

Результаты. Из 122 пациентов, прервавших курс лечения МЛУ-ТБ, из исследования исключено 74 человека: 18 пациентов без подтвержденного бактериовыделения на начало лечения, 29 пациентов с бактериовыделением на момент прерывания лечения, 19 пациентов с периодом наблюдения менее двух лет, 8 пациентов, возобновивших лечение по поводу туберкулеза в течение первого года наблюдения, без бактериовыделения.

Соответствовали критериям включения в исследование 48 человек, из них у 19 (39,6%) пациентов наблюдалась реконверсия мокроты, подтвержденная методом посева, у 29 (60,4%) – результаты посева оставались отрицательными в течение двух лет наблюдения после прерывания курса химиотерапии.

Сравнительная характеристика больных, у которых произошла реконверсия мокроты, и пациентов с МБТ(-) по посеву в течение двух лет после прерывания курса химиотерапии показала, что в 1,8 раза чаще реконверсия отмечалась у пациентов-бездрабных и в 2,3 раза чаще у больных с синдромом алкогольной зависимости ($p < 0,007$ и $p < 0,001$ соответственно). Длительность лечения от момента абациллирования до прерывания терапии

у пациентов с реконверсией мокроты по посеву составила 130 ± 88 дней (mean $\pm$ SD), в то время как у пациентов, оставшихся с отрицательными результатами посева, в течение двух лет продолжительность лечения от момента абациллирования составила 290 ± 119 дней (mean $\pm$ SD, $p < 0,001$). Более подробно зависимость между длительностью терапии и реконверсией мокроты по посеву показана в таблице.

Заключение. Частота реконверсии мокроты обратно пропорциональна продолжительности времени между абациллированием и прерыванием терапии. Полученные данные свидетельствуют о том, что реконверсия мокроты по посеву у пациентов, получивших лечение по поводу МЛУ-ТБ в течение 400 дней после абациллирования, подтвержденного методом посева, является редким явлением. Данное исследование позволяет выдвинуть гипотезу о возможном сокращении стандартного курса лечения МЛУ-ТБ для некоторых групп пациентов. Необходимо проведение расширенного исследования с определением показателей, связанных со стойким абациллированием у пациентов, досрочно прервавших лечение.

Таблица

Частота возврата бактериовыделения среди пациентов с различной продолжительностью лечения между абациллированием и прерыванием терапии, $n = 48$

Показатели	Группа 1 ($A \leq 100$ дней)	Группа 2 ($100 < A \leq 200$)	Группа 3 ($200 < A \leq 300$)	Группа 4 ($300 < A \leq 400$)	Группа 5 ($A > 400$)
Все пациенты с наблюдением 2 года $n = 48$ пациентов	10	13	9	11	5
Возврат бактериовыделения $n = 19$ пациентов	9	7	2	1	0
% случаев	90%	53,8%	22,2%	9,1%	0

Примечание: A – абациллирование мокроты по результатам посева.

ПОКАЗАТЕЛИ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОЧЕТАННЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

КАМИНСКАЯ Г. О.¹, АБДУЛЛАЕВ Р. Ю.¹, КОМИССАРОВА О. Г.^{1,2}, КОНЯЕВА О. О.¹, БЕРЕЖНАЯ О. О.^{1,2}

RATES OF NUTRITIONAL STATUS OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS WITH CONCURRENT DIABETES

KAMINSKAYA G. O.¹, ABDULLAEV R. YU.¹, KOMISSAROVA O. G.^{1,2}, KONYAEVA O. O.¹, BEREZHNYAYA O. O.^{1,2}

¹ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

²Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова, г. Москва

¹Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, RF

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, RF

Цель: провести сравнительный анализ показателей нутритивного статуса у больных туберкуле-

зом (ТБ) легких с сопутствующим сахарным диабетом (СД) и у больных ТБ легких.

Материалы и методы. Обследовано 56 больных ТБ легких с сочетанным СД (основная группа). Группу сравнения составили 76 больных ТБ легких без СД. Возраст пациентов в сравниваемых группах колебался в пределах 19-76 и 18-64 лет. Мужчины составили соответственно 51,9 и 48,6%, женщины – 48,1 и 51,4%. ТБ был выявлен впервые у 42,3 и 43,4% больных, лечились ранее – 55,8 и 50% пациентов. Рецидив процесса имел место только у 1 (1,9%) больного группы с сочетанной патологией и у 5 (6,6%) – группы сравнения. Различия выявлялись по частоте отдельных форм ТБ: туберкулемы в группе с СД выявлялись у 19 (36,5%) больных, а в сравниваемой группе – у 9 (11,8%). Напротив, инфильтративный ТБ легких имел место у 11,5 и 36,8% больных соответственно. По частоте других форм ТБ существенные различия между группами отсутствовали. Бактериовыделение и распад легочной ткани обнаруживали у подавляющего большинства пациентов обеих групп.

Состояние нутритивного статуса оценивали по значениям индекса массы тела (ИМТ), транситретина (преальбумина) – ТТР, общего белка сыворотки (ОБ) и сывороточного альбумина (А). Контрольную группу для определения колебания нормальных величин ТТР составили 49 здоровых добровольцев.

Результаты. Установлено, что средний показатель ИМТ у больных ТБ легких с сопутствующим СД превышал среднее значение нормы. Индивидуальные значения ИМТ у больных с сочетанной патологией колебались в широких пределах – от значительно сниженных до резко повышенных величин (16,4-38,5 при нормальном диапазоне

18,5-25,0). На фоне увеличенного (в среднем) ИМТ средний показатель ОБ находился ниже аналогичного показателя нормы. Снижение это не было резким и не выходило за пределы 60,0 г/л при нижней границе нормы 65,0 г/л.

В отличие от ОБ, снижение ТТР у больных с сочетанной патологией было очень значительным. Его среднее значение оказалось лишь чуть выше нижнего предела амплитуды нормальных значений, а в индивидуальном разбросе снижалось до исчезающе малых величин. Одновременное небольшое, но достоверное и, казалось бы, парадоксальное при белковом дефиците повышение сывороточного А оказалось характерным именно для больных с сочетанной патологией и, очевидно, было связано с метаболическими сдвигами, сопутствующими именно СД.

В группе пациентов без СД средний показатель ИМТ принципиально изменялся в противоположном направлении и оказался ниже такового у здоровых людей и больных ТБ легких с сопутствующим СД. При этом изменения со стороны среднего показателя ОБ отсутствовали, а ТТР был снижен, но достоверно в меньшей степени, чем у пациентов с сопутствующим СД. Со стороны А и А/Г изменения в сравниваемых группах имели противоположный характер.

Заключение. Количественный анализ показателей нутритивного статуса подтвердил, что для больных ТБ легких с сопутствующим СД характерно увеличение ИМТ на фоне азотистой (белковой) недостаточности. Для характеристики белкового баланса у больных с данной сочетанной патологией показатели сывороточного А были неинформативны.

КАК УЛУЧШИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ?

КИЛЬДЮШЕВА Е. И., МОТУС И. Я., СКОРНЯКОВ С. Н., ЗАЛЕТАЕВА Г. Е., МЕДВИНСКИЙ И. Д., ЦВИРЕНКО А. С., ЕГОРОВ Е. А.

HOW TO IMPROVE THE TREATMENT RESULTS OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS WITH DRUG RESISTANT MYCOBACTERIA?

KILDYUSHEVA E. I., MOTUS I. YA., SKORNYAKOV S. N., ZALETAeva G. E., MEDVINSKY I. D., TSVIRENKO A. S., YEGOROV E. A.

ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии МЗ РФ», г. Екатеринбург

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, Yekaterinburg, RF

Лекарственная устойчивость возбудителя (МБТ), в частности множественная (МЛУ) и широкая (ШЛУ), является основным фактором, препятствующим достижению удовлетворительных результатов лечения больных туберкулезом легких (ТЛ). В особенности это касается деструктивных

туберкулезных поражений. Следовательно, закрытие полости распада способствует скорейшему излечению и профилактике развития лекарственной устойчивости МБТ. Положительная роль коллапсотерапии в ускорении закрытия полостей распада при ТЛ общеизвестна.