

2. Возможности реабилитации онкологических больных и сохранение их репродуктивной функции / Л.В. Адамян [и др.] // Опухоли женской репродуктивной системы. – 2010 г. – № 4. – С. 118-122.

3. Подзолкова, Н.М. Новые международные стандарты и классификации в кольпоскопии / Н. М. Подзолкова, С. И. Роговская, Е. С. Аكوпова // Рос. вест. акуш.-гин. – 2011. – Т. 11, № 6. – С. 79–83.

4. Современные возможности организованного скрининга рака шейки матки / И.А. Аполихина [и др.] / Акуш. и гин. – 2016. – № 9. – С. 12-18.

5. Global cancer statistics / Jemal A. [et al.] // Cancer J. Clin. – 2011. – Vol. 61. – P. 69–90.

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ОТЯГОЩАЮЩИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА И ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ

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

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время в Беларуси отмечается положительная тенденция в эпидемиологической ситуации по туберкулезу в виде снижения показателей заболеваемости и смертности. Однако, несмотря на это, отмечается значительный уровень туберкулеза с наличием множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ). Множественно лекарственно-устойчивый туберкулез (МЛУ-ТБ) – это туберкулез с лекарственной устойчивостью МБТ одновременно к изониазиду и рифампицину, как наиболее эффективным противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) основного ряда, а возможно и к другим ПТЛС. В 2015 г., среди вновь выявленных случаев, его уровень составил 37,0%, а среди повторно леченных – 69%, среди умерших от туберкулеза – более 80% [1]. Эффективность лечения МЛУ-ТБ невысока, еще ниже мировые показатели эффективности, которые не достигают 50%. С другой стороны, негативную роль в частоте заболеваемости туберкулезом, его течении и эффективности терапии играют факторы риска, такие как ВИЧ-инфекция, зависимость от алкоголя, пребывание в местах заключения, сахарный диабет и другие, а также наличие одновременно нескольких факторов. Влияние сочетания МЛУ МБТ и

факторов риска на клинические проявления, течение туберкулезного процесса, а также эффективность терапии и значение при этом каждого из этих факторов изучено недостаточно.

Цель работы: дать предварительные результаты оценки клинико-рентгенологических проявлений туберкулезного процесса и стационарных результатов лечения пациентов с МЛУ-ТБ без отягощающих факторов и с наличием синдрома зависимости от алкоголя.

Материал и методы. Обследовано 135 пациентов с МЛУ-ТБ, находившихся на стационарном лечении в стационарах ГОКЦ «Фтизиатрия». На всех составлялись карты по разработанной авторами методике. В первой карте приведены данные о пациентах, характере туберкулезного процесса, отягощающих факторах, во второй – о режиме лечения, побочных реакциях, результативности. Статистическая обработка материала проводилась параметрическим методом по А.И. Ойвину. Достоверным считалось различие при $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Все пациенты разделены на две группы: 1-я – 50 пациентов с МЛУ-ТБ без отягощающих факторов; 2-я – 85 пациентов с МЛУ-ТБ в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя (СЗА), состоящих на учете у нарколога. При преобладании мужчин в группах, их достоверно больше было среди пациентов с СЗА (90,1% против 78,0% в первой группе, $p=0,05$). Указанные группы пациентов существенно не различались по возрасту, хотя пациентов до 30 лет было больше в первой группе (12,0% против 4,7%).

Среди пациентов с СЗА реже встречался инфильтративный туберкулез (56,5%) и очаговый (7,06%) за счет увеличения доли фиброзно-кавернозного (21,2%), диссеминированного (9,4%) и казеозной пневмонии (5,9%). Значительно чаще выявлялись широкая лекарственная устойчивость микобактерий (18,8% против 2,0%), выраженный интоксикационный синдром (31,8% против 4%), в два раза чаще – полости распада (61,2% и 30%). Все различия достоверны ($p < 0,05$). Из отягощающих факторов у пациентов с СЗА туберкулез достоверно чаще сочетается с ХНЗОД, заболеваниями ЖКТ, печени, пребыванием в ИТУ, нередко одновременно с несколькими факторами риска. Среди пациентов с наличием СЗА более половины безработных, инвалидов – 17,6%. Различия с первой группой достоверны.

Таким образом, у пациентов с МЛУ-ТБ+СЗА отмечаются исходно значительно более выраженные проявления и тяжелое течение туберкулезного процесса.

Химиотерапия проводилась согласно существующим протоколам для пациентов с МЛУ-ТБ. Пациенты получали пять-шесть, реже более, противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) одновременно.

Не было существенных различий между группами в отношении частоты, характера нежелательных побочных реакций на химиотерапию. Они колебались в пределах 74,0-78,6%, были преимущественно токсического характера, чаще встречались гепатотоксические, ототоксические, нарушения ЖКТ и опорно-двигательного аппарата. Высокая их частота связана со значительным числом одновременно и длительно принимаемых ПТЛС, преимущественно второго ряда, более токсичных, чем первого.

Выражены различия в показателях, характеризующих результаты стационарного лечения. Прежде всего, во 2-й группе (МЛУ-ТБ+ СЗА) 15 пациентов или 17,6% были сняты с химиотерапии и переведены на паллиативное лечение, что свидетельствует о безуспешности терапии. В 1-й группе таковых не было, ($p_{1-2} < 0,05$).

Нормализация данных анализа крови происходила раньше и более часто в 1-й группе – у 84,1%, у 66,6% - во 2-й, различие достоверно, ($p < 0,05$). Ликвидация клинических проявлений интоксикации также чаще и в более ранние сроки происходила в 1-й группе ($p < 0,05$). Это касается и наиболее важного в клиническом и эпидемиологическом отношении показателя: прекращение бактериовыделения в стационаре было достигнуто в 1-й группе у 89,8% пациентов, во 2-й – 66,6%, ($p_{1-2} < 0,05$). Важным показателем является и заживление полостей распада. У пациентов, выписанных с их сохранением и даже уменьшением в размерах чаще наблюдаются рецидивы и переход в фиброзно-кавернозный туберкулез[2]. Заживление полости распада также достоверно чаще наблюдалось в группе с отсутствием факторов риска: за период стационарного лечения - у 66,7% пациентов, в то время как при СЗА – только у 25%, ($p_{1-2} < 0,05$). То же относится и к рентгенологической динамике изменений в легких за период стационарного лечения. Она отмечена у 94% пациентов 1-й группы, 75,3% - 2-й, ($p_{1-2} < 0,05$).

На основании анализа всех перечисленных показателей сделано заключение об эффективности стационарного лечения. При этом

преимущество имеет прекращение бактериовыделения, а также заживление полости распада.

Успешным лечение признано у 45 пациентов первой группы, что составляет 90% и 53-х (62,4%) из второй. Различие достоверно, ($p < 0,05$). Летальность от туберкулеза за период пребывания в стационаре была довольно высокой во 2-й группе – 18,8% и низкой (2%) – в первой, ($p_{1-2} < 0,05$).

Выводы. Полученные предварительные результаты свидетельствуют, что характер и течение МЛУ-туберкулеза, а также непосредственные результаты химиотерапии зависели не столько от самого наличия МЛУ МБТ, сколько от ее сочетания с отягчающими факторами. Действительно, в 1-й группе эффективность весьма высокая – 90% при низкой летальности (2,0%). В то же время в многочисленных публикациях на эту тему, данный факт обычно не принимается во внимание, также как и необходимость корректирующих мероприятий по отношению к этим факторам.

Полученные данные следует считать предварительными и требующими дальнейших исследований. Более точными и адекватными следует считать отдаленные результаты. Работа в этом направлении проводится в настоящее время.

ЛИТЕРАТУРА

1. Е.М. Скрягина, Г.Л. Гуревич / Клиническое руководство по диагностике и лечению туберкулеза и его лекарственно-устойчивых форм // Минск, 2017. – 140 с.

2. Ю.А. Шейфер, И.С. Гельберг / Современная методика применения искусственного пневмоторакса в лечении деструктивных форм МЛУ/ШЛУ туберкулеза легких // «Проблемы диагностики и лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза на современном этапе»: Материалы международной научно-практической конференции «Новые подходы к диагностике и лечению туберкулеза», г. Минск, 11-12 декабря 2017 г. / ред коллегия: Г.Л. Гуревич (председатель) [и др.] – Минск: Белсэнс, 2017. – С. 193-195.

БИОТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТАТОЧНЫХ ОЖГОВЫХ РАН У ДЕТЕЙ

Глуткин А.В., Ковальчук В.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Одной из актуальных проблем в структуре детского травматизма в странах СНГ одной из наиболее значимых проблем в связи с тяжестью медицинских и социальных