

отметить, что сила этой связи увеличивается при сочетании перечисленных специфических факторов с неспецифическими ($p < 0,01$), что свидетельствует об их взаимном потенцирующем действии.

Заключение. На частоту развития и степень выраженности обструктивных нарушений при туберкулезном процессе оказывают негативное взаимно потенцирующее воздействие специфические и неспецифические факторы.

СОПРЯЖЕННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ, ВЯЗКОСТНОГО ДЫХАТЕЛЬНОГО СОПРОТИВЛЕНИЯ С ТЕМПАМИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ ДИНАМИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА

ЖУКОВА Е. М., КРАСНОВ В. А., ВОХМИНОВА Л. Г.

CORRELATION OF CHANGES IN INDICATORS OF BRONCHIAL PATENCY, VISCOUS RESPIRATORY IMPEDANCE WITH THE RATE OF CLINICAL AND X-RAY CHANGES OF TUBERCULOSIS DISEASE

ZHUKOVA E. M., KRASNOV V. A., VOKHMINA L. G.

ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» МЗ РФ, г. Новосибирск

Novosibirsk Tuberculosis Research Institute, Novosibirsk, RF

Цель: оценить сопряженность характера изменений бронхиальной проходимости, показателей вязкостного дыхательного сопротивления (ВДС), измеренного методом форсированных осцилляций (ФО), с темпами клинико-рентгенологической динамики туберкулезного процесса.

Материалы и методы. Изучены функциональные показатели до и по завершении лечения у 215 больных туберкулезом легких (ТЛ). У 3 больных диагностирован очаговый ТЛ, у 166 – инфильтративный, у 19 – диссеминированный, у 17 – фиброзно-кавернозный, у 10 – казеозная пневмония. У 63,3% пациентов процесс в легких был распространенным, деструктивные изменения обнаружены у 73,5% обследованных. Исследование ФВД проводили методами спирографии (СГ), регистрации кривой поток-объем форсированного выдоха (П-ОФВ), ФО на спироанализаторе Custo Vit фирмы Custo Med (Германия). Измерение ВДС осуществляли последовательно при частоте осцилляций 8, 12, 16 Гц. Регистрировали следующие показатели ВДС: при дыхательном объеме (R_{fo}), на уровне вдоха при спокойном дыхании (R_{in}), на уровне выдоха при спокойном дыхании (R_{ex}). Обследована группа здоровых лиц ($n = 22$), установлены воспроизводимость, нормативы показателей ВДС. Разработан алгоритм выявления обструктивных нарушений вентиляции при использовании указанного комплекса методов. В подгруппу пациентов с начальной обструкцией бронхов (ОБ) вошли лица, у которых были изменены только параметры ВДС без изменений показателей СГ и регистрации кривой П-ОФВ. Результаты повторных исследований

СГ, регистрации кривой П-ОФВ, ВДС оценивали с учетом воспроизводимости показателей. Статистическую обработку данных выполняли в пакете SPSS 12.0 (SPSS Inc.). При создании базы данных использовали редактор электронных таблиц MS Excel 7.0. Достоверность различий проверяли при помощи χ^2 Пирсона, U-критерия Манна – Уитни. Статистическая значимость различий принималась при $p < 0,05$.

Среди исследуемых больных ретроспективно выделены подгруппы (А, Б, В). Подгруппу А составили 93 пациента с быстрой динамикой туберкулезного процесса – прекращением бактериовыделения, закрытием полостей распада, значительным рассасыванием инфильтративных изменений (при отсутствии микобактерий туберкулеза, распада) в первые 3 мес. лечения. В подгруппу Б вошли 48 человек с относительно быстрой динамикой ТЛ – прекращением бактериовыделения, закрытием полостей распада, значительным рассасыванием инфильтративных изменений в срок 4-6 мес. В подгруппе В из 74 больных отмечалась замедленная динамика ТЛ – прекращение бактериовыделения, закрытие полостей распада через 7 мес. и более.

Результаты исследования. До лечения обструктивные нарушения в целом, в том числе значительной степени, выявлялись реже у лиц с быстрой динамикой ТЛ, чем у пациентов с замедленной (64,5; 12,9% и 83,8; 27% соответственно). В процессе терапии указанное различие сохранялось. Так, по завершении стационарного лечения в подгруппе А по сравнению с подгруппой В меньше доля лиц с обструктивными нарушениями, в том числе

с умеренной и значительной степенью ОБ, а также с повышением ВДС. До начала лечения подгруппы А и Б по анализируемым параметрам статистически не различались, однако по завершении лечения в подгруппе А зарегистрировано меньшее число (на 12,3%) пациентов со значительными обструктивными нарушениями. Быстрая и относительно быстрая динамика ТЛ сопровождалась отчетливым улучшением бронхиальной проходимости. В подгруппе лиц с быстрой динамикой значимо уменьшилось число больных с ОБ (преимущественно за счет уменьшения доли лиц с начальной ОБ) и с повышением ВДС (на 24,7 и 17,2%). В подгруппе пациентов с относительно быстрой динамикой существенно

снизилось число лиц с ОБ в целом, с умеренными нарушениями, а также с повышенным ВДС (на 22,9; 18,8; 27,1%). Подгруппа лиц с замедленной динамикой ТЛ характеризовалась отсутствием значимых сдвигов функциональных показателей.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о стойкости обструктивных нарушений, о взаимосвязи изменений функциональных показателей, в том числе ВДС, с клинко-рентгенологической динамикой туберкулезного процесса, что обуславливает необходимость мониторинга ФВД с использованием метода ФО, а также диктует необходимость своевременного назначения больным ТЛ бронхолитической терапии.

РЕКОНВЕРСИЯ ПОСЕВОВ МОКРОТЫ У ПАЦИЕНТОВ, ПРЕРВАВШИХ КУРС ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

ЗЕМЛЯНАЯ Н. А.^{1,2}, ГЕЛЬМАНОВА И. Е.¹, КЕШАВДЖИ С.^{1,3}, ПОНОМАРЕНКО О. И.¹

RECONVERSION OF SPUTUM CULTURE IN PATIENTS INTERRUPTING THE TREATMENT COURSE OF MULTIPLE DRUG RESISTANCE TUBERCULOSIS

ZEMLYANAYA N. A.^{1,2}, GELMANOVA I. E., KESHAVJEE S.^{1,3}, PONOMARENKO O. I.¹

¹Неправительственная организация «Партнеры во имя Здоровья», США

²ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Томск

³Гарвардская медицинская школа, Госпиталь Бригхем, США

¹Non-governmental organization Partners in Health, USA

²Siberian State Medical University, Tomsk, RF

³Harvard Medical School, Brigham Hospital, USA

Цель: определение частоты реконверсии мокроты у ранее абациллированных пациентов, досрочно прервавших лечение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ-ТБ).

Материалы и методы. В исследование включены пациенты с бактериовыделением, подтвержденным методом посева, с диагнозом МЛУ-ТБ, начавшие курс лечения по IV режиму химиотерапии в период с 10 сентября 2000 г. до 1 ноября 2004 г. и прервавшие лечение. Отсутствие в течение двух лет после прерывания курса терапии у пациента положительных результатов посевов мокроты было расценено как эффективное лечение. Неэффективным считался курс терапии, если в течение двух лет наблюдения произошло возобновление бактериовыделения.

Реконверсия мокроты по посеву определялась как получение минимум двух положительных результатов посевов мокроты в течение 6 мес., подтверждение смерти от туберкулеза или начало нового курса лечения в течение 1 года после прерывания терапии.

В зависимости от времени между абациллизированием, подтвержденным методом посева,

и прерыванием курса терапии пациенты были разделены на 5 групп: группа 1 – пациенты, у которых между абациллизированием и прерыванием лечения прошло ≤ 100 дней; группа 2 – пациенты, у которых продолжительность между абациллизированием и прерыванием терапии > 100 и ≤ 200 дней; группа 3 – время между абациллизированием и прерыванием терапии составило > 200 и ≤ 300 дней; группа 4 – пациенты с продолжительностью между абациллизированием и прерыванием терапии > 300 и ≤ 400 дней, группа 5 – пациенты, у которых с момента абациллизирования до прерывания терапии прошло > 400 дней. Частоту реконверсии мокроты по посеву рассчитывали как число реконверсий мокроты по посеву с отрицательного результата на положительный у пациентов в течение двух лет наблюдения после прерывания курса терапии МЛУ-ТБ.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с использованием программы Stata (версия 11). Для сравнения характеристик пациентов выполняли анализ с использованием χ^2 и критерия Стьюдента или теста Фишера.