

тенсифицировать: санитарно-просветительную работу; регулярное наблюдение интегрировано фтизиатрами, инфекционистами и врачами общей практики; проведение по показаниям специфической химиопрофилактики туберкулеза на фоне антиретровирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнилова, З. Х. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией / З. Х. Корнилова, И. В. Луконина, Л. П. Алексеева // Туберкулез. — 2010. — Т. 8, № 3. — С. 3–9.
2. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2009–2014 гг. Методика расчета показателей и статистические материалы по результатам пятилетнего наблюдения / под ред. С. А. Стерликова. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2015. — 68 с.
3. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».
4. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. — 289 p. — URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf.
5. Исследовано в России [Электронный ресурс]: база данных. — Режим доступа: <http://aidscentr.perm.ru/Статистика/ВИЧ/СПИД/-в-России>.
6. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: глобальная статистика, 2014. — Режим доступа: <http://www.unaids.org/ru/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>.

УДК 616.24-005.2-08-03688

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Боковая Д. В., Маханёк Н. В.

Научный руководитель: ассистент *С. В. Гопоняко*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез (ТБ) в настоящее время является глобальной проблемой. Этиотропная медикаментозная терапия применяется для лечения ТБ на протяжении нескольких десятилетий (с 60-х гг. XX в.). Нерациональное использование противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) и огромный потенциал изменчивости возбудителя заболевания явились причиной острой проблемы наших дней — лекарственно устойчивого ТБ. Наиболее неблагоприятным вариантом является резистентность к двум бактерицидным ПТЛС — изониазиду и рифампицину, такое сочетание определяется как множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) или мультирезистентность. Лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза (МБТ), развивающаяся на фоне лечения ПТЛС, определяется как вторичная. Выделение такой микобактерии ТБ в окружающую среду становится предпосылкой для распространения первичной лекарственной устойчивости — инфицирования изначально резистентной МБТ, что определяется у пациентов, впервые заболевших ТБ и никогда ранее не получавших ПТЛС. В Беларуси уровень первичной МЛУ достигает 35 % от числа новых случаев заболевания, что является самым высоким в мире. Из числа ранее лечившихся от ТБ пациентов мультирезистентность МБТ (вторичная) — определяется в 55 % случаев. Общая доля пациентов с бактериовыделением, у которых определяется МЛУ МБТ достигает 70 %. Вероятность неблагоприятного прогноза увеличивается при дальнейшем расширении спектра устойчивости микобактерии к большинству ПТЛС процессе лечения. Необходимость назначения на длительный период комбинации из нескольких лекарственных средств, обладающих достаточно высокой токсичностью, нередко приводит к возникновению в процессе лечения побочных эффектов ПТЛС и развитию у пациентов аллергических и токсических реакций. При этом количество высокоэффективных ПТЛС, применяемых в практической медицине, ограничено — таким образом, сочетание мультирезистентности МБТ с неудовлетворительной переносимостью пациентами этиотропного лечения делает подбор эффективной комбинации ПТЛС невозможным, что вынуждает

переводить их на паллиативное лечение. Эти моменты, особенно при наличии других отягощающих факторов, (одним из самых существенных является сочетание ТБ с ВИЧ-инфекцией) часто определяют неблагоприятный прогноз заболевания. Изучение продолжительности жизни пациентов с МЛУ-ТБ и явилось целью нашего исследования.

Цель

Изучение продолжительности жизни пациентов с туберкулезом с момента определения МЛУ микобактерии туберкулеза, в том числе того периода, когда эффективное этиотропное лечение признается невозможным — возможно оказание только паллиативной помощи.

Материал и методы исследования

Мы изучили истории болезни пациентов, находившихся на лечении в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице, с летальным исходом МЛУ-ТБ. Были проанализированы все случаи, когда пациенты были переведены на паллиативное лечение. Выборка составила 78 случаев, включая 13 случаев ВИЧ-ассоциированного МЛУ-ТБ.

Из общего числа наблюдений 6,41 % (5 случаев) составили пациенты с первичной МЛУ, и 93,59 % (73 случая) — с вторичной. Мы подсчитали общую длительность болезни у пациентов, длительность периода болезни после выявления вторичной МЛУ, а также длительность с момента вынужденного перехода на паллиативное лечение у ВИЧ-негативных пациентов и в случаях ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Сбор информации производился методом анкетирования с последующей статистической обработкой данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Из числа наблюдений 87,2 % (68 пациентов) составили мужчины, 12,8 % (10 пациентов) — женщины. Минимальный и максимальный возраст пациентов составил 23 года и 66 лет соответственно, средний возраст — 41,4 года.

Распределение пациентов МЛУ-ТБ по полу и возрасту (на момент исхода) представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов МЛУ-ТБ по полу и возрасту (на момент исхода)

Признак	ВИЧ-негативные пациенты		ВИЧ-позитивные пациенты	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
До 24 лет	—	1	—	—
25–34 года	4	—	3	1
35–44 года	13	1	4	3
45–54 года	16	3	2	—
55–64 года	24	1	—	—
65 лет и старше	2	—	—	—
Всего, чел	59	6	9	4
Средний возраст (лет)	39,6	44,8	37,7	39,1

Средняя продолжительность заболевания туберкулезом у ВИЧ-негативных пациентов составила 9,3 года, у ВИЧ-позитивных — 5,4 года. Совокупность данных о средней продолжительности жизни пациентов различных групп представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты изучения продолжительности жизни пациентов с МЛУ-ТБ

Признак	ВИЧ–		ВИЧ+	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Средняя продолжительность болезни (в годах)	9,3		5,4	
	9,1	7,0	4,3	6,7
Продолжительность заболевания при первичной МЛУ (в месяцах)	11,1		5,5	
	11,1	—	5,5	-
Продолжительность периода вторичной МЛУ-ТБ (в месяцах)	33,6		19,2	
	34,0	29,5	20,1	22,4
Продолжительность периода паллиативного лечения (в месяцах)*	10 (25 %–75 % = 4–21)		4 (25 %–75 % = 2–9)	

*медиана с 25 %–75 % квантилями.

В подавляющей части наблюдений (91 %) у пациентов отсутствовала приверженность к лечению, что с одной стороны в значительной степени способствует развитию вторичной МЛУ, с другой — неуклонному прогрессированию ТБ. При этом процент развития остро прогрессирующих форм составил 4,9 % у ВИЧ-негативных пациентов и 23,1 % у ВИЧ-позитивных, в большинстве же случаев в обеих группах имело место постепенное, но неуклонное нарастание симптомов. Обращает на себя внимание значительно меньшая длительность заболевания при первичном МЛУ-ТБ по сравнению с периодом вторичной МЛУ как у ВИЧ-негативных пациентов, так и при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе. Но малое число таких пациентов в выборке не позволяет делать достоверные выводы.

Выводы

1. Средняя продолжительность жизни при МЛУ-ТБ у ВИЧ-негативных пациентов составляет в среднем 33,6 месяцев, у ВИЧ-позитивных — 19,2 месяца.

2. Существенного различия в продолжительности жизни у мужчин и женщин при МЛУ-ТБ не выявлено.

3. Остро прогрессирующие формы туберкулеза развиваются при МЛУ не часто и главным образом при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Электронный ресурс. — Режим доступа: www.who.int/tb/publications/2010/mdr_report/ru/.
2. Гайда, А. И. Отдаленные результаты лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза, прервавших курс химиотерапии / А. И. Гайда, Е. И. Никишова, А. О. Марьяндышев // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 12. — С. 33–37.
3. Гордон, А. И. Опыт лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / А. И. Гордон, И. Б. Викторова, С. А. Долгих // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 12. — С. 54–61.

УДК 616.517:615.2

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФЛИКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Винникова К. В., Маёров В. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема псориаза является актуальной не только для дерматологов, но и для врачей различных клинических специальностей. В настоящее время начинает преобладать взгляд на псориаз как на системный процесс, что нашло отражение в изменении наименования заболевания: сейчас его называют «псориатическая болезнь». Системный характер заболевания подтверждается широким спектром висцеральной патологии, выявляемой у больных псориазом, а также нарушением функции важнейших регуляторных систем, таких, как иммунная, нервная, эндокринная [6].

Актуальность проблемы псориатической болезни также связана с нерешенностью вопроса о терапии заболевания. Из огромного арсенала терапевтических средств, используемых при псориазе, мы остановимся на наиболее эффективных современных препаратах [3].

Одно из наиболее ярких достижений фармакотерапии воспалительных заболеваний человека — создание антицитокиновых препаратов (биологических модификаторов иммунного ответа, biologic response modifiers). К основным направлениям разработок в этой области относят создание моноклональных антител (мАТ) против определенных детерминант иммунокомпетентных клеток или провоспалительных цитокинов, рекомбинантных противовоспалительных цитокинов и естественных ингибиторов цитокинов (растворимых рецепторов и антагонистов рецепторов). Первые, широко внедренные в клиническую практику, мАТ к ФНО-альфа получили название инфликсимаб [1]. Препарат представляет собой химерные мАТ, со-