

2. В отдаленном послеоперационном периоде получена компенсация ВГД (в среднем снижение на 16 мм. рт. ст.), улучшение остроты зрения (в среднем улучшение на 0,06), расширение границ полей зрения. При анализе изменений показателей ВГД, остроты зрения и КП были получены достоверные результаты эффективности ( $p < 0,05$ ), ( $p < 0,01$ ), ( $p < 0,001$ ).

3. Предложенная методика хирургии глаукомы позволяет получить гипотензивный эффект за счет предупреждения формирования конъюнктивально-склеральных и склеро-склеральных сращений в области хирургического вмешательства.

4. При применении гемостатической губки у пациентов наблюдается положительная динамика в сохранении на длительный период уровня внутриглазного давления, и как следствие сохранение зрительных функций, полей зрения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеров, А. П. Глаукома / А. П. Нестеров. — М.: Медицина. — 1995. — 256 с.
2. Инвалидность вследствие глаукомы в России / Е. С. Либман [и др.] // Глаукома. Проблемы и решения. — М., 2004. — С. 430–432.

УДК 616.98:578.828НIV+616-002.5]:578.81

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

*Близнец В. Н., Потапенко Я. А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. В. Буйневич*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

### **Введение**

В последние десятилетия эпидемическая ситуация по туберкулезу (ТБ) в мире продолжает оставаться напряженной с существенными колебаниями в уровнях заболеваемости и смертности в странах с высоким и низким уровнем жизни населения. Республика Беларусь еще по-прежнему относится к странам с высоким бременем туберкулеза. Среди восемнадцати высоко приоритетных стран Европейского региона Всемирной организации здравоохранения, Республика Беларусь находится на 6-м месте по заболеваемости туберкулезом [1]. В настоящее время ситуацию по туберкулезу в Республике Беларусь можно характеризовать как стабильную и контролируруемую, идет снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза, но в противовес сохраняется тенденция к нарастанию доли лекарственно-устойчивых форм туберкулеза (множественная/ широкая лекарственная устойчивость), что влечет за собой неблагоприятные социально-экономические последствия [2, 3].

Проблемой для мира, Беларуси, а в частности для Гомельской области является распространение ВИЧ-инфекции и увеличение случаев заболевания ТБ среди ВИЧ-инфицированных лиц. Фтизиатры отмечают, что с началом эпидемии ВИЧ-инфекции вероятным следует считать дальнейшее ухудшение эпидемиологических показателей по туберкулезу. Регистрация ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в Гомельской области началась в 2002 г., когда впервые были выявлены 7 (0,9 % от впервые выявленных больных с туберкулезом) пациентов из Светлогорского района. С тех пор удельный вес ВИЧ-ассоциированного туберкулеза растет быстрыми темпами. В 2014 г. этот показатель составил 108 человек или 16,2 % из всех больных туберкулезом. При этом, что в среднем в Европейском регионе удельный вес ВИЧ/ТБ среди впервые выявленных пациентов составляет 6,1 %.

Каждый 3-й ВИЧ-инфицированный пациент умирает от ТБ. Также стоит отметить, что удельный вес ВИЧ-ассоциированного ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) превышает ВИЧ-ассоциированный лекарственно-чувствительный

туберкулез [2]. По данным Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии в РБ среди впервые выявленных пациентов МЛУ-ТБ встречается в 30 %, а у ранее леченых — в 70 % случаев. Что касается ВИЧ-инфекции, ситуация намного хуже. МЛУ-ТБ у впервые выявленных пациентов встречается у 60 %, у ранее леченых в 100 % случаев [2, 3].

### **Цель**

Изучить варианты лекарственной устойчивости МБТ у пациентов с ВИЧ/ТБ.

### **Материалы и методы исследования**

Исследование проводилось на базе фтизиатрических отделений № 5 и № 6 учреждения «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». За период с января по декабрь 2014 г. поступили 422 пациента с ТБ, из них 45 (10,7 %) были ВИЧ-положительными. В исследование включены 39 пациентов с ВИЧ/ТБ.

Были сформированы 2 группы. В 1-ю группу включены пациенты с впервые выявленным туберкулезом (20 человек). 2-ю группу составили пациенты ранее принимавшие противотуберкулезное лечение (19 человек). У всех подтверждено наличие бактериовыделения хотя бы одним из методов исследования мокроты (3-кратная микроскопия мазка, 2-кратные посева на плотные питательные среды, посева на жидкие питательные среды с использованием автоматизированной системы Bactec MGIT 960, молекулярно-генетический метод — GeneXpert).

После получения положительных результатов (обнаружение микобактерии туберкулеза в мокроте), обязательно проводилось определение чувствительности к противотуберкулезным препаратам основного ряда и препаратам II ряда.

### **Результаты исследования**

Возрастной состав обследованных колебался от 31 до 57 лет. Все пациенты были трудоспособного возраста. Средний возраст обследованных в 1-ой группе составил 40 лет, во 2-й — 44 года. В обеих группах мужчин было больше 31 (79 %), чем женщин 8 (21 %). При изучении социального статуса пациентов установлено, что в 1-й и во 2-й группе преобладали безработные лица (77 %), доля работающих составляла всего 20,5 %, имелся 1 инвалид (2,5 %). В 1-й группе дефицит массы тела имели 5 (25 %) человек, нормальный вес — 11 (55 %), избыточный — 4 (20 %). Во 2-й группе дефицит массы тела у 2 (11 %) человек, нормальный вес имели 16 (84 %) человек, избыточный — 1 (5 %) человек.

Исследуя клиническую структуру туберкулеза, установлено, что как в 1-й группе, так и во 2-й группе пациентов преобладает инфильтративный туберкулез одного или обоих легких — 19 человек (48,7 %). На 2-м месте у 6 человек (15,4 %) — диссеминированный туберкулез легких. На 3-м месте в 1-й группе — очаговый туберкулез у 2 пациентов (10 %), а во 2-й группе — фиброзно-кавернозная форма туберкулеза легких также у 2 (11 %). Также встречается милиарный туберкулез легких в 2,5 % случаев (1 пациент), генерализованная форма туберкулеза в 5,1 % случаев (2 пациента), туберкулез внутригрудных лимфоузлов у 1 пациента (5 %) из 2-й группы исследуемых, и у 6 (30 %) — из 1-й группы.

При анализе лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза у обследованных пациентов выявлено, что в 1-й группе в 2 случаях (5,1 %) наблюдается монорезистентность МБТ (к изониазиду). Полирезистентность (к изониазиду, стрептомицину) обнаружена также у двоих пациентов (5,1 %). Остальные 16 продемонстрировали наличие лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза.

В группе ранее леченых наблюдается совершенно другая картина. Лекарственная чувствительность обнаружена у 1 пациента (5 %). У 13 (69 %) диагностирована МЛУ (устойчивость по меньшей мере одновременно к изониазиду, рифампицину). И в 5 случаях (26 %) широкая лекарственная устойчивость (множественная лекарственная устойчивость с дополнительной устойчивостью к любому из фторхинолонов и хотя бы к одному из инъекционных противотуберкулезных лекарственных средств второго ряда).

Установлено, что у 13 пациентов (68 %) 2-й группы в процессе лечения расширился спектр лекарственной устойчивости.

#### **Выводы**

1. Среди контингентов, находящихся на лечении во фтизиатрических отделениях туберкулезной больницы 10,7 % составляют пациенты с ВИЧ/ТБ. Эта группа представлена людьми трудоспособного возраста.

2. В клинической структуре туберкулеза у пациентов с ВИЧ преобладает инфильтративный и диссеминированный туберкулез, туберкулез внутригрудных лимфоузлов. Также встречается милиарный и генерализованный туберкулез.

3. У пациентов ранее леченых с ВИЧ/ТБ только в 1-м случае обнаружена лекарственная чувствительность микобактерии туберкулеза. В остальных случаях — МЛУ и ШЛУ. В процессе лечения расширяется спектр лекарственной устойчивости.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. World Health Organization. Global Tuberculosis Report 2013/ Geneva, Switzerland.
2. Современные проблемы диагностики лекарственно-устойчивого туберкулеза: материалы международной научно-практической конференции «Проблемы мультирезистентного туберкулеза в Беларуси и пути их решения» (г. Минск, 10-11 октября 2013 года) / ред. коллегия: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.] — Минск: Белсэкс, 2013. — 258 с.
3. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрыгина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.

**УДК 616.317-006.6+616-006**

## **РАК ГУБЫ И ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ**

*Богомаз А. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент С. А. Иванов**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Рак губы (РГ) является вторым по частоте злокачественным новообразованием (ЗНО) челюстно-лицевой области [3]. По данным литературы у больных РГ довольно часто развиваются первично-множественные злокачественные опухоли (ПМЗО) [2–5]. Это связано с воздействием общих канцерогенных факторов, относительно благоприятным прогнозом при РГ, развитием РГ в возрастных группах старше 60 лет [2, 4]. Чаще всего РГ сочетается с опухолями кожи, желудка, верхних дыхательных путей [4, 5].

#### **Цель**

Проанализировать сочетание РГ с опухолями других локализаций.

#### **Материал и методы исследования**

Исследованы случаи развития ПМЗО у заболевших РГ в 1996-2009 гг. Проанализированы: время развития и локализация второй опухоли, возраст пациентов, причина смерти пациентов, стадия РГ. Источники информации: статистические данные обязательного учета всех новых случаев ЗНО. Регистрировались наблюдения ПМЗО в сроки до и после 5 лет по отношению к установлению диагноза РГ.

#### **Результаты и обсуждение**

На протяжении 1996–2009 гг. диагноз РГ был установлен 859 жителям Гомельской области. Опухоль другой локализации была обнаружена у 151 из них (17,6 %) в сроки до и после 5 лет от выявления РГ. Это превышает пропорцию ПМЗО среди всех пациентов со ЗНО (4–11 % по данным разных авторов). Возможное объяснение — РГ является относительно благоприятной опухолью [1–5] и у заболевших «успевает» развиться вторая опухоль. Кроме того, достаточно большое количество локализаций ЗНО вызывается теми же канцерогенными факторами [2, 4, 5]. Число пациентов мужского пола —