

Заключение. В Чувашской Республике в течение последних 7 лет увеличилась доля оперированных лиц среди клинически излеченных контингентов III ГДУ в 2,9 раза – с 10,3 до 29,4%. При этом частота ранних рецидивов среди лиц, получивших хирургическую помощь в комплексном лечении,

в 3,1 раза реже, чем среди лечившихся с использованием технологий.

Активное внедрение оперативных методов в комплексное лечение больных туберкулезом уменьшает риски развития рецидивов.

КОМПЛЕКСНОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

ВОЛЧЕГОРСКИЙ И. А., ДУДАРОВА Т. П., НОВОСЕЛОВ П. Н.

COMPLEX PROGNOSIS FOR TREATMENT FAILURES OF INFILTRATE PULMONARY TUBERCULOSIS

VOLCHEGORSKIY I. A., DUDAROVA T. P., NOVOSELOV P. N.

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Челябинск

Yuzhno-Uralsky State Medical University, Chelyabinsk, RF

Цель: выявление предикторов неэффективности комплексного лечения инфильтративного туберкулеза легких (ИТЛ) в фазе распада по результатам клинического, рентгенологического, лабораторного и психологического обследования больных ИТЛ перед началом лечения.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование течения и исходов ИТЛ у 103 больных в течение года от начала терапии. Перед началом лечения проводили стандартное рентгенологическое исследование органов грудной клетки больных и определяли наличие *M. tuberculosis* в мокроте. Учет рентгенологических проявлений и клинических симптомов ИТЛ осуществляли с помощью шкал ординальной квантификации. Одновременно выполняли унифицированное клинко-гематологическое и биохимическое обследование. Всем больным назначали противотуберкулезное лечение в соответствии с действующим федеральным стандартом. По истечении 12 мес. комплексного лечения пациентов распределяли по двум группам в зависимости от исходов ИТЛ. Больные, у которых было достигнуто клиническое излечение, составили I группу. Больные II группы характеризовались исходом ИТЛ в хроническое течение активных форм туберкулеза (ХТАФТ). В сформированных группах дополнительно учитывали частоту формирования показаний к хирургическому лечению. Выявление предикторов характера течения и исходов ИТЛ проводили на основании межгруппового сопоставления результатов комплексного обследования пациентов перед началом лечения.

Статистическую обработку результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ SPSS-17. Количественные (интервальные) и порядковые (ординальные) данные обработаны с помощью методов дескриптивной статистики. Значимость различий по интервальным и ординальным показателям оценивали с помощью U-критерия Манна – Уитни. О достоверности различий по качественным (номинальным) параметрам судили при помощи точного критерия Фишера. Изучение взаимосвязей между отдельными показателями проводили путем расчета коэффициентов корреляции по Спирмену (r_s). Для формирования интегрального алгоритма прогнозирования неэффективности лечения ИТЛ применяли дискриминантный анализ. Проверку статистических гипотез выполняли при критическом уровне значимости $p = 0,05$.

Результаты. Результаты проспективного 12-месячного наблюдения за больными, включенными в исследование, продемонстрировали высокую эффективность действующего стандарта комплексного лечения ИТЛ. Это проявилось клиническим излечением 96 пациентов (93,2% обследованных больных). В 80 (83,3%) случаях клиническое излечение было достигнуто в результате консервативного лечения. У остальных 16 пациентов было выполнено фтизиохирургическое вмешательство, показанием для которого явилось развитие туберкулема, в том числе в фазе распада (у 7 больных). В 7 (6,8% обследованных) случаях комплексная терапия ИТЛ оказалась неэффективной, что привело к исходу заболевания в ХТАФТ. Эта группа больных была представлена 2

пациентами с исходом в цирротический туберкулез, 3 больными с исходом в кавернозный туберкулез, 1 – в фиброзно-кавернозный и 1 – с обострением ИТЛ (с вновь сформированным распадом).

В процессе сопоставления выделенных групп по выраженности рентгенологических проявлений ИТЛ установлено, что больные II группы превосходили пациентов I группы по большинству показателей рентгенологической симптоматики. Это касалось числа, размера, интенсивности инфильтратов, интенсивности и количества очагов отсева, вовлеченности плевры в туберкулезный процесс и общего показателя рентгенологической симптоматики ($p < 0,05$). Клинические проявления ИТЛ на момент выявления этого заболевания обладали несколько меньшей предикторной информативностью в сравнении с результатами рентгенологического обследования. Сформированные группы различались по квантифицированным показателям – кашель, слабость, боль в грудной клетке, одышка, снижение массы тела – и суммарному показателю оценки клинических проявлений в баллах ИТЛ ($p < 0,05$).

Больные с исходом ИТЛ в ХТАФТ характеризуются более высокими показателями общего содержания лейкоцитов в крови с увеличением процентной доли моноцитов. Исходные значения СОЭ пациентов, у которых стандартная терапия ИТЛ оказалась неэффективной, в 2,7 раза превышали соответствующий показатель в группе достигших клинического излечения. Стоит добавить, что корреляционный анализ совокупности больных,

выздоровевших в результате консервативного лечения, продемонстрировал прямую зависимость времени закрытия полостей распада в туберкулезных инфильтратах от исходных показателей СОЭ ($r_s = 0,229$, $p = 0,031$), тимоловой пробы ($r_s = 0,254$, $p = 0,016$), активности АЛТ ($r_s = 0,298$, $p = 0,005$) и величины коэффициента де Ритиса ($r_s = 0,274$, $p = 0,009$).

Все параметры, по которым были выявлены статистически значимые различия между больными ИТЛ, достигшими и не достигшими клинического излечения, были использованы при проведении дискриминатного анализа. В результате получили статистически значимый ($p = 0,0001$) обобщенный алгоритм прогнозирования результатов комплексного лечения ИТЛ:

$$F = A \cdot 0,051 + B \cdot 0,01 + V \cdot 0,009 + C \cdot 0,002 + \Gamma \cdot 0,762 - 2,08,$$

где А – СОЭ (мм/ч), Б – церулоплазмин (мг/дл), В – γ -глутамилтранспептидаза (Е/л), С – щелочная фосфатаза (Е/л), Г – боль в груди (в баллах).

Величины $F = 1,0935$ и более свидетельствуют о риске исхода лечения ИТЛ в ХТАФТ. Значения $F < 1,0935$ иллюстрируют вероятное клиническое излечение ИТЛ.

Заключение. Использование полученного алгоритма позволит прогнозировать результативность комплексного лечения ИТЛ перед началом лечения с чувствительностью 96,8% и своевременно вносить коррекцию в терапию пациентов с риском исхода в ХТАФТ.

ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ У РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ

ГАЛЧЕНКО М. Т.¹, БЕЛЬКОВА Т. Ю.², ПУГАЧЕВА С. В.³, ЖУРАВЛЕВА А. В.³

NEW GENERALIZED TUBERCULOSIS AND HIV INFECTION IN THE TWO YEAR OLD CHILD

GALCHENKO M. T.¹, BELKOVA T. YU.², PUGACHEVA S. V.³, ZHURAVLEVA A. V.³

¹ГБОУ ВПО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Иркутск

²ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» МЗ РФ, г. Иркутск

³ГБУЗ «Областная детская туберкулезная больница», г. Иркутск

¹Irkutsk State Medical University, Irkutsk, RF

²Irkutsk State Medical Academy for Postgraduate Training, Irkutsk, RF

³Regional Children TB Hospital, Irkutsk, RF

В Иркутской области в 2014 г. заболеваемость туберкулезом составила 122,1 на 100 тыс. населения, смертность – 27 на 100 тыс. населения. Выявлено 130 случаев заболевания туберкулезом детей, показатель заболеваемости составил 28,0. Заболеваемость подростков – 46,7 на 100 тыс. населения.

Основной клинической формой туберкулеза у детей Иркутской области является туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (58,5% случаев). Диссеминированный туберкулез выявлен у 5 (3,8% случаев) больных. Туберкулез периферических лимфоузлов встречается редко (0,8% случаев).