (97,6%) и 34 (97,1%) пациентов ($p>0,05$).

Таблица 1. – Результат лечения пациентов 1-й и 2-й группы с РУ-ТБ с использованием новых «коротких» режимов

Исход лечения	1-я группа, n=42, абс. число (%)	2-я группа, n=35, абс. число (%)	P
Излечен	37 (88,1)	32 (91,4)	$>0,05$
Лечение завершено	4 (9,5)	2 (5,7)	$>0,05$
Успешное лечение	41 (97,6)	34 (97,1)	$>0,05$
Неэффективное лечение	1 (2,4)	–	$>0,05$
Потеря для последующего наблюдения	–	–	–
Смерть	–	1 (2,9)	$>0,05$
Результат не оценен	–	–	–

На 01.10.2025 проведена оценка отдаленных результатов терапии РУ-ТБ у пациентов, находящихся под наблюдением. Отмечено, что из всех пациентов, успешно закончивших лечение РУ-ТБ, рецидив заболевания возник только у одного из когорты лечения 2024 года.

Выводы. Установлено, что применение новых режимов терапии РУ-ТБ позволило получить высокую эффективность. Нами не было установлено значимых различий в 1-й и 2-й клинических группах пациентов, получивших разные укороченные режимы. Эффективность терапии в группах была высокой и составила 97,6 и 97,1% ($p > 0,05$). На 01.10.2025 установлен только один случай возникновения раннего рецидива туберкулеза из когорты лечения 2024 года.

Литература

1. Алексеенко, С. Н. Ранние рецидивы туберкулеза легких – эпидемиологические и экономические проблемы / С. Н. Алексеенко, Н. Н. Дробот // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 2. – URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=28739> (дата обращения: 02.10.2025).

2. Демидик, С. Н. Анализ исходов укороченных режимов лечения РУ туберкулеза у пациентов Гродненской области / С. Н. Демидик, Е. Н. Алексюк, А. Н. Машинская // Инфекционные болезни, микробиология и иммунология : второй Гомельский междунар. конгресс, Гомель, 12–13 сент. 2024 г. – Гомель, 2024. – С. 54–55.

3. Демидик, С. Н. Оценка исходов новых режимов лечения туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью у женщин / С. Н. Демидик, О. Н. Могилевец, А. Н. Машинская, Л. И. Мисюк // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой науч.-практ. конф., Гродно, 25–26 янв. 2024 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол.: И. Г. Жук [и др.] – Гродно, 2024. – С. 134–137.

ФАКТОРЫ, ПОВЫШАЮЩИЕ ГИПЕРТЕНЗИЮ

Демко В.А.

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Наумов А.В.
Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из самых частых патологий человека. Наиболее часто данным заболеванием страдают люди с ожирением и лица в возрасте более 50 лет. До пятидесятилетнего возраста этим заболеванием чаще всего страдают мужчины [1].

На развитие АГ влияет огромное количество факторов: наследственность, образ жизни, режим питания, состояние сердечно-сосудистой, мочевыводящей и пищеварительной систем (выработка β -гидроксибутирата в печени) [2].

В настоящее время проводится большое количество исследований влияния физической нагрузки и употребления в пищевом рационе соли на АГ. Исследования эффектов пищевой соли были сосредоточены в основном на органах и тканях, имеющих отношение к регуляции АД, таких как почки, сосудистая система, сердце и мозг [3].

Цель. Оценить значимость и биохимический механизм «классического» фактора, приводящего к гипертонии.

Материалы и методы. Анализ статей из архива PubMed.