

Необходимо отметить, что дефицит массы тела (менее 10 перцентиля) после рождения детей от многоплодной беременности диагностировался чаще, чем антенатально, что связано с задержкой внутриутробного развития именно в последние недели беременности со статистически значимым повышением частоты у второго ребенка. Так, дефицит массы тела зарегистрирован у 9 (34,6 %) первых из двоен детей ($p > 0,05$) и у 14 (51,8 %) вторых детей из двоен ($p < 0,05$).

Анализ показателя пондерального индекса, который отражает дефицит массы тела ребенка по отношению к росту, и не зависит от расы, пола и гестационного возраста, выявил различия в частоте встречаемости. Таким образом, несмотря на то, что статистически значимых различий в частоте встречаемости ПИ менее 2,32 у новорожденных мы не обнаружили, тем не менее, просматривается тенденция в увеличении частоты дефицита массы тела у второго ребенка из двойни, по сравнению с первым ребенком. Оценка физического развития плода дала возможность установить у 51,8 % вторых детей из двоен имеет место дефицит массы тела (менее 10 перцентиля). Анализ показателя пондерального индекса, который отражает дефицит массы тела ребенка по отношению к росту, и не зависит от расы, пола и гестационного возраста, выявил различия в частоте встречаемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Знаменська, Т. К.* Організація та перспективи розвитку перинатальної допомоги в Україні / Т. К. Знаменська, Т. М. Бойчук, Ю. Д. Годованець // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. — 2013. — № 1(7). — С. 13–18.
2. *Клоерті, Д.* Посібник з неонатології / Д. Клоерті, Е. Старк. — Київ, 2002. — 749 с.
3. *Bolajoko, O.* Olusanya Perinatal Outcomes of Multiple Births in Southwest / O. Bolajoko // Nigeria J Health PopulNutr. — 2011. — № 29(6). — P. 639–647.
4. Near term twin pregnancy: clinical relevance of weight discordance at birth / C. Appleton [et al.] // J Perinat Med. — 2007. — Vol. 35, № 1. — P. 62–66.
5. *Володин, Н. Н.* Неонатология: национальное руководство / под ред. Н. Н. Володина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 848 с.

УДК 616-002.5-08:616.98:578.828СІГ

КЛИНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

С. В. Гопоняко¹, И. В. Буйневич¹, М. А. Юденко¹, А. А. Холявкин²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая туберкулезная больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Лекарственно устойчивый туберкулез в настоящее время является глобальной проблемой. По оценкам ВОЗ туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя — к изониазиду и рифампицину (МЛУ-ТБ) составляет около 3,3 % от числа новых случаев и 20 % от числа ранее леченных пациентов, причем у 9,7 % пациентов с МЛУ-ТБ определяется также устойчивость микобактерии туберкулеза (МБТ) к одному или нескольким резервным противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) — респираторными фторхинолонами и/или амикацину/канамицину/капреомицину, т. е. пре-широкая или широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ). Согласно данным ВОЗ, лишь около половины пациентов с МЛУ-ТБ проходят успешное лечение [1]. В Республике Беларусь первичная МЛУ определяется у 34 % впервые заболевших туберкулезом легких — это самый высокий уровень в мире, ШЛУ определяется у порядка 4 % пациентов из числа новых случаев. Вторичная, приобретенная, МЛУ возбудителя у ранее леченных пациентов определяется в 69 % случаев. Показатель успешности лечения МЛУ-ТБ в Республике Беларусь в 2015 г. составил 54 % при объеме когорты более 2500 случаев [2, 3]. Невозможность подбора эффективной комбинации ПТЛС в связи с лекарственной устойчивостью МБТ, а также отсутствие у пациентов

приверженности лечению, вынуждают прекращать этиотропную терапию и переводить пациентов на паллиативное лечение. ВОЗ отмечает, что обеспечение паллиативного ухода с целью максимально возможного улучшения качества жизни пациентов с некурабельными формами М/ШЛУ-ТБ должно являться обязательным компонентом национальных программ по борьбе с туберкулезом.

В 2014–2015 гг. в Гомельской области на паллиативное лечение были переведены 168 пациентов с лекарственно устойчивым туберкулезом (М/ШЛУ-ТБ), в том числе у 45 с ВИЧ-позитивным статусом. Имеющиеся данные клинического мониторинга позволяют проанализировать течение заболевания у данной категории пациентов.

Цель

Изучение данных клинического мониторинга ВИЧ-ассоциированного лекарственно-устойчивого туберкулеза (ВИЧ-М/ШЛУ-ТБ) у пациентов, получающих паллиативное лечение.

Материал и методы исследования

В исследуемую группу включены 45 пациентов с ВИЧ-ассоциированным М/ШЛУ-ТБ, переведенных на паллиативное лечение (33 мужчины и 12 женщин). Лишь у одного пациента была выявлена первичная М/ШЛУ, у 44 — вторичная. Средний возраст пациентов мужского пола составил $39,9 \pm 6,3$ года, женского — $36,2 \pm 6,2$ лет. Изучены клинические данные — клинико-рентгенологическая форма туберкулеза легких, наличие бактериовыделения, определяемого бактериоскопическим и культуральным методами, данные клинического мониторинга в течение 12–18 месяцев. При проведении исследования проанализированы медицинские карты стационарных и амбулаторных пациентов, карты лечения пациентов с лекарственно устойчивым туберкулезом, а также данные государственного регистра «Туберкулез». Обработка результатов проведена при помощи программы «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В клинической структуре заболевания (на момент перевода на паллиативное лечение) значительно преобладали инфильтративный туберкулез, его доля составила 71,1 % (95 % ДИ 64,5–80,1), доля диссеминированного туберкулеза составила 20 % (95 % ДИ 14,1–28,1), других форм — 8,9 % (95 % ДИ 2,2–11,4). По рентгенологическим данным у 91,1 % (95 % ДИ 84,5–96,4) пациентов выявлялась деструкция легочной ткани. Ни у одного из пациентов с ВИЧ-позитивным статусом не сформировалась хроническая форма туберкулеза.

При изучении спектра лекарственной устойчивости МБТ выявлено, что у 22,2 % (95 % ДИ 14,1–32,4) пациентов определялась МЛУ, то есть сохранялась чувствительность к ПТЛС резервного ряда, что давало возможность подбора индивидуальной схемы химиотерапии при условии приверженности пациента лечению. Пре-ШЛУ определялась в 31,1 % (95 % ДИ 24,7–39,2) случаев, при этом у 8,9 % (95 % ДИ 5,2–14,04) сохранялась чувствительность возбудителя к респираторным фторхинолонам, а в 22,2 % (95 % ДИ 14,1–32,4) случаев МБТ оставалась чувствительна к инъекционным резервным ПТЛС амикацину/канамицину/капреомицину. У 46,7 % (95 % ДИ 34,2–58,8) пациентов на момент перевода на паллиативное лечение определялась ШЛУ, в связи с чем подбор эффективной комбинации ПТЛС был невозможен.

На момент перевода на паллиативное лечение 31,1 % пациента (95 % ДИ 24,7–39,2), частично получившие курс химиотерапии, были абациллированы по данным бактериоскопии и посева. По результатам мониторинга возобновление бактериовыделения в течение 6 месяцев ни у одного из этих пациентов не было выявлено возобновления бактериовыделения. При очередном обследовании через 12 месяцев возобновление бактериовыделения было выявлено у 9,7 % (95 % ДИ 2,8–11,2) пациентов, через 18 месяцев у 12,9 % (95 % ДИ 4,2–18,4). Доля пациентов, у которых на момент перевода на паллиативное лечение бактериовыделение определялось только методом посева а бактериоскопически МБТ в мокроте не определялась, составила 40 % (95 % ДИ 31,2–51,4). У 27,7 % (95 % ДИ 14,8–48,9) уже через 6 месяцев наблюдения бактериоскопический анализ мокроты вновь стал положительным, то есть массивность бактериовыделения увеличилась.

Из числа пациентов с ВИЧ-ассоциированным М/ШЛУ ТБ, переведенных на паллиативное лечение, 88,9 % (95 % ДИ 74,2–96,8) пациентов получали антиретровирусную терапию

11,1 % (95 % ДИ 4,2–18,8) — не получали, тогда как противотуберкулезное лечение в 62,3 % (95 % ДИ 54,2–78,1) случаев было отменено по причине отсутствия приверженности лечению — отказа пациентов от приема ПТЛС, отрыва от наблюдения.

По итогам наблюдения в первые 12–18 месяцев смертность от туберкулеза в изучаемой группе составила 8,9 % (95 % ДИ 5,2–14,04), причиной смерти явилась ВИЧ-инфекция в сочетании с туберкулезом и другими оппортунистическими заболеваниями.

Выводы

1. В структуре заболевания как у ВИЧ-негативных, так и у ВИЧ-позитивных пациентов, переведенных на паллиативное лечение, преобладают инфильтративный и диссеминированный туберкулез с деструкцией легочной ткани.

2. Около трети пациентов на момент перевода на паллиативное лечение были абацеллированы — МБТ в мокроте не определялась ни бактериоскопическим, ни культуральным методом. Лишь у небольшой части таких пациентов бактериовыделение возобновлялось в первые 6–12 месяцев. При сочетании отрицательного мазка мокроты с положительным посевом на МБТ массивность бактериовыделения у четверти пациентов возрастала уже в первые 6 месяцев.

3. У значительной части пациентов (более половины) на момент перевода на паллиативное лечение сохраняется возможность подбора индивидуальной схемы химиотерапии, и лечение отменяется по причине отсутствия приверженности пациента лечению. При этом прием антиретровирусной терапии продолжают 88,9 % (95 % ДИ 74,2–96,8) пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data [Electronic resource]: Global tuberculosis report 2015. 20th edition. — Mode of access: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf?ua=1. — Date of access: 3.06.2016.
2. Лечение пациентов с МЛУ-ТБ в Гомельской области, 2009–2010 гг. / А. А. Холявкин [и др.] // Современные проблемы диагностики и лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза: Матер. междунар. науч.-практ. конф. «Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Беларуси и пути их решения», Минск, 10–11 окт. 2013 г. / ред. кол.: Г.Л. Гуревич (председатель) [и др.]. — 2013. — С. 195–198.
3. Оценка эффективности лечения туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью / В. Н. Бондаренко [и др.] // Актуальные проблемы туберкулеза: матер. 5 межрегион. науч.-практ. и учеб.-метод. конф. с междунар. участием; под общей ред. А. В. Асеева. — Тверь, 2016. — С. 50–56.

УДК 577.12:616.36-092.9-099

ПАТОЛОГИЯ МЕТАБОЛИЗМА И СТРУКТУРЫ ПЕЧЕНИ НОВОРОЖДЕННЫХ ОСОБЕЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ С МОДЕЛИРОВАНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО «ПОРОГОВОГО» И «ЛЕГКОГО» ОПЬЯНЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖИВОТНЫХ

Горбач Т. В., Губина-Вакулик Г. И., Денисенко С. А.

«Харьковский национальный медицинский университет»

г. Харьков, Украина

Введение

Внутриутробный период развития является ключевым для состояния здоровья организма на протяжении всей жизни. Перинатальные патогенные факторы, в частности потребление беременной женщиной алкоголя, искажают реализацию генетической программы, что проявляется на клеточном, молекулярном уровне, приводит к развитию различных патологий и раннему старению организма. Последствия для потомства при употреблении беременной высоких доз алкоголя известны. В отечественной и зарубежной литературе имеется большое количество публикаций, демонстрирующих эмбрио- и фетотоксическое, а также тератогенное действие этанола [3, 4].

Однако возможное действие на эмбрион и плод так называемых малых доз алкоголя изучено недостаточно. Так, имеются работы, в которых показано, что употребление малых доз алкоголя во время беременности приводит к повышению перекисного окисления липидов, и делается вывод о наличии у пьющих женщин выраженного окислительного стресса, который прямо или опосредованно может негативно влиять на развитие плода [2].