

ду длительностью пребывания в стационаре и прандиальной концентрацией глюкозы в капиллярной крови ($r_s = -0,168$; $p = 0,031$).

При проведении корреляционного анализа в группе пациентов, которым проводилось консервативное лечение (пациенты с поверхностными, самостоятельно заживающими ожогами), выявлена обратная слабая статистически значимая взаимосвязь между длительностью пребывания в стационаре и прандиальной концентрацией глюкозы в капиллярной крови ($r_s = -0,174$; $p = 0,019$).

Не отмечено статистически значимых различий в динамике прандиальной и постпрандиальной концентраций глюкозы между группами пациентов, имевших морфологически сходные локальные раневые дефекты различных сроков давности.

Таким образом, у пациентов с небольшим объемом некротизированных тканей в ране или их отсутствием прослеживается обратная взаимосвязь между длительностью пребывания в стационаре и прандиальной концентрацией глюкозы в капиллярной крови. У пациентов со значительным объемом раневого детрита такой взаимосвязи не выявлено.

Полученные результаты можно объяснить тем, что наличие в ране значительного количества некротизированных тканей может являться причиной развития воспалительной реакции, что, в свою очередь, приводит к синтезу избыточного количества цитокинов и гормонов стресса, которые блокируют инсулинзависимый транспортер глюкозы в клетки, а также нарушают работу гипоталамуса, что в конечном итоге вызывает центральную дисрегуляцию метаболизма глюкозы на продолжительный срок [14].

Заключение

1. Применение методик оперативного лечения и консервативной терапии локальных ран с небольшим количеством раневого детрита либо его отсутствием у пациентов с сахарным диабетом приводит к снижению прандиальной концентрации глюкозы в капиллярной крови после заживления раневого дефекта.

2. Некротизированные ткани в области локального раневого дефекта у пациентов с на-

рушением углеводного обмена являются источником воспаления и причиной персистирующей гипергликемии у данной группы пациентов.

3. Наличие значительного объема некротизированных тканей в области раневого дефекта у пациентов с сахарным диабетом является неблагоприятным фактором в отношении медикаментозной компенсации углеводного обмена.

4. Для коррекции углеводного обмена у пациентов с локальными раневыми дефектами и сахарным диабетом необходима не только полноценная медикаментозная терапия нарушений углеводного обмена, но и применение всего спектра методик санации ран.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Сунцов, Ю. И. Современные сахароснижающие препараты, используемые в России при лечении сахарного диабета 2 типа / Ю. И. Сунцов // Сахарный диабет. — 2012. — № 1. — С. 6–10.
2. World Health Organisation: «The World Health Report 1998. Life in 21st Century — a Vision for ALL». — Geneva: World Health Organisation, 1998.
3. Чур, Н. Н. Лечение больных с синдромом диабетической стопы / Н. Н. Чур // Здоровоохранение. — 1998. — № 3. — С. 8–11.
4. Абаев, Ю. К. Сахарный диабет и раневое заживление / Ю. К. Абаев // Медицинский журнал. — 2010. — № 1. — С. 107–118.
5. Drachman, R. H. Studies of the effect of experimental nonketonic diabetes mellitus on antibacterial defense — I demonstration of a defect in phagocytosis / R. H. Drachman, R. K. Root, W. B. Wood // J. Exp. Med. — 1966. — Vol. 124. — P. 227–236.
6. Siperstein, M. D. Diabetic microangiopathy / M. D. Siperstein // West J. Med. — 1974. — Vol. 121. — P. 404–416.
7. Villie, D. B. Effect of glucose and insulin on collagen secretion by human skin fibroblasts in vitro / D. B. Villie, M. L. Powers // Nature. — 1977. — Vol. 268. — P. 156–162.
8. Drug treatment of type 2 diabetes / A. Tielmans [et al.] // Presse Med. — 2007. — Vol. 36. — P. 269–278.
9. Management of type 2 diabetes: evolving strategies for the treatment of patients with type 2 diabetes / E. A. Nyenwe [et al.] // Metab. Clin. and Experim. — 2011. — Vol. 60. — P. 1–23.
10. Аметов, М. Е. Роль Мильгаммы комpositum в лечении диабетической полинейропатии / А. С. Аметов, Е. В. Карпова // Русский медицинский журнал. — 2010. — № 23. — С. 1437–1440.
11. Рубанов, Л. Н. Клинико-лабораторное подтверждение эффективности использования ультразвукового дебридмента хронической раны в процессе подготовки пациентов к аутодермопластике / Л. Н. Рубанов, Ю. И. Ярец, З. А. Дундаров // Новосты хирургии. — 2012. — Т. 20, № 5. — С. 70–76.
12. Клыпа, Т. В. Гипергликемия критических состояний / Т. В. Клыпа, М. С. Орехова, Л. И. Заброева // Сахарный диабет. — 2015. — № 1. — С. 33–41.
13. Почепень, О. Н. Профилактика и интенсивная терапия полиорганной недостаточности у больных с тяжелой термической травмой / О. Н. Почепень. — Минск: БелМАПО, 2006. — 50 с.
14. Pitas, A. G. Insulin therapy and in-hospital mortality in critically ill patients: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / A. G. Pitas, R. D. S. J. Lau // Journal of parenteral and enteral nutrition. — 2006. — Vol. 30(2). — P. 164–172.

Поступила 18.07.2016

УДК 616.75-007.17-07

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РАЗЛИЧИЙ В ВЫРАЖЕННОСТИ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ЦЕНТРАЛЬНЫХ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ УЧАСТКОВ ПОДВЗДОШНО-ПОЯСНИЧНОЙ, ЗАДНЕЙ ДЛИННОЙ КРЕСТЦОВО-ПОДВЗДОШНОЙ И КРЕСТЦОВО-БУГОРНОЙ СВЯЗОК

А. М. Юрковский, И. В. Назаренко, С. Л. Ачинович

**Гомельский государственный медицинский университет
Гомельский областной клинический онкологический диспансер**

Цель: определить выраженность возраст-зависимых дистрофических изменений на различных участках подвздошно-поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связок.

Материал исследования. Изучены подвздошно-поясничные и задние длинные крестцово-подвздошные связки от 81 трупа: 39 мужчин (средний возраст $62,6 \pm 8,8$ года) и 20 женщин (средний возраст $58,0 \pm 11,8$ года), а также крестцово-бугорные связки от 15 трупов мужчин (средний возраст — $69,2 \pm 5,8$ года) и 10 — женщин (средний возраст — $57,8 \pm 11,9$ года).

Результаты. Выявлено наличие статистически значимых различий между показателями, характеризующими выраженность дистрофических изменений в центральных и периферических участках (то есть на участках, соприкасающихся с энтезами) подвздошно-поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связок. Отмечена тесная взаимосвязь между возрастом и выраженностью дистрофических изменений на различных участках подвздошно-поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связок.

Заключение. Дистрофические изменения в подвздошно-поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связках развиваются в различных отделах неравномерно: ранние и более выраженные изменения возникают в зонах, соприкасающихся с энтезами; ассоциированные с возрастом дистрофические изменения подвздошно-поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связок тесно взаимосвязаны, а потому любые изменения, нарушающие это правило, (например, появление асимметричных по выраженности или локализации изменений) уместно рассматривать в качестве потенциального патоморфологического субстрата синдрома боли в нижней части спины.

Ключевые слова: гистопатологические изменения, подвздошно-поясничная связка, задние длинные крестцово-подвздошные связки, крестцово-бугорные связки.

THE DIAGNOSTIC VALUE OF DIFFERENCES IN THE INTENSITY OF DYSTROPHIC CHANGES OF CENTRAL AND PERIPHERIC AREAS OF ILIOLUMBAR, LONG DORSAL, SACROILIAC AND SACROTUBEROUS LIGAMENTS

A. M. Yurkovskiy, I. V. Nazarenko, S. L. Achinovich

**Gomel State Medical University
Gomel Regional Oncological Clinic**

Objective: to determine the intensity of age-related dystrophic changes in different areas of iliolumbar, long dorsal sacroiliac ligament, and sacrotuberous ligaments.

Materials. We have studied iliolumbar and long dorsal sacroiliac ligaments of 81 corpses: 39 men (the average age was 62.6 ± 8.8) and 20 women (the average age was 58.0 ± 11.8) and sacrotuberous ligaments of 15 male corpses (the average age was 69.2 ± 5.8) and 10 women (the average age was 57.8 ± 11.9).

Results. We have revealed statistically significant differences between the parameters characterizing the intensity of dystrophic changes in the central and peripheral areas (i.e. in the areas adjacent to enthesitis) of iliolumbar, long dorsal sacroiliac and sacrotuberous ligaments. There was a strong relation between the age and intensity of dystrophic changes in various areas of iliolumbar, long dorsal sacroiliac, and sacrotuberous ligaments.

Conclusion. Dystrophic changes in the iliolumbar, long dorsal sacroiliac and sacrotuberous ligaments develop unevenly in different parts (earlier and more pronounced changes appear in the areas adjacent to enthesitis); age-related dystrophic changes of iliolumbar, long dorsal sacroiliac and sacrotuberous ligaments are closely linked, and therefore any changes that break this rule (for example, the emergence of asymmetrical expression or localization changes) are appropriate to consider as a potential pathological substrate of the lower back pain.

Key words: histopathological changes, iliolumbar ligament, long dorsal sacroiliac ligament, sacrotuberous ligament.

Введение

Под синдромом боли в нижней части спины (СБНС) понимают боль, локализирующуюся между нижней границей XII пары ребер и ягодичными складками [1]. Возникновение СБНС связывают с функциональными и дистрофическими изменениями опорно-двигательного аппарата [2, 3]. Структурами, потенциально способными (в случае их повреждения) инициировать СБНС, являются связки пояснично-крестцового отдела позвоночника, в частности, подвздошно-поясничные (ППС), задние крестцово-подвздошные (ЗДКПС) и крестцово-бугорные связки (КБС) [2–4].

Риск повреждения указанных связок зависит от выраженности имеющихся в них на мо-

мент перегрузки дистрофических изменений [2–7]. Отсюда и необходимость в своевременном выявлении дистрофических изменений и их адекватной интерпретации.

Ранее уже был предпринят ряд шагов, направленных на решение указанной проблемы: определена сила взаимосвязи между возрастом и выраженностью дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС; определены средние значения показателей, характеризующих выраженность дистрофических изменений в конкретные возрастные периоды для ППС, ЗДКПС и КБС; оценено влияние избыточной массы тела на выраженность дистрофических изменений; определен характер сонографического паттерна при определенных параметрах шкалы, характе-

ризующей выраженность дистрофических изменений (Bonar) [6–8]. Однако непроработанным остался вопрос о возможных различиях гистопатологического паттерна (и как следствие, сонографического паттерна) на разных участках одной и той же связки в различные возрастные периоды.

Цель исследования

Определить степень выраженности ассоциированных с возрастом дистрофических изменений на различных, за исключением энтезов, участках подвздошно-поясничных, задних длинных крестцово-подвздошных и крестцово-бугорных связок, а также оценить степень взаимосвязи данных изменений с возрастом.

Материал и методы

Для достижения поставленной цели было проведено сопоставление данных морфологических исследований *in vitro*. Для этого на первом этапе была выполнена аутопсия: ППС, ЗДКПС — от 52 мужчин (средний возраст $62,6 \pm 8,8$ года) и 29 женщин (средний возраст $58 \pm 11,8$ года), а также КБС — от 15 мужчин (средний возраст — $69,2 \pm 5,8$ года) и 10 женщин (средний возраст — $57,8 \pm 11,9$ года).

На втором этапе производилось приготовление гистологических препаратов, при этом материал брался из средних латеральных третей связок: осуществлялась стандартная процедура парафиновой проводки; срезы толщиной 5 мкм окрашивались гематоксилин-эозином. Кроме того, проводилась ШИК-реакция и окраска по Ван Гизону. Микроскопия гистологических препаратов проводилась в проходящем свете на большом увеличении ($\times 400$).

Оценка патогистологических изменений проводилась в баллах по шкале Bonar по следующим критериям: оценка клеток фибробластического дифферона (0 баллов — удлиненная форма ядра без отчетливой визуализации цитоплазмы; 1 балл — форма ядра приобретает яйцевидную конфигурацию, но без отчетливой визуализации цитоплазмы; 2 балла — ядро округляется, немного увеличивается, визуализи-

руется малое количество цитоплазмы; 3 балла — ядро округлое, большое, с обильной цитоплазмой и формирующимися углублениями); оценка межучточного вещества (0 баллов — отсутствие окрашивания межучточного вещества; 1 балл — окрашивающийся муцин между волокнами; 2 балла — окрашивающийся муцин между волокнами с нарушением дифференцировки коллагеновых волокон; 3 балла — муцин повсюду, с незаметным прокрашиванием волокон коллагена); оценка коллагеновых волокон (0 баллов — четкая дифференцировка волокон; 1 балл — разделение отдельных волокон с сохранением четкости границ; 2 балла — разделение волокон с утратой четкости границ, увеличение межучточного вещества; 3 балла — разделение волокон коллагена с полной потерей архитектоники связки); васкуляризация (0 баллов — кровеносные сосуды, расположенные между волокнами, не визуализируются; 1 балл — капилляры в количестве до 1 в 10 полях зрения; 2 балла — 1–2 капилляра в 10 полях зрения; 3 балла — более чем 2 в 10 полях зрения).

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладного программного обеспечения IBM SPSS «Statistics», 20.0. Для оценки взаимосвязи признаков использовался метод Спирмена; для сравнения коллатеральных связок — U-тест Манна — Уитни; для сравнения выраженности дистрофических изменений сопредельных участков связок — тест Вилкоксона; для сравнения выраженности дистрофических изменений связок у мужчин и женщин — тест Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение

Гистологические признаки дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС разной степени выраженности были выявлены во всех образцах. При этом статистически значимых различий между контралатеральными связками выявлено не было ($p < 0,05$; U-Test). Итоговые оценки, характеризующие выраженность дистрофических изменений, представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительные данные по критерию «выраженность дистрофических изменений» с различных участков ППС, ЗДКПС и КБС

Исследованный материал	Итоговая оценка по шкале Bonar				p-level		Соотношение оценок по Bonar (периферическая/средняя часть)	
	средняя часть связки		смежная с энтезом часть связки					
Пол	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
ППС (n = 162)	$7,4 \pm 1,37$	$7,1 \pm 1,5$	$8,4 \pm 1,0$	$8,1 \pm 1,4$	$< 0,001$	$< 0,001$	1:1,13	1:1,14
ЗДКПС (n = 162)	$6,9 \pm 1,4$	$6,8 \pm 1,7$	$7,8 \pm 1,2$	$7,7 \pm 1,6$	$< 0,001$	$< 0,001$	1:1,13	1:1,13
КБС (n = 50)	$7,0 \pm 0,8$	$6,0 \pm 1,0$	$8,0 \pm 0,6$	$7,0 \pm 1,0$	$< 0,007$	$< 0,04$	1:1,14	1:1,16

Как следует из данных таблицы 1, различия в степени выраженности дистрофических изменений между средней частью связки и

участком, сопредельным с энтезом, были статистически значимыми как у мужчин, так и у женщин. При этом каких-либо гендерных раз-

личий при сопоставлении средних и периферических частей ППС, ЗДКПС и КБС выявлено не было ($p > 0,1$). Также не было выявлено и статистически значимых различий между выраженностью дистрофических изменений сопоставимых участков коллатеральных связок ($p > 0,05$). При статистически значимой разни-

це в величине показателей, отражающих степень выраженности дистрофических изменений на различных участках связок, коэффициенты, характеризующие силу взаимосвязи между возрастом и итоговой оценкой по шкале Bonar, оказались практически одинаковыми (таблица 2).

Таблица 2 — Оценка взаимосвязи показателей, характеризующих выраженность дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС с возрастом (с учетом локализации изменений и гендерной принадлежности материала)

Исследованный материал		Коэффициент корреляции (Spearman's rho)	
		м	ж
ППС (n = 162)	Средняя часть связки	R = 0,7 (p < 0,001)	R = 0,83 (p < 0,001)
	Латеральная часть связки	R = 0,7 (p < 0,001)	R = 0,89 (p < 0,001)
ЗКПС (n = 162)	Средняя часть связки	R = 0,7 (p < 0,001)	R = 0,9 (p < 0,001)
	Проксимальная часть связки	R = 0,73 (p = 0,002)	R = 0,9 (p = 0,001)
КБС (n = 50)	Средняя часть связки	R = 0,7 (p < 0,001)	R = 0,86 (p = 0,001)
	Дистальная часть связки	R = 0,73 (p = 0,002)	R = 0,9 (p < 0,001)

Возможно, что большая (на 13–16 %) выраженность дистрофических изменений на участках, сопредельных с энтезами (таблица 1), обусловлена эффектом суммации ассоциированных с возрастом дистрофических изменений и изменений, вызванных функциональной перегрузкой ППС, ЗДКПС и КБС. В практическом плане это означает, что дистрофические изменения чаще, видимо, ранее всего будут обнаруживаться в зонах, сопредельных с энтезами.

Как известно, ППС, ЗДКПС и КБС тесно связаны функционально: речь идет об их участии в обеспечении стабильности пояснично-крестцового перехода, а также крестцово-подвздошного сочленения [9, 10]. Следовательно, была оценена сила взаимосвязи дист-

рофических изменений, возникающих в описанных структурах (таблица 3).

Как следует из приведенных в таблице 3 данных, имеется тесная взаимосвязь между выраженностью дистрофических изменений в ППС, ЗДКПС и КБС и возрастом. А это означает, что наличие ассоциированных с возрастом дистрофических изменений в одних связках будет подразумевать и наличие близких по выраженности изменений в других. Естественно, что в этой ситуации любые изменения, нарушающие данную закономерность (например, появление асимметричных по выраженности или локализации изменений), должны будут рассматриваться как возможная (непосредственная либо косвенная) причина СБНС.

Таблица 3 — Взаимосвязь показателей, отражающих выраженность дистрофических изменений ППС, ЗДКПС и КБС (Spearman's rho, $p < 0,05$)

Исследованный материал	Пол	ППС				ЗДКПС				КБС			
		сред. часть		лат. часть		сред. часть		прокс. часть		сред. часть		лат. часть	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
ППС (n = 162)	Средн. часть	—	—	0,96	0,98	0,9	0,95	0,9	0,94	0,6	0,9	0,5	0,9
	Латер. часть	0,96	0,98	—	—	0,9	0,94	0,9	0,95	0,6	0,9	0,6	0,9
ЗКПС (n = 162)	Средн. часть	0,9	0,95	0,9	0,94	—	—	0,98	0,99	0,7	0,9	0,7	0,9
	Прокс. часть	0,9	0,94	0,9	0,95	0,98	0,99	—	—	0,7	0,9	0,7	0,9
КБС (n = 50)	Средн. часть	0,6	0,9	0,6	0,9	0,74	0,88	0,74	0,9	—	—	0,9	0,9
	Дист. часть	0,5	0,9	0,6	0,9	0,7	0,9	0,7	0,9	0,9	0,9	—	—

Такой подход выглядит вполне оправданным, поскольку даже незначительные (одноментные либо возникшие в результате кумулятивной микротравмы) повреждения связок могут привести к повреждению механорецепторов и, как следствие, к нарушению двигательного стереотипа и перегрузке структурных элементов позвоночных двигательных сегментов и СБНС [2].

Выводы

Дистрофические изменения в ППС, ЗДКПС и КБС развиваются в различных отделах неравномерно: ранние и более выраженные изменения следует ожидать в зонах, сопредельных с энтезами.

Ассоциированные с возрастом дистрофические изменения ППС, ЗДКПС и КБС тесно

взаимосвязаны, а потому любые изменения, нарушающие данное правило (например, появление асимметричных по выраженности или локализации изменений), следует рассматривать как возможный патоморфологический субстрат СБНС.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. A consensus approach toward the standardization of back pain definitions for use in prevalence studies / С. Е. Dionne [et al.] // Spine. — 2008. — Vol. 33, № 1. — P. 95–103.
2. Panjabi, M. M. A hypothesis of chronic back pain: ligament subfailure injuries lead to muscle control dysfunction / M. M. Panjabi // Eur. Spine J. — 2006. — Vol. 15. — P. 668–676.
3. Ombreg, L. System of orthopaedic medicine / L. Ombregt. — 2013. — Edinburgh: Churchill Livingstone. — P. 473–481.
4. Юрковский, А. М. Есть ли патологический континуум при повреждениях подвздошно-поясничной связки? / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2012. — № 4. — P. 27–32.
5. Юрковский, А. М. Возможности сонографии в оценке выраженности дистрофических изменений подвздошно-поясничной связки: сонографические и гистологические сопоставления (in

vitro) / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, А. И. Кушнеров // Военная медицина. — 2014. — № 4. — С. 66–69.

6. Михайлов, А. Н. Возможности сонографии в оценке выраженности дистрофических изменений задней длинной крестцово-подвздошной связки: сонографические и гистологические сопоставления (in vitro) / А. Н. Михайлов, А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович // Известия НАН Беларуси (серия медицинских наук). — 2014. — № 4. — С. 9–13.

7. Юрковский, А. М. Дистрофические изменения крестцово-бугорной связки: сонографические и гистологические параллели (in vitro) / А. М. Юрковский, О. И. Аникеев, С. Л. Ачинович // Проблемы здоровья и экологии. — 2015. — № 3. — С. 33–37.

8. Юрковский, А. М. Есть ли взаимосвязь между выраженностью дистрофических подвздошно-поясничной и задней длинной крестцово-подвздошной связки и индексом массы тела / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, В. Я. Латышева // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — № 3. — С. 68–72.

9. Юрковский, А. М. Подвздошно-поясничная связка: анатомический базис для лучевого диагноста / А. М. Юрковский // Проблемы здоровья и экологии. — 2010. — № 4. — С. 84–89.

10. Юрковский, А. М. Связки, ассоциированные с крестцово-подвздошным сочленением: анатомический базис для лучевого диагноста / А. М. Юрковский, С. Л. Ачинович, В. Я. Латышева // Проблемы здоровья и экологии. — 2013. — № 4. — С. 67–72.

Поступила 17.10.2016

УДК 616-002.5-08:615.2

МОНИТОРИНГ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕВЕДЕННЫХ НА ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

М. А. Юденко, Д. Ю. Рузанов, С. В. Гопоняко, А. А. Холявкин, И. В. Буйневич

Гомельский государственный медицинский университет
Гомельская областная клиническая туберкулезная больница

Цель: оценить результаты клинического мониторинга лекарственно устойчивого туберкулеза у пациентов, переведенных на паллиативное лечение.

Материал и методы. Изучены клинические данные и результаты мониторинга лекарственно устойчивого туберкулеза у 165 пациентов, переведенных на паллиативное лечение.

Результаты. Отмечено преобладание клинических форм с подострым течением и вторичной лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза, в течение первых 12–18 месяцев наблюдения у абациллованных пациентов возобновление бактериовыделения, как правило, не происходит.

Заключение. Анализ результатов мониторинга позволит оптимизировать стандарты ведения пациентов с лекарственно устойчивым туберкулезом, переведенных на паллиативное лечение.

Ключевые слова: лекарственно устойчивый туберкулез, паллиативное лечение.

MONITORING OF DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS IN PALLIATIVE CARE PATIENTS

M. A. Yudenko, D. Yu. Ruzanov, S. V. Goponyako, A. A. Kholiavkin, I. V. Buinevich

Gomel State Medical University
Gomel Regional Clinical Tuberculosis Hospital

Objective: to assess the results of clinical monitoring of drug-resistant tuberculosis in palliative care patients.

Material and methods. We have analyzed the clinical data and results of the monitoring of drug resistant tuberculosis in 165 patients who were changed to palliative treatment.

Results. Clinical forms with subacute course and secondary drug resistance of tuberculosis mycobacterium were found to predominate, within the first 12–18 months of the observation of palliative care patients as a rule no bacterioexcretion was detected.

Conclusion. The analysis of the monitoring results will make it possible to optimize standards of management of patients with drug resistant tuberculosis who are changed to palliative care.

Key words: drug resistant tuberculosis, palliative care.

Введение

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (к изониазиду

и рифампицину) в настоящее время является глобальной проблемой (МЛУ-ТБ). По оценкам ВОЗ, на глобальном уровне МЛУ-ТБ составля-