



СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА

81

ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИЙ В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Бугаков А.А.¹, Искакова С.Ф.¹, Шонтыкова К.И.²
АО «Медицинский университет Астана»¹,
г. Астана, Казахстан
Противотуберкулезный диспансер²,
г. Астана, Казахстан

Целью данного исследования была оценка выявления пневмоний на разных этапах диагностики и лечения вплоть до противотуберкулезного диспансера.

Материалы и методы. Были проанализированы 45 историй болезни (9 мужчин и 36 женщин), находившихся в диагностическом отделении противотуберкулезного диспансера г. Астаны в 2012 году. Возраст больных был в пределах от 20 до 60 лет.

Результаты. Все 45 больных поступили в стационар с подозрением на туберкулез органов дыхания после проведенного обследования, алгоритма диагностических и лечебных действий на амбулаторном этапе. Симптомы интоксикации на амбулаторном этапе диагностированы у 38 (84,4%) больных, симптомы поражения органов дыхания у 35 (77,8%). При проведении лабораторно-рентгенологического обследования на амбулаторном этапе изменения в крови воспалительного характера констатированы у 41 больного (91,1%). Чаще это были: лейкоцитоз от 10 до 18×10^9 и ускоренная СОЭ от 15 до 36 мм/час. На рентгенограммах у всех пациентов визуально констатированы участки затенения легочных полей локализованные у 11 (24,4%) человек в верхней доле и у 34 (75,6%) в нижней доле.

Исследование мокроты на вторичную флору, чувствительность к антибиотикам и на атипические клетки не проводились. На амбулаторном этапе все больные получали неспецифическую антибактериальную терапию. Цефалоспорины 1-2 поколения – 19 больным (42,2%), макролиды – 18 (40,0%), полусинтетические пенициллины – 16 (35,6%). Антибактериальные препараты назначались по 2-6 дней, с последующим переводом на другие препараты и комбинации их. После проведенного курса неспецифических антибактериальных препаратов при рентгеномографии положительной динамики не установлено, что послужило поводом для направления в противотуберкулезный диспансер. Продолжительность амбулаторного этапа составила от 10 до 28 дней. После поступления в отделение противотуберкулезного диспансера клиничко-лабораторная и рентгенологическая картина заболевания сохранялась в прежнем объеме. Больным проведено обследование в полном объеме, включая дополнительные обследования: компьютерную томографию, диагностическую бронхоскопию, посевы мокроты, цитологические и гистологические исследования. Все это в комплексе позволило заподозрить внебольничную пневмонию у 23 больных (51,1%). У данной категории пациентов изменены схемы лечения неспецифическими антибактериальными препаратами, которые носили эскалационный характер. Дополнительно применялись различные методы патогенетической терапии. Контрольные лабораторно-рентгенологические исследования показали значительную положительную динамику и рассасывание легочной инфильтрации. Решением ЦВКК подтвержден диагноз пневмонии. Продолжительность пребывания данной категории па-

циентов в стационаре составила от 12 до 16 дней. У остальных 16 больных (35,6%) был подтвержден диагноз туберкулеза и начата противотуберкулезная терапия. В 6 случаях (13,3%) заподозрен опухолевый процесс, что послужило поводом к консультации онколога и последующему переводу пациентов в онкологический диспансер.

Заключение. Считаем, что на амбулаторном этапе больным с бронхолегочными заболеваниями назначаются и проводятся диагностические мероприятия не в полном объеме. Редко используются дополнительные методы диагностики, в том числе и инвазивные. Назначенное лечение часто не соответствует степени тяжести и распространенности процесса, плохо контролируется, не отслеживается динамика клинических и лабораторных данных. Все это приводит к тому, что больные направляются в противотуберкулезный диспансер, где находясь в контакте с больными туберкулезом им проводится полноценное обследование, дифференциальная диагностика и адекватное лечение пневмоний.

82

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Хауадамова Г.Т., Арбузова Е.В.,
Мясникова Г.А., Уразакова Д.И.
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК,
г. Алматы, Казахстан

Цель исследования: ознакомить врачей фтизиатров с возможностями современных технологий в диагностике туберкулеза гортани: компьютерная томография органов грудной клетки и гортани, обследование гортани на ЛОР комбайне, применение скоростных методов Xpert Mtb Rif.

Материалы и методы исследования. Проведен клинико-рентгенологический анализ 15 случаев заболевания туберкулезом гортани у больных, поступивших на лечение в легочно-терапевтическое отделение №2 НЦПТ РК за 3 года. Проводилось рентгенологическое обследование, компьютерная томография грудной клетки и гортани, бактериоскопия и бакпосевы мокроты на микобактерии туберкулеза, GeneXpert Mtb Rif. Также проводилось обследование гортани на ЛОР комбайне «New Millennium Grand».

Результаты и обсуждение. Установлено, что туберкулез гортани встречается у 3,2% больных. Первый признак – дисфония различной степени выраженности. В первую очередь к оториноларингологами было заподозрено онкологическое поражение гортани, хронический ларингит или системное поражение (СКВ, синдромы Бехчета или

Вегенера). При ларингоскопическом обследовании: инфильтрация и гиперемия надгортанника, вестибулярных и голосовых связок, ограничение подвижности отделов гортани. При биопсии подтверждалось туберкулезное поражение гортани. При проведении рентгенологического обследования у данных больных выявляется туберкулез легких: инфильтративный у 5 (30%), подострый диссеминированный у 7 (46,6%), фиброзно-кавернозный – у 3 (20%) больных. Распад легочной ткани обнаруживается у 12 (80%), бактериовыделение, выявленное бактериоскопическим методом – у 11 (73,3%) больных, методом бакпосева – у всех 15 (100%) больных, Xpert Mtb Rif – 1, устойчивость к рифампицину – 1. От момента первичного обращения к оториноларингологу до момента постановки диагноза туберкулеза в среднем прошло около 1 – 1,5 месяцев. Из вышеуказанного следует, что при обращении пациентов с жалобами со стороны гортани необходимо отправлять их на флюорографическое обследование легких в поликлиниках по месту жительства и анализ мазка из гортани на МТ как бактериоскопически, так и на молекулярные методы исследования – Xpert Mtb Rif. При таком комплексном исследовании диагноз туберкулеза будет поставлен значительно раньше.

Заключение: бактериоскопическое исследование мокроты при поражении туберкулезом гортани и легких дает положительный результат у 11 (73,3%) больных. Поражение гортани часто является первым признаком заболевания туберкулезом. Основной симптом туберкулеза гортани – дисфония или афония. В среднем от момента обращения больного с жалобами до установления диагноза туберкулеза гортани проходит 1 – 1,5 месяца. Разработан алгоритм для выявления туберкулеза гортани: Обязательное рентгенологическое обследование органов грудной клетки; компьютерная томография гортани; выяснение контакта с больным туберкулезом; бактериоскопия мазка из гортани на МТ; биопсия гортани по показаниям.

83

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИКАРДА СРЕДИ БОЛЬНЫХ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Нургалиева Ж.Ж., Боровкова Л.В., Касымова Г.А.
Противотуберкулезный диспансер
г. Астана, Казахстан

Туберкулез может вызвать любую известную форму перикардита. Данные литературы о частоте туберкулезных перикардитов весьма противоречивы, их доля среди всех перикардитов составляет 10-36%. Особое внимание следует обратить на

увеличение числа перикардитов у больных туберкулезом с ВИЧ инфекцией. Среди больных туберкулезом у 6,5% отмечается накопление экссудата в полости перикарда. Туберкулезный перикардит переносит каждый второй из десяти больных легочным туберкулезом. Самая распространенная форма это сухой перикардит, ограниченный или распространенный.

Цель исследования: Ультразвуковая диагностика, на сегодня является основным методом диагностики воспалительных процессов в перикарде, позволяющая оценить движение листков перикарда, их экзогенность, наличие включения в перикардальной жидкости, гемодинамические расстройства. Нами проведено исследование по частоте поражения перикарда у больных туберкулезом легких.

Экссудативный перикардит наиболее часто наблюдается при впервые выявленном туберкулезе с последующим исходом в выздоровление или переходом в экссудативно-фибринозный перикардит у хронических больных.

Материалы и методы исследования: С декабря 2012 года в противотуберкулезном диспансере города Астаны проводятся эхокардиографические исследования пациентов на УЗИ – аппарате фирмы Тошиба, с целью выявления патологии перикарда и вторичных кардиальных изменений при тяжелой легочной патологии приводящей к хронической легочной гипертензии.

Результаты и обсуждение: Хронический туберкулезный перикардит чаще наблюдается у лиц 30-50 лет и старше. Обычно ему предшествует экссудативно-фибринозный с отложениями фибрина виде нитей, плавающих в экссудате («волосяное сердце»). С увеличением фибрина экссудат становится желеобразным, что в свою очередь затрудняет диастолическое расслабление миокарда, уменьшает объем выброса. В дальнейшем формируется констриктивный перикардит. Частота хронического перикардита среди больных с хроническими формами туберкулеза достигает 10-12%. Всего с декабря 2012 года было проведено 210 доплер эхокардиографических исследований больным с осложненными формами туберкулеза у которых патология перикарда выявлена у 37 (17%) пациентов. Из числа больных с патологией перикарда 37 случаев, с экссудативным перикардитом выявлено 12 (32,4%) человек, с экссудативно – фибринозным перикардитом 25(67,6%), пациентов, с констриктивным перикардитом выявлено 2 случая (5,4%).

Заключение: Основной патологией выявленной при УЗИ – обследовании перикарда является экссудативно-фибринозный перикардит в 67,6,0%. Сегодня доплеровская эхокардиография заняла прочное место среди диагностических методов и является обще-обязательным рутинным методом

исследования в диагностики патологии перикарда и выявлений кардиональных изменений при тяжелой легочной патологии, приводящей к хронической тяжелой легочной гипертензии.

84

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Агзамова Р.А.¹, Бугаков А.А.¹,
Искакова А.Ш.¹, Нашенова Г.Б.¹, Байжанова С.Т.².
АО «Медицинский университет Астана»¹,
г. Астана, Казахстан
Городской противотуберкулезный
диспансер, г.Астана, Казахстан

Цель исследования: изучить клиническое течение и эффективность лечения туберкулеза органов дыхания у детей.

Материал и методы: изучены методы выявления и клиническая характеристика туберкулеза у 40 детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении городского противотуберкулезного диспансера г. Астаны в 2010 г.

По полу 52,5% были мальчиками, 47,5% – девочками. По возрасту до 5 лет составляли 25%, в возрасте 6-10 лет – 30%, 11 – 14 лет – 45%, существенной разницы по возрасту между мальчиками и девочками не отмечено. Большинство детей –70% были учащимися общеобразовательных школ, 30% – дошкольного возраста.

Результаты исследования: В 37,5% заболевание было выявлено по туберкулиновой пробе Манту, в 32,5% – при обследовании как контактных из очагов туберкулезной инфекции, в 22,5% – при обращении за медицинской помощью и в 7,5% – при профилактическом флюорографическом обследовании.

По клиническим формам первое место занимал первичный туберкулезный комплекс – в 52,5%, на втором месте – в 35,0% туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 7,5% – инфильтративный туберкулез легких, в 5,0% – экссудативный плеврит.

В 10% туберкулез органов дыхания у детей был осложнен деструкцией легочной ткани и бактериовыделением, по 7,5% – обсеменением и экссудативным плевритом, по 2,5% – ателектазом средней доли легкого и туберкулезом периферических лимфатических узлов.

Почти все (95%) больные дети были отнесены к новым случаям, из них 90% получали лечение по 1-й категории, 5% – с ограниченным процессом без деструкции и бактериовыделения – по 3-й категории. У 5% детей в связи с отсутствием положительной клинико-рентгенологической динамики

кой процесса на 3-4 месяцах интенсивной фазы, была установлена клиническая резистентность к противотуберкулезным препаратам 1-й линии и назначено лечение резервными препаратами 2-й линии по 4-й категории.

Полный курс химиотерапии (интенсивная и поддерживающая фазы) получили в стационарных условиях 90% детей (из них в 45% случаев интенсивная фаза была продлена до 3-4 месяцев, в 10% – поддерживающая фаза до 6-7 месяцев). По завершении лечения они были выписаны с исходами «вылечен» и «лечение завершено», в остальных 10% случаев, после успешного завершения интенсивной фазы, дети были направлены на поддерживающую фазу лечения в амбулаторных условиях.

Заключение: Туберкулезом преимущественно болеют инфицированные дети, выявленные по туберкулиновой пробе Манту (37,5%) и из очагов туберкулезной инфекции (32,5%). По клиническим формам чаще всего был установлен первичный туберкулез: в 52,5% – первичный туберкулезный комплекс, в 35,0% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 30% встречались различного рода осложнения основного процесса, в 5% у детей установлена клиническая устойчивость к препаратам 1-й линии. Для достижения высокой эффективности лечения туберкулеза у детей рекомендуется полный курс химиотерапии (интенсивную и поддерживающую фазы) завершить в стационарных условиях под постоянным контролем медперсонала.

85

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ

Бекмуратов Е.Б., Скребцов Б.А.,
Касаева Л.Т., Сергазина А.О., Таханова Ж.У.
Южно-Казахстанская государственная
фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан

В последние годы проблема рецидивов туберкулеза и их профилактики в РК заняла важное место в эпидемиологии туберкулеза и стала одним из актуальных вопросов борьбы с ним.

Частота рецидивов туберкулеза легких у взрослых в интенсивных показателях с 2008 по 2012 гг. по Южно-Казахстанской области увеличилась с 29,6 до 36,5 или на 6,9 % и к концу наблюдения превысила республиканский показатель в 1,5 раза. За этот период заболеваемость сократилась с 91,8 до 71,8 на 100 тыс. населения, т.е. на 27,8 %. Темпы снижения заболеваемости превышают частоту рецидивов в 4,1 раза.

Рост рецидивного туберкулеза на фоне снижения заболеваемости привел к повышению относительного числа рецидивов среди выявленных больных туберкулезом легких за эти годы с 11,9 % до 19,2 %. Частота рецидивов среди вновь выявленных бацилловыделителей возросла с 49,8 % до 69,8 %.

Удельный вес рецидивов в IY группе диспансерного наблюдения (хроники) в 2012 г. достиг 55,6 %, в смертности от туберкулеза 62,0 %. Все это имеет важное эпидемиологическое значение. В этой связи, возникает необходимость улучшения организации наблюдения над снятыми с учета больными с выраженными метатуберкулезными изменениями.

Во – первых они не находятся под регулярным наблюдением фтизиатра. Во-вторых сегодня директивными документами четко не определена система передачи данных лиц врачам общей сети для взятия в группу риска повышенного заболевания туберкулезом, в связи с чем, не малая часть их выпадает из под врачебного контроля.

Так, в 2012 г из общего числа больных с рецидивами заболевания туберкулезом из групп риска активно флюорографически выявлено всего 192 больных (23,2 %), остальные 637 (76,8 %) взяты на учет по самообращаемости. Необходимо отметить, среди больных с рецидивом заболевания выявленных из групп риска удельный вес деструктивных форм составлял 38,9 %, с бактериовыделением 35,7 %, в то время как, среди взятых по самообращаемости 85,9 % и 78,8 %, соответственно.

Для совершенствования профилактики туберкулеза следует лиц с выраженными остаточными рентгенопределяемыми изменениями в легких оставлять под наблюдением противотуберкулезных диспансеров, как это было в советское время. Так же возникает новая проблема – организация санаториев для лиц излеченных от туберкулеза и в первую очередь, имеющих хронические соматические заболевания.

86

ПРИМЕНЕНИЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА ВО ФТИЗИАТРИИ

Булдубаев Б.Т., Галамбець И.И.,
Темиргалиев Ж.Б., Протченко Н.П., Айтимов С.Е.
Противотуберкулезный диспансер
г. Астана, Казахстан

Плазмаферез – один из методов экстракорпоральной детоксикации, гемо и иммунокоррекции, заключающийся в удалении из крови токсинов, шлаков, балластных элементов, а также в коррекции физико-химического состояния крови, посредством удаления плазмы, с последующим ее возмещением (электролитами, белками, ГЭК).

Цель исследования: применение методов экстракорпоральной детоксикации у тяжелобольных туберкулезом на современном этапе.

Показанием для проведения ЛПФ во фтизиатрии являются:

-Токсико-аллергические реакции с кожными проявлениями (сыпь, зуд, отек), синдром Лайела, геморрагический васкулит. Они развиваются в 58,8% при применении препаратов основного ряда, и до 78,8% с препаратами резерва.

- Симптомом комплекс «плохой переносимости» химиотерапии. При этом клинико-биохимическое исследование крови ещё не регистрирует каких-либо отклонений показателей от нормальных величин.

- Синдром эндогенной интоксикации, сепсис.

- Синдром полиорганной недостаточности.

- Клинической резистентности устойчивых форм туберкулеза.

- Почечно-печеночная недостаточность, лекарственный гепатит и многое другое.

Материал и методы: С апреля 2013г комплексная интенсивная терапия тяжелобольных усилена проведением лечебного плазмафереза (ЛПФ), аппаратом «Гемофеникс» с использованием мембранных фильтров ПФМ-01-ТТ «Роса». Объем курсовой плазмозамещения составил 1-1,25% ОЦП (объема циркулирующей плазмы). Плазмозамещение проводилось белковыми препаратами (альбумин 10%; СЗП), растворами ГЭК (Тетраспан 10%; Рефортан), электролитами (NaCl 0,9%) под контролем гемодинамики, объема эксфузии, согласно общепринятым стандартам.

ЛПФ проведен 7 пациентам, из которых:

- пациентка в послеоперационном периоде, с большим натечным абсцессом, с целью профилактики септического состояния;

- пациент с легочным процессом на фоне рефрактерного течения сахарного диабета;

- два пациента с тяжелой казеозной пневмонией, кахексией, выраженной эндотоксемией;

- три пациента с лекарственным гепатитом, на фоне аллергической токсикодермии с легочным туберкулезом, в условиях вынужденной отмены химиотерапии (ППР и ПВР).

После проведения курса ЛПФ у всех пациентов наметилась стойкая положительная клиническая динамика туберкулезного процесса.

Выводы: применение ЛПФ во фтизиатрии позволяет сократить период восстановления химиотерапии у больных токсическим гепатитом; улучшить переносимость химиотерапии у впервые заболевших туберкулезом; значительно сократить сроки конверсии мазка как у впервые заболевших, так и у пациентов с рецидивом заболевания; улучшить результаты лечения устойчивых форм туберкулеза; повысить эффективность лечения у больных с обширными легочными процессами

(казеозной пневмонии); снизить как общую, так и послеоперационную летальность, сократить сроки предоперационной подготовки и улучшить результаты хирургического лечения фтизиатрических пациентов.

Для обеспечения высокой эффективности лечения, процедура лечебного плазмафереза рекомендуется как часть лечебного процесса фтизиатрических пациентов, как в стационаре, так и в поликлинике (дневные стационары), наряду с контролируемой химиотерапией.

87

НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ташпулатова Ф.К¹, Абдуллаев М.А², Тарасова Н.В²
Ташкентский педиатрический медицинский институт¹, г. Ташкент, Узбекистан
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии², г. Ташкент, Узбекистан

Цель: Оценить неспецифическую реактивность организма у больных деструктивным туберкулезом легких (ДТЛ) по методу Гаркави Л.Х., (1991).

Материал и методы: Обследовано 308 больных с ДТЛ. Адаптационные реакции (АР) определяли согласно Гаркави Л.Х.: выделяли реакцию стресса (РС), реакцию тренировки (РТ), реакцию активации (РА) и реакцию периактивации (РП).

Результаты: У больных ДТЛ наиболее часто встречается реакция стресса (45,4±2,8%). Следует отметить, что наибольшая частота РС выявлена у больных с казеозной пневмонией (60,9±10,1%) и с фиброзно-кавернозным туберкулезом (56,4±7,9%). В то же время у больных с инфильтративным туберкулезом легких РС составила (43,5±3,5%, диссеминированным туберкулезом (37,5±9,8%) и при кавернозном (36,4±10,2%; p<0,05). Полноценные реакции РА и РТ в основном встречались у больных при инфильтративном туберкулезе (9±2,0% и 23±3,0% соответственно). В процессе терапии отмечено увеличение частоты РА и РТ до 22±3,0% и 38±3,4%. У больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом частота РТ и РА составила – 15,4±5,8% и 5,1±3,3% соответственно. При казеозной пневмонии до лечения не встречались больные с реакциями РА и РТ. В результате комплексной терапии отмечено незначительное увеличение частоты реакций адаптации и тренировки.

Выводы: У больных с ДТЛ имеется разница в частоте и характере реакций адаптации в зависимости от клинических форм туберкулеза легких, что можно использовать как прогностический критерий в оценке тяжести процесса.

88

РИСК РАЗВИТИЯ КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗНЫМ ГЕНЕТИЧЕСКИМ ФОНОМ

Ташпулатова Ф.К¹, Абилов А.У³,
Тарасова Н.В², Рахимбергенова Г.Х¹
Ташкентский Педиатрический Медицинский
институт¹, г. Ташкент, Узбекистан
Республиканский Специализированный научно-
практический медицинский центр фтизиатрии
и пульмонологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан
Ташкентский институт усовершенствования
врачей³ г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить ассоциацию генетических маркеров с казеозной пневмонией (КП) у больных туберкулезом легких (ТЛ).

Материалы и методы. Обследовано 26 больных ТЛ, у которых специфический процесс проявлялся в виде КП. Средний возраст составил $31,4 \pm 1,9$ лет. В качестве носительства генетических маркеров определяли фенотип гаптоглобина по D.G.Davis в модификации Н.П.Осиной, тип инактивации ГИНК по Л.П.Гребеннику, активность эритроцитарного фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г-6-ФДГ) по G.Glohii. Тяжесть интоксикации оценивали по лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ) по формуле Я.Я.Калифа в модификации В.К.Островского.

Результаты. При изучении частоты и характера разных комбинаций генетических маркеров у больных с КП, (К.С. Казакову и соавт. (1999), установлено, что среди больных с КП встречались лица только с неблагоприятной и относительно неблагоприятной комбинацией генетических маркеров. Неблагоприятная комбинация генетических маркеров (гомозиготные фенотипы гаптоглобина, слабый тип инактивации ГИНК, пониженная активность фермента Г-7-ФДГ) выявлена у $61,5 \pm 9,5\%$ больных, относительно неблагоприятная комбинация генетических маркеров (комбинация двух неблагоприятных и одного благоприятного маркера) у 10 ($38,5 \pm 9,5\%$) больных. ЛИИ до лечения у больных с КП при носительстве неблагоприятной комбинации генетических маркеров составила $3,42 \pm 0,32$ ($N = 0,6 \pm 1,2$) при относительно неблагоприятной комбинации – $2,88 \pm 0,33$. В динамике в процессе лечения ЛИИ у больных с неблагоприятной комбинацией генетических маркеров уменьшился до $2,9 \pm 0,32$, при относительно неблагоприятной – $2,4 \pm 0,25$.

В процессе лечения только у $40 \pm 4,7\%$ больных отмечено абацилирование, у $60 \pm 4,7\%$ больных с неблагоприятной комбинацией отмечено прогрессирование на фоне терапии.

Заключение. Определение носительства комбинаций генетических маркеров у больных туберкулезом легких даст возможность заранее выделить «группу риска» по отношению развития казеозной пневмонии».

89

ПРИМЕНЕНИЕ ФИТОАДАПТОГЕННОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ташпулатова Ф.К, Дадаходжаева Л.С
Кафедра фтизиатрии Ташкентского
педиатрического медицинского института,
г.Ташкент, Узбекистан

Цель: Изучение эффективности лечебного сбора из растительных трав адаптогенного действия в комплексной терапии деструктивного туберкулеза легких (ДТЛ).

Материал и методы: Обследовано 157 больных ДТЛ. В качестве контроля обследовано 151 больных. Определяли типы адаптационных реакций по Л.Х. Гаркави (1991): реакцию стресса (РС), реакцию тренировки (РТ), спокойной активации (РСА) повышенной активации (РПА). На фоне комплексной терапии больным основной группы был назначен настой фитосбора (корень солодки, цветы ромашки, душица, подорожник, зверобой, кукурузные рыльца).

Результаты: У всех больных ДТЛ до лечения чаще встречалась РС – $47,7 \pm 4,0$ и $54,3 \pm 4,0\%$. РТ составила $40,1 \pm 4,0\%$ и $34,4 \pm 3,8\%$ соответственно. РСА выявлена у $8,9 \pm 2,3\%$ основной и у $7,3 \pm 2,1\%$ больных контрольной группы. В процессе лечения отмечено уменьшение РС до $14,0 \pm 2,8\%$ у больных, основной группы, (в контрольной группе РС – $37,7 \pm 3,9\%$; $P < 0,05$). РТ в обеих группах составила: $42,7 \pm 4,1$ и $31,1 \pm 3,7\%$ соответственно. У больных получавших фитосбор увеличилась РСА до $36,9 \pm 3,8\%$ (в контрольной группе – $28,4 \pm 3,6\%$). В основной группе РПА в динамике увеличилась до $6,4 \pm 1,4\%$ (контрольная группа – $2,6 \pm 1,3$).

Прекращение выделения МБТ отмечено в основной группе у $97,8 \pm 2,7\%$ (контрольной – $77,6 \pm 3,7\%$) и закрытие каверн – у $36,6\%$ (контроль – $18,7\%$, $P < 0,05$). В основной группе побочные реакции возникли у $23 \pm 2,0\%$ больных, (в контрольной – $43,4 \pm 2,0\%$).

Заключение: Разработана и доказана эффективность многокомпонентного фитосбора адаптогенного действия, применение которого в комплексной терапии способствует улучшению количества полноценных адаптационных реакций. Положительные сдвиги в частоте и характере АР коррелируют с улучшением клинико-лабораторных параметров.

90

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ

Агзамова Р.А.¹, Искакова А.Ш.¹,
Бугаков А.А.¹, Нашенова Г.Б.¹, Байжанова С.Т.²
АО «Медицинский университет Астана»¹,
г. Астана, Казахстан
Городской противотуберкулезный диспансер²,
г. Астана, Казахстан

Цель исследования: Изучить клинические особенности туберкулеза органов дыхания и эффективность химиотерапии у подростков.

Материал и методы: Изучены истории болезни 57 больных туберкулезом органов дыхания подростков в возрасте 15-17 лет, находившихся на стационарном лечении в городском противотуберкулезном диспансере г. Астаны в 2010г. По полу 42,1% было мальчиков, 57,9% – девочек. По роду занятий 87,7% были учащимися средних учебных заведений, 8,8% – учащимися колледжей, 3,5% – студентами высших учебных заведений.

Результаты исследования: По методам выявления 61,4% подростков были выявлены методом флюорографии, 22,8% – выявлены при обследовании как контактных из очагов туберкулезной инфекции, 15,8% – при обращении в лечебно-профилактические учреждения с подозрительными на туберкулез клиническими симптомами.

По клиническим формам туберкулеза органов дыхания больные распределялись следующим образом: в 43,9% случаях был установлен первичный туберкулез, в т.ч. у 42,1% – первичный туберкулезный комплекс, у 1,8% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов; у 23(40,4%) – инфильтративный туберкулез легких, у 10,5% – очаговый туберкулез легких, у 5,2%) – экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.

У мальчиков по сравнению с девочками чаще отмечалось осложненное течение заболевания: так, бактериовыделение у них встречалось чаще почти в 5 раз, чем у девочек (29,2% и 6,1%), деструкции в легочной ткани чаще в 1,3 раза (45,8% и 36,4%).

К новым случаям были отнесены 89,5% больных, в связи с чем им был назначен стандартный курс химиотерапии по 1-й категории.

С повторными случаями по 2-й категории получали лечение 5,3% подростка. По 4-й категории с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза на лечение препаратами резервного ряда получали лечение также 5,3% больных. Эффективность лечения была достигнута у всех 37 больных, закончивших полный курс лечения в стационаре: у 6 из 10 бактериовыделителей с исходом «вылечен» и у 30 абациллярных больных с исходом «лечение завершено». У 4 подростков излечение было

достигнуто оперативным путем по поводу сформировавшихся в процессе лечения туберкулом (3), деструктивного процесса в легком (1).

Заключение: Среди заболевших туберкулезом подростков девочек было больше (57,9%) по сравнению с мальчиками (42,1%). В 61,4% случаев заболевание было выявлено при профилактическом обследовании методом флюорографии, 22,8% подростков выявлены из очагов туберкулезной инфекции, 15,8% – по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. По клиническим формам первое место занимали первичные формы туберкулеза – 43,9%, на втором месте – инфильтративный туберкулез легких – 40,4%.

В 40,4% туберкулез органов дыхания у подростков был осложнен деструкцией легочной ткани, в 22,8% – очагами обсеменения в легких, в 15,8% – бактериовыделением (у мальчиков в 5 раз чаще, чем у девочек), в 1,8% экссудативным плевритом.

Высокой эффективности лечения позволили добиться своевременная адекватная коррекция этиотропной химиотерапии у больных туберкулезом подростков с клинической резистентностью к противотуберкулезным препаратам 1-й линии, а также применение хирургических методов при деструктивных процессах и туберкуломах легкого.

91

ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ С ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОЙ ФОРМОЙ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Тилляшайхов М.Н, Хакимов М.А.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель. Изучить особенности состояния гепатобилиарной системы и почек у больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью (ЛУ).

Материал и методы исследования. Обследовано 263 больных туберкулезом легких. У 163 обследованных установлена (ЛУ), у 100 – лекарственно чувствительная (ЛЧ) форма туберкулеза легких. Помимо клинического осмотра и рутинных лабораторных, рентгенологических методов обследования, использована сонография печени, желчного пузыря и почек на приборе «Интерскан-250», работающем в режиме реального времени с использованием линейных и секторальных датчиков с частотой 3,5 – 5,0 МГц.

Полученные результаты. Исследования гепатобилиарной системы и почек позволили у 89 (54,6±3,8%) пациентов с ЛУ формой туберкулеза легких выявить патологию печени, у 51 (31,3±3,6%) – патологию желчного пузыря, у 94 (57,6±3,8%) – патологию почек. У больных с ЛЧ формой тубер-

кулеза легких патология печени встречается в 2,1 раза чаще, патология желчного пузыря – в 5,2 раза чаще, патология почки в 2,7 раза чаще, чем у пациентов с ЛЧ формой туберкулеза легких (54,6% и 25,0%; 31,3% и 6,0%; 57,6% и 21,0% соответственно, $P < 0,001$). Сонография расширяет возможности выявления и оценки тяжести патологии печени и почек у больных с ЛУ туберкулезом легких.

Заключение. ЛУ форма туберкулеза легких часто сочетается с заболеваниями гепатобилиарной системы и почек, которые требуют лечения. Для своевременной диагностики заболеваний гепатобилиарной системы и почек, и выбора оптимального режима лечения ЛУ форм туберкулеза легких целесообразно проводить клиничко-сонографические исследования.

92

ВЫПОЛНЕНИЕ АЛГОРИТМА ДИАГНОСТИКИ И ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТАХ

Дакенова Ж.К., Ракишева Ж.К., Оразбаев С.Ж.,
ГККП «Противотуберкулезный диспансер»
г. Астаны, Казахстан

Из-за сложности дифференциальной диагностики экссудативных плевритов встречаются случаи туберкулезного плеврита с несвоевременной постановкой диагноза заболевания. Плевральные выпоты как патологические процессы в плевре имеют вторичный характер, несмотря на это, часто определяют тяжесть течения основного заболевания.

С целью ранней диагностики плевритов туберкулезного генеза и проведения своевременного лечения, согласно приказа начальника Управления здравоохранения, №188 от 15.02.2013 года по исполнению протокольного поручения №2 Фтизиопульмонологического совета от 31.01.2013 года, разработан алгоритм диагностики и оказания медицинской помощи при экссудативных плевритах на уровне первичной медико-санитарной помощи. Основной задачей которого является проведение дифференциальной диагностики экссудативных плевритов в условиях противотуберкулезного диспансера г. Астаны.

За 5 месяцев 2013 года в противотуберкулезный диспансер поступило 69 больных с плевритом неясного генеза: из учреждений ПМСП-26, из АО «Центральная дорожная больница»-24, из городских больниц №1- 2, №2-15, из перинатального центра №2 -1, из Центра адаптации – 1.

Для своевременной диагностики использовались современные лучевые и инструментальные методы исследования КТ, УЗИ, видеоторакоскопия с биопсией, исследование пунктата.

Всего из 69 выявлено 60 (87,0%) случаев туберкулезного плеврита, среди них туберкулезный

плеврит в сочетании с легочным процессом у 36 (60,0%) больных, у 24 (40,0%) пациентов туберкулезный плеврит протекал изолированно без легочного поражения. В девяти случаях установлена другая патология, данные результаты распределились следующим образом: постравматический-1, мезотелиома плевры-2, неспецифического генеза-2, нефротический синдром-1, кардиогенные трансудаты-3.

Выявленные случаи туберкулезного плеврита по регионам распределились следующим образом: жители г. Астана – 56 (93,3%) больных, из Акмолинской области – 2 больных, из Алматинской области – 1 пациент, из Павлодарской области – 1.

Четверо больных выехали на дальнейшее лечение в свои регионы, по фактическому месту проживания, переданы выписки из истории болезни.

Выводы:

1. туберкулезный плеврит в в клинической структуре экссудативных плевритов занимает ведущее место.

2. Современные лучевые и инструментальные методы исследования (КТ, УЗИ, видеоторакоскопия с биопсией, исследование пунктата), являются достоверными при верификации заболевания у больных с экссудативным плевритом.

3. Разработанный алгоритм дифференциальной диагностики этиологии плевритов дает возможность установить диагноз на раннем этапе заболевания в 100% случаев.

4. применение разработанного диагностического алгоритма в практическом здравоохранении способствует сокращению срока дифференциальной диагностики экссудативного плеврита и предупреждению развития осложнений.

93

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАПОЗДАЛОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Сергазина А.О.
Южно-Казахстанская государственная
фармацевтическая академия,
г. Шымкент, Казахстан

Отсутствие патогномичных клинических симптомов проявления и течения туберкулеза легких затрудняет своевременное выявление этого заболевания многие люди, у которых появились симптомы легочного заболевания (особенно пожилые сельские жители) не всегда регулярно привлекаются к рентгенологическому и медицинскому обследованию. Некоторые из них не обращаются своевременно за врачебной помощью, ошибочно полагая, что те или иные имеющиеся у них симптомы (слабость, кашель, плохой аппетит, похудание, одышка и др.) связаны с простудой, гриппом или др. причинами.

Аналізу были подвергнуты истории болезни 120 сельских жителей, поступивших на лечение в областной противотуберкулезный диспансер г. Шымкента по поводу инфильтративного туберкулеза легких. Выявлено, что только у 58% пациентов туберкулез был обнаружен в течение первого месяца появления «грудных жалоб», у остальных – в более поздние сроки.

При таких условиях болезнь часто выявляется в деструктивной фазе специфического процесса. По этой же причине некоторые пациенты с туберкулезом органов дыхания, особенно старше 70 лет, умирают от этого заболевания, не состояв на учете в диспансерах. Следовательно, активное выявление таких больных, проживающих на территории врачебного участка, фельдшерско-акушерского пункта и привлечение их к целенаправленному обследованию (консультации) у фтизиатра будет способствовать предотвращению прогрессирования и распространения болезни.

Было выявлено, что при обращении за врачебной помощью легочное заболевание интерпретировалось как пневмония, и пациенты с туберкулезом легких в самой заразной фазе болезни госпитализировались в участковые и районные больницы на срок от двух до четырех или более недель. Это обстоятельство способствовало эволюции туберкулеза и внутрибольничному распространению инфекции.

На наш взгляд, во всех неясных случаях легочного заболевания, сопровождающегося симптомами интоксикации и патологическими изменениями на рентгенограмме, необходимо назначать не неспецифическое антимикробное лечение, а антибактериальные препараты широкого спектра действия, включая противотуберкулезные средства (стрептомицин, рифампицин, изониазид, фторхинолоны).

Таким образом, подобная тактика по принципу приоритетного лечения более опасной и заразной болезни будет способствовать повышению «фтизиатрической настороженности» лечащего врача, более своевременному началу противотуберкулезной терапии, что заметно улучшит прогноз заболевания и в какой-то степени снизит риск нозокомиального инфицирования.

94

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ СОЧЕТАНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С ВИЧ

Курбанова Д.Т¹, Пулатов Ж.А.², Ким Н.Ф.²
Городская клиническая туберкулезная больница¹, г. Ташкент, Узбекистан
Ташкентского педиатрического медицинского института², г. Ташкент, Узбекистан

Цель: анализ результатов лечения больных с туберкулезом легких (ТЛ) и ВИЧ.

Материал и методы пролечено всего 211 больных с ТЛ+ВИЧ, что составляет 18,4% из общего количество пролеченных пациентов. ВИЧ выявлен у 29,8% больных после поступления в стационар, в тоже время большинство пациентов 70,2% состояли на диспансерном учете СПИД центре.

Результаты: ТЛ впервые выявлен у 48,2% больных, ране леченые больные составили 51,6%. Среди впервые выявленных больных преобладал инфильтративный – 51,4% и диссеминированный ТЛ – 27,7%. У ране леченных больных чаще встречался диссеминированный – 24,7%, инфильтративный и фиброзно-кавернозный ТЛ установлен у 33,4% и 16,5% больных соответственно. Деструкция легочной ткани выявлено у 57,4% впервые выявленных больных и у 60,0% ране леченых. Выделение МБТ установлено у 47,5% впервые выявленных и 52,3% ране леченных пациентов. Лекарственная устойчивость к химиопрепаратам первого ряда установлено у 64,4% больных ТЛ с ВИЧ. MDR выявлен у 15,8% первичных и 36,8% ране леченных больных ТЛ + ВИЧ. Из 211 ТЛ+ВИЧ больных у 17% выявлены СПИД- индикаторные заболевания.

48,0% больных пролечено по 1 категории, 45,7% – по 2 категории DOTS и 13 пациентов получили HRZE. В динамике закрытие деструкции отмечено у 48,3% впервые выявленных и у 15,1% ране леченных пациентов с ТЛ +ВИЧ. Конверсия мазка мокроты составило 77,1% и 42,1% соответственно. Летальность отмечено 19,3% среди ране леченых и 8,0 % среди впервые выявленных больных.

Выводы. Эффективность лечения больных ТЛ +ВИЧ низкая, одной весомых причин являются наличие лекарственно устойчивости МБТ, наличие сопутствующих и СПИД – индикаторных заболеваний.

95

ВОЗМОЖНОСТИ ФЕРМЕНТОДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЙ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Тилляшайхов М.Н, Нигманов Р.Т,
Тарасова Н.В., Абдуллаев М.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова, г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить эффективность определения активности ферментов в моче у больных туберкулезом легких с разным генетическим фоном.

Материал и методы: Обследовано 337 больных деструктивным туберкулезом легких в возрасте от 17 до 65 лет. Определяли следующие генетические маркеры:

– фенотип гаптоглобина методом дискэлектрофореза сыворотки крови в полиакриламидном геле по D.C.Davis в модификации Н.А.Осиной (1982); выделяли фенотипы Нр 1-1, 2-1, 2-2;

– тип инактивации ГИНК в моче по Л.П.Гребеннику (1962);

– активность эритроцитарной глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы по А.Kornberg (Асатиани В.С., 1965), норма – $120-180 \times 10^9$ эритроцитов в сыворотке крови.

Выделены 4 комбинации генетических маркеров: неблагоприятная (НКГМ – носительство Нр 2-2+слабый тип инактивации ГИНК + пониженная активность Г-6-ФДГ), относительно неблагоприятная (ОНКГМ – сочетание двух неблагоприятных и одного благоприятного генетического маркера); благоприятная (БКГМ – носительство Нр 2-1+ сильный тип инактивации ГИНК + нормальная активность Г-6-ФДГ) и относительно благоприятная (ОБКГМ – сочетание двух благоприятных и одного неблагоприятного генетического маркера). Для оценки функционального состояния почек исследовали ферментный спектр мочи: активность трансамидиназы (N – O); лактатдегидрогеназы (N – $7,6 \pm 0,86$ МЕ/мл мочи), холинэстеразы (N – $8,7 \pm 1,1$ МЕ/мл мочи), кислой фосфатазы (N – $10,3 \pm 2,3$ МЕ/мл мочи) по С.И.Рябову с соавт. (1979).

Результаты исследований. При ДТЛ у 120 ($35,6 \pm 2,6\%$) больных наблюдались функциональные изменения со стороны почек: у больных с НКГМ ферментурия отмечалась в 4,7 раза чаще, чем у больных с БКГМ (соответственно $54,5 \pm 8,6$ и $11,5 \pm 6,2\%$; $P < 0,001$). Ферментурия выявлялась также у больных с ОНКГМ ($37,8 \pm 3,5$) и ОБКГМ ($34,1 \pm 5,0\%$). Установлено, что у больных с ДТЛ особенно с НКГМ и ОНКГМ наиболее повышается уровень ферментов мочи трансамидиназы, лактатдегидрогеназы, холинэстеразы в 2-3 раза. Так если у больных с НКГМ и ОНКГМ при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких активность трансамидиназы составляла соответственно $0,40 \pm 0,08$ и $0,43 \pm 0,07$ МЕ/мл мочи (N=0), то при БКГМ и ОБКГМ – $0,24 \pm 0,08$ и $0,10 \pm 0,01$ МЕ/мл мочи. Активность ЛДГ и ХЭ также была повышенной у больных с неблагоприятным генетическим фоном, и в процессе лечения их динамика была незначительной. Активность кислой фосфатазы оставалась сниженной у всех больных. Аналогичная закономерность установлена и при изучении активности ферментов мочи у пациентов с другими формами ДТЛ.

Заключение. Выявленные нарушения функционального состояния почек у больных с разным генетическим фоном необходимо обязательно учитывать в процессе комплексной терапии туберкулеза легких.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ

Агзамова Р.А.¹, Бугаков А.А.¹,
Искакова А.Ш.¹, Нашенова Г.Б.¹, Байжанова С.Т.².
АО «Медицинский университет Астана»¹,
г. Астана, Казахстан
Городской противотуберкулезный диспансер²,
г. Астана, Казахстан

Цель исследования: изучить клиническое течение и эффективность лечения туберкулеза органов дыхания у детей.

Материал и методы: изучены методы выявления и клиническая характеристика туберкулеза у 40 детей, находившихся на стационарном лечении в детском отделении городского противотуберкулезного диспансера г.Астаны в 2010г.

По полу 52,5% были мальчиками, 47,5% – девочками. По возрасту до 5 лет составляли 25%, в возрасте 6-10 лет – 30%, 11 – 14 лет – 45%, существенной разницы по возрасту между мальчиками и девочками не отмечено. Большинство детей – 70% были учащимися общеобразовательных школ, 30% – дошкольного возраста.

Результаты исследования: В 37,5% заболевание было выявлено по туберкулиновой пробе Манту, в 32,5% – при обследовании как контактных из очагов туберкулезной инфекции, в 22,5% – при обращении за медицинской помощью и в 7,5% – при профилактическом флюорографическом обследовании.

По клиническим формам первое место занимал первичный туберкулезный комплекс – в 52,5%, на втором месте – в 35,0% туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 7,5% – инфильтративный туберкулез легких, в 5,0% – экссудативный плеврит.

В 10% туберкулез органов дыхания у детей был осложнен деструкцией легочной ткани и бактериовыделением, по 7,5% – обсеменением и экссудативным плевритом, по 2,5% – ателектазом средней доли легкого и туберкулезом периферических лимфатических узлов.

Почти все (95%) больные дети были отнесены к новым случаям, из них 90% получали лечение по 1-й категории, 5% – с ограниченным процессом без деструкции и бактериовыделения – по 3-й категории. У 5% детей в связи с отсутствием положительной клинико-рентгенологической динамикой процесса на 3-4 месяцах интенсивной фазы, была установлена клиническая резистентность к противотуберкулезным препаратам 1-й линии и назначено лечение резервными препаратами 2-й линии по 4-й категории.

Полный курс химиотерапии (интенсивная и поддерживающая фазы) получили в стационар-

ных условиях 90% детей (из них в 45% случаев интенсивная фаза была продлена до 3-4 месяцев, в 10% – поддерживающая фаза до 6-7 месяцев). По завершении лечения они были выписаны с исходами «вылечен» и «лечение завершено», в остальных 10% случаев, после успешного завершения интенсивной фазы, дети были направлены на поддерживающую фазу лечения в амбулаторных условиях.

Заключение: Туберкулезом преимущественно заболевают инфицированные дети, выявленные по туберкулиновой пробе Манту (37,5%) и из очагов туберкулезной инфекции (32,5%). По клиническим формам чаще всего был установлен первичный туберкулез: в 52,5% – первичный туберкулезный комплекс, в 35,0% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 30% встречались различного рода осложнения основного процесса, в 5% у детей установлена клиническая устойчивость к препаратам 1-й линии. Для достижения высокой эффективности лечения туберкулеза у детей рекомендуется полный курс химиотерапии (интенсивную и поддерживающую фазы) завершить в стационарных условиях под постоянным контролем медперсонала.

97

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТБ/ВИЧ

Абсадыкова Ф.Т., Мухтермова В.Н., Тарасова Н.В.
Республиканский специализированный
научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучение функции печени у детей больных ТБ/ВИЧ биохимическими методами исследования.

Материалы и методы: Для решения поставленной задачи под наблюдением находилось 54 ребенка с различными формами туберкулеза. При этом у 26 (48%) установлен туберкулез в/грудных л/узлов, у 7 (12,9%) – первичный туберкулезный комплекс у 18 (33,3%) – диссеминированный туберкулез легких, а у остальных детей 3 (5,5%) – внелегочные формы туберкулеза.

Результаты исследования: При клиническом осмотре у всех 54 детей при поступлении наряду с другими симптомами отмечены: гепатомегалия – умеренная (до 2х см) лишь у 9 (16,7%) обследуемых. У остальных регистрируется увеличение печени более 2х см у 28 (51,8%) и более у 5 см 17 (31,5%). При этом 8 детей (14,9%) являются реконвалесцентами вирусного гепатита «А», у 11 (20,4%) наличие гепатита «В», а у 7 (12,9%) гепатита «С».

При биохимическом исследовании крови на билирубин лишь у 3 (5,5%) детей зарегистрировано умеренное повышение концентрации. Уровень индикаторных ферментов печени аланин-трансаминазы (АлТ) и аспарт-амино-трансферазы (АсТ), у большинства детей оставались в пределах нормы. Лишь у 8 (14,8%) детей отмечено незначительное повышение фермента (АлТ) 1,2 ммоль/литр, а у 3 (5,5%) до 1,5 ммоль/литр. Активность щелочной фосфатазы до начала противотуберкулезной терапии были повышены у 16 (29,6%) детей с ТБ/ВИЧ, в пределах $8,4 \pm 0,6$ ммоль/литр.

Заключение. Сдвиги биохимических показателей функционального состояния печени установлены лишь у 16 (29,6±6,2%) детей. Наиболее информативным биохимическим показателем является уровень щелочной фосфатазы в сыворотке крови.

98

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Ташпулатова Ф.К¹, Долгушина Ю.В², Тарасова Н.В²,
Абдуллаев М.А², Абдусаломова М.И¹
Ташкентский Педиатрический медицинский
институт¹, г. Ташкент, Узбекистан
Республиканский Специализированный
научно-практический медицинский центр
фтизиатрии и пульмонологии²,
г. Ташкент, Узбекистан

Цель: изучить частоту лекарственных осложнений (ЛО) у больных с лекарственно– устойчивым (ЛУ) туберкулезом легких (ТЛ) и разработать схемы профилактики ЛО.

Материал и методы: Обследовано 463 больных ТЛ, из них 330 больных с ЛУ к химиопрепаратам.

Результаты: Установлено, что ЛО от химиопрепаратов у больных ЛУ ТЛ возникли в динамике у 189 (57,3%) больных. В тоже время в группе больных с лекарственно чувствительным (ЛЧ) туберкулезом легких ЛО отмечены у 33 (24,8%).

У 166 больных с ЛУ изучены весомое значение 24 факторов риска возникновения ЛО. По методике наибольшей вероятности (Севьястьянов В.С., 1982) рассчитан коэффициент риска (КР) для каждого фактора и выделены наиболее весомые факторы риска развития ЛО у больных с ЛУ туберкулезом легких. Выделены диапазоны риска возникновения ЛО: от -9,9 до + 6,4. Установлено, что 56% больных с ЛУ имеют максимальный риск развития ЛО.

В целях профилактики ЛО у больных ЛУ при наличии риска развития ЛО разработана схемы профилактики ЛО с применением фитосборов и медикаментов дезинтоксикационного, гепатотропного, желчегонного действия.

У 69 больных с ЛУ туберкулезом легких применения данной схемы профилактики и устранения ЛО от химиопрепаратов способствовало к уменьшению частоты ЛО в 2 раза, ускорению сроков исчезновения клинико-лабораторных проявления ЛО со стороны ЖКТ и печени, нервной системы.

Заключение: Частота ЛО у больных с ЛУ составляет 57,3%. Разработан метод прогноза риска развития ЛО у больных с ЛУ туберкулезом. Установлено что 56% больных имеют риск развития в динамике ЛО от химиопрепаратов. Разработанные схемы профилактики и устранения ЛО в 2 раза сокращают частоту ЛО, ускоряют купирование клинико-лабораторных проявлений.

99

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ У ПОДРОСТКОВ

Агзамова Р.А.¹, Искакова А.Ш.¹,
Бугаков А.А.¹, Нашенова Г.Б.¹, Байжанова С.Т.²
АО «Медицинский университет Астана»¹,
г.Астана, Казахстан
Городской противотуберкулезный диспансер²,
г. Астана, Казахстан

Цель исследования: Изучить клинические особенности туберкулеза органов дыхания и эффективность химиотерапии у подростков.

Материал и методы: Изучены истории болезни 57 больных туберкулезом органов дыхания подростков в возрасте 15-17 лет, находившихся на стационарном лечении в городском противотуберкулезном диспансере г. Астаны в 2010г. По полу 42,1% было мальчиков, 57,9% – девочек. По роду занятий 87,7% были учащимися средних учебных заведений, 8,8% – учащимися колледжей, 3,5% – студентами высших учебных заведений.

Результаты исследования: По методам выявления 61,4% подростков были выявлены методом флюорографии, 22,8% – выявлены при обследовании как контактных из очагов туберкулезной инфекции, 15,8% – при обращении в лечебно-профилактические учреждения с подозрительными на туберкулез клиническими симптомами.

По клиническим формам туберкулеза органов дыхания больные распределялись следующим образом: в 43,9% случаях был установлен первичный туберкулез, в т.ч. у 42,1% – первичный туберкулезный комплекс, у 1,8% – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов; у 23(40,4%) – инфильтративный туберкулез легких, у 10,5% – очаговый туберкулез легких, у 5,2%) – экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.

У мальчиков по сравнению с девочками чаще отмечалось осложненное течение заболевания: так, бактериовыделение у них встречалось чаще

почти в 5 раз, чем у девочек (29,2% и 6,1%), деструкции в легочной ткани чаще в 1,3 раза (45,8% и 36,4%).

К новым случаям были отнесены 89,5% больных, в связи с чем им был назначен стандартный курс химиотерапии по 1-й категории.

С повторными случаями по 2-й категории получали лечение 5,3% подростка. По 4-й категории с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза на лечение препаратами резервного ряда получали лечение также 5,3% больных. Эффективность лечения была достигнута у всех 37 больных, закончивших полный курс лечения в стационаре: у 6 из 10 бактериовыделителей с исходом «вылечен» и у 30 абациллярных больных с исходом «лечение завершено». У 4 подростков излечение было достигнуто оперативным путем по поводу сформировавшихся в процессе лечения туберкулом (3), деструктивного процесса в легком (1).

Заключение: Среди заболевших туберкулезом подростков девочек было больше (57,9%) по сравнению с мальчиками (42,1%). В 61,4% случаев заболевание было выявлено при профилактическом обследовании методом флюорографии, 22,8% подростков выявлены из очагов туберкулезной инфекции, 15,8% – по обращаемости в лечебно-профилактические учреждения. По клиническим формам первое место занимали первичные формы туберкулеза – 43,9%, на втором месте – инфильтративный туберкулез легких – 40,4%.

В 40,4% туберкулез органов дыхания у подростков был осложнен деструкцией легочной ткани, в 22,8% – очагами обсеменения в легких, в 15,8% – бактериовыделением (у мальчиков в 5 раз чаще, чем у девочек), в 1,8% экссудативным плевритом.

Высокой эффективности лечения позволили добиться своевременная адекватная коррекция этиотропной химиотерапии у больных туберкулезом подростков с клинической резистентностью к противотуберкулезным препаратам 1-й линии, а также применение хирургических методов при деструктивных процессах и туберкуломах легкого.

100

ЗНАЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Темирбаев А.А.¹, Дюсенов А.К.²,
Шоланова Л.М.¹, Мещеряков С.А.¹.
КГУ «Областной противотуберкулезный
диспансер»¹, г. Караганда, Казахстан
Управление здравоохранения Карагандинской
области², г. Караганда, Казахстан

В Республики Казахстан при комплексном лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза легких имеются условия, обуславливающие необходимость хирургического лечения: это со-

хранение эпидемической ситуации по туберкулезу, нарастание остро прогрессирующих и лекарственно-устойчивых форм, агрессивность и малоэффективность противотуберкулезной полихимиотерапии, затруднение проведения длительной и полноценной медикаментозной терапии при низком социальном уровне жизни населения.

В КГУ «Областной противотуберкулезный диспансер» с 2001 года в лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза легких начато применение препаратов второго ряда. С этого периода по настоящее время оперированы 295 больных с множественной лекарственной устойчивостью, из них 90 больных (30,5%) оперированы с 2001 по 2009 годы, а с 2010 года в связи с увеличением финансирования за счет республиканского бюджета и международных фондов за 2010 – 2012 годы выполнены операции у 205 больных (69,5%). В процентном соотношении с 2001 по 2009 годы число больных, оперированных по поводу лекарственно-устойчивого туберкулеза, колебалось от 2,2 до 16,8% к общему числу оперированных, а в 2010 году это соотношение составило 38,3%, в 2011 году – 43,4%, в 2012 году – 38,4%. С учетом того, что основная масса оперированных приходится на 2010 – 2012 годы, аспекты хирургической помощи этой категории больных рассмотрены в данной работе за эти годы. Эти аспекты рассмотрены со следующих позиций: соотношение деструктивных форм, наличие или отсутствие бактериовыделения до операции, на какой фазе лечения проводилось хирургическое вмешательство, характер оперативного пособия, наличие послеоперационных осложнений. Что отмечено: 1. снижение доли фиброзно-кавернозного туберкулеза с 50% до

37,3%; 2. увеличение доли туберкулом с 24,2 до 39%; 3. уменьшение сохранения бацилловыделения до операции с 21 до 6 больных; 4. нарастание числа абациллированных больных до операции с 38 до 75; 5. увеличение соотношения больных, оперированных на поддерживающей фазе с 30,5 до 54%; 6. уменьшение операций резекционного характера с 81,4% до 65,6%; 7. сохранение или даже нарастание паллиативных операций (в основном, торакопластика) с 18,6 до 23%; 8. послеоперационных осложнений у этой категории больных не отмечено. Снижение доли фиброзно-кавернозного туберкулеза легких обусловлено увеличением распространенности туберкулезного процесса. Это обстоятельство определяет невозможность выполнения резекции легкого и с этим связано увеличение паллиативных операций, в основном за счет торакопластики. Достаточное лекарственное обеспечение на дооперационном этапе определяет достижение состояния ремиссии, одной из характеристик которой является абациллирование. Увеличение числа больных, оперированных на поддерживающей фазе, обусловлено стремлением достижения хорошего операционного фона, позволяющего произвести радикальную операцию. Для этого использовались такие методы комплексного лечения, как искусственный пневмоторакс, пневмоперитонеум. Для повышения эффективности коллапсохирургических операций использовался метод клапанной бронхоблокации у 2 больных.

Таким образом, хирургическое лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза является действенным методом лечения в комплексе противотуберкулезных мероприятий.

