

Заключение. Установлено, что при контакте с микобактериями слабовирулентного штамма происходит смена функциональной поляризации МСК с анти- на провоспалительную, свидетельствуя об участии МСК в формировании противотуберкулезного иммунного ответа. Впервые выявлена способность дцРНК индуцировать в МСК фенотип преимущественно провоспалительного

типа (ранее считалось, что активация в МСК рецепторов TLR3 приводит к противовоспалительной поляризации). Впервые показано вызванное БЦЖ и дцРНК антиапоптозное и рост-стимулирующее действие МСК в отношении лимфоцитов, свидетельствующее об антитуберкулезной активности БЦЖ- и дцРНК-кондиционированных МСК.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСКУССТВЕННОГО ПНЕВМОТОРАКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ

ШЕЙФЕР Ю. А., ГЕЛЬБЕРГ И. С.

EFFICIENCY OF ARTIFICIAL PNEUMOTHORAX IN THE COMPLEX TREATMENT OF DESTRUCTIVE PULMONARY TUBERCULOSIS WITH MULTIPLE DRUG RESISTANCE

SHEYFER YU. A., GELBERG I. S.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Республика Беларусь, г. Гродно

Grodno State Medical University, Grodno, Republic of Belarus

Цель: изучить эффективность искусственного пневмоторакса (ИП) в комплексном лечении деструктивного туберкулеза легких при наличии множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) возбудителя.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 125 пациентов с деструктивным туберкулезом легких, у которых при исследовании мокроты определялась МЛУ микобактерий туберкулеза (МБТ), в возрасте от 20 до 55 лет. Мужчин было 96 человек (76,8%), женщин – 29 (23,2%). У 56 (44,8%) пациентов туберкулез легких был диагностирован впервые, у 69 (55,2%) – наблюдался рецидив туберкулезного процесса либо неудача в лечении.

В результате обследования у пациентов были диагностированы следующие клинические формы туберкулеза легких: кавернозный – у 33 (26,4%) пациентов, инфильтративный туберкулез легких в фазе распада – у 92 (73,6%).

Деструктивные изменения в виде распада легочной ткани выявлены у 47 (37,6%) человек, тонкостенная полость – у 50 (40%), полость с более толстыми стенками – у 28 (22,4%). У 25 (20%) человек наблюдалось две полости. У 50 (40%) пациентов размер полости был до 2 см, у 64 (51,2%) – 2-4 см и у 11 (8,8%) – более 4 см.

При определении лекарственной устойчивости было установлено: МЛУ – к 3 противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) – у 22 (17,6%) пациентов, к 4 ПТЛС – у 45 (36%), к 5 ПТЛС – у 29 (23,2%), к 6 и более – у 29 (23,2%).

В процессе обследования у ряда пациентов были выявлены отягощающие факторы: контакт с боль-

ными туберкулезом – у 34 (27,2%), хронические неспецифические заболевания органов дыхания – у 16 (12,8%), беременность и роды – у 8 (6,4%) пациенток, прибыли из ИТУ – 9 (7,2%) человек, злоупотребление алкоголем – у 69 (55,2%) человек, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 17 (13,6%), сахарный диабет – у 6 (4,8%), несколько факторов одновременно – у 37 (29,6%). Не работало 54 (43,2%) человека.

Для решения поставленных задач все больные были разделены на две группы: основную – 44 пациента, в лечении которых использовали химиотерапию (ХТ) и ИП, группу сравнения – 81 пациент, в лечении применяли только ХТ.

Показанием к применению ИП являлось длительное сохранение полости распада в легких без четкой тенденции к ее обратному развитию, а также наличие ряда отягощающих факторов.

Длительность существования полости распада от начала ХТ до наложения ИП у пациентов основной группы составила от 3 до 9 мес.

Оценку непосредственных результатов лечения пациентов проводили с использованием стандартных фтизиатрических критериев: частоты и сроков абациллирования и закрытия полостей распада.

В среднем длительность ИП составила $5,8 \pm 0,3$ мес.

При наложении и последующем ведении ИП возникали некоторые осложнения: выраженная болевая реакция – у 2 (4,5%) пациентов, пневмоплеврит – у 10 (22,7%). Все осложнения были купированы, ИП продолжен.

Прекращение бактериовыделения в основной группе было достигнуто у 40 (90,1%) пациентов и наблюдалось в следующие сроки: до 4 мес. – у 12 (30%) человек, на 5-6 мес. – у 17 (42,5%), на 6-8 мес. – у 6 (15%), более 8 мес. – у 5 (12,5%).

В группе сравнения данный показатель составил 66,7% (54 человека) ($p < 0,05$). До 4 мес. – 8 (14,8%) человек, на 5-6 мес. – 14 (25,9%), на 6-8 мес. – 24 (44,5%), более 8 мес. – (14,8%).

В целом закрытие полостей распада у пациентов первой группы наблюдалось в 88% случаев (39 человек). В группе сравнения данный показатель составил 51,8% (42 человека) ($p < 0,05$).

Средняя длительность наблюдения за пациентами составила в основной группе 3,45 года, в группе сравнения – 3,78 года. Таким образом, по срокам наблюдения после выписки из стационара группы вполне сопоставимы.

За период наблюдения у 18 (40,9%) пациентов основной группы и у 31 (38,3%) – группы сравнения наблюдались рецидивы туберкулезного процесса и неудача в лечении ($p > 0,05$).

При повторном лечении пациентов основной группы у 5 (27,8%) был повторно наложен ИП, с эффектом у 3 из них. У 5 (27,8%) пациентов выполнены оперативные вмешательства: пульмонэктомия – у 3, верхнедолевая лобэктомия – у 1, экстраплевральная торакопластика – у 1. Повторное лечение эффективно у 11 (61,1%) пациентов.

При повторном лечении пациентов группы сравнения у 3 (9,7%) выполнены оперативные вмешательства: 2 сегментэктомии и 1 торакопластика.

Исход лечения основной группы по данным отдаленных результатов может быть оценен как успешный у 37 из 44 (84,1%) пациентов. Умерли 6 (13,6%) человек: в том числе 4 (67%) с излеченным туберкулезом от других причин, 2 (33%) – от туберкулеза. Успешное лечение в группе сравнения наблюдается у 42 (51,8%) пациентов ($p < 0,05$). У 34 (41,9%) пациентов процесс перешел в фиброзно-кавернозный, умерло 18 (22,2%) ($p < 0,05$) человек: от туберкулеза – 14 (77,8%) человек ($p < 0,05$), от других причин – 4 (22,2%) человека.

Выводы.

1. У пациентов с туберкулезом с МЛУ МБТ с сохранившейся полостью распада эффективность лечения снижается (51,8%) при высокой частоте развития фиброзно-кавернозного туберкулеза (41,9%) и летальности (22,2%).

2. Частота прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада в стационаре у пациентов с деструктивным туберкулезом с МЛУ МБТ значительно повышается при комплексном лечении с применением ИП.

3. Применение ИП благоприятно влияет на отдаленные результаты лечения, позволяя добиться высокого клинического эффекта в отношении туберкулезного процесса.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ДЕТЕЙ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

ШЕПЕЛЕВА Л. П., КРАВЧЕНКО А. Ф.

CURRENT TACTICS FOR X-RAY EXAMINATION OF CHILDREN FOR TUBERCULOSIS

SHEPELEVA L. P., KRAVCHENKO A. F.

ГБУ РС (Я) «НПЦ "Фтизиатрия"», г. Якутск

Scientific Practical Phthisiology Center, Yakutsk, RF

Цель: оптимизация рентгенологического обследования детей и подростков на туберкулез для повышения точности диагностики и сокращения сроков обследования.

Материалы и методы. Для изучения эффективности использования рентгенологических методов (традиционных методов и компьютерной томографии – КТ) использованы результаты клинико-рентгенологических обследований 1 925 детей. В целях изучения целесообразности комплексного использования вышеперечисленных методов проведена оценка показателей информативности каждого из них: диагностической чувствительности

(ДЧ), специфичности (ДС), эффективности (ДЭ), предсказательной ценности положительного результата (ПЦПР), предсказательной ценности отрицательного результата (ПЦОР). Материалом для исследования послужили результаты рентгенологических обследований 595 детей, проведенных в диспансерном отделении Детского центра ГБУ РС (Я) «НПЦ "Фтизиатрия"» и Республиканском детском туберкулезном санатории им. Т. П. Дмитриевой. Проведена оценка лучевых дозовых нагрузок при использовании рентгенологических методов у 200 детей, обследуемых на первичный туберкулез.