

Следует отметить штаммы *E. coli* и *K. pneumoniae*, обладающие выраженной антибиотикорезистентностью (XDR) и высокой фагочувствительностью одновременно.

Выводы

Достаточно выраженная литическая активность лекарственных средств «Секстафаг» в отношении *K. pneumoniae* и *E. coli* и синегнойного бактериофага в отношении *P. aeruginosa* указывает на возможность их альтернативного использования в терапии инфекций, вызванных мульти- и экстремально-антибиотикорезистентными штаммами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоран, О. Б. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии / О. Б. Лоран, В. В. Рафальский; под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. — Смоленск, 2007. — 464с.
2. Эффективность применения бактериофагов в комплексном лечении больных с ожоговой травмой / Е. Б. Лазарева [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. — 2001. — Т. 46 (1). — С. 10–14.
3. Палагин, И. С. Современные аспекты выбора антимикробных препаратов при острых неосложненных циститах / И. С. Палагин. — Смоленск: НИИ антимикробной химиотерапии, 2009. — 327 с.

УДК 616.24-006.6:616.24-002.5]-07

ДИАГНОСТИКА ЭКССУДАТИВНЫХ ПЛЕВРИТОВ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Бондаренко В. Н., Левченко К. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По данным литературы, плевральный выпот встречается у 10–15 % пациентов фтизиопульмонологического профиля [1]. Дифференциальная диагностика туберкулезного и парапневмонического экссудативных плевритов в учреждениях здравоохранения представляет значительные трудности, что приводит к диагностическим ошибкам, чаще всего, к гипердиагностике пневмонии. До настоящего времени при экссудативном плеврите в большинстве стационаров ограничиваются выполнением плевральной пункции с эвакуацией жидкости, проводят пробу Ривальта, биохимическое и цитологическое исследование экссудата [1, 2]. В ряде случаев эти методы диагностики не позволяют установить основное заболевание, и для верификации диагноза необходим комплексный подход с оценкой клинической картины заболевания, использованием биохимического, цитологического, бактериологического, гистологического и иммунологического методов исследования [2, 3].

Цель

Изучение диагностической информативности различных методов исследования в дифференциальной диагностике парапневмонического и туберкулезного экссудативных плевритов.

Материал и методы исследования

ретроспективно были изучены истории болезни 46 человек с плевритами различного генеза, госпитализированных в пульмонологические отделения У «Гомельская областная клиническая туберкулезная больница» в 2019 г. Всем пациентам проводилось комплексное обследование, которое включало: клинико-лабораторные исследования, рентгенографию и компьютерную томографию (КТ) легких, молекулярно-генетическое (GeneXpertMTB/Rif) и бактериологическое исследование мокроты на *M. tuberculosis* (МБТ), плевральные пункции. Полученный плевральный выпот отправляли на цитологическое исследование, проводили молекулярно-генетическое (GeneXpertMTB/Rif), посев на МБТ и вторичную флору, определяли атипичные клетки, общий белок и пробу Ривальта.

Статистическая обработка материала проведена с использованием программы «Statistica» 6.0. Значимость различий относительных долей признаков рассчитан с помощью критерия χ^2 Пирсона. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате обследования 46 пациентов с экссудативным плевритом у 23 верифицирован неспецифический парапневмонический плеврит (ППП), они составили группу 1, а у остальных 23 пациентов установлена туберкулезная этиология плеврита (ТБП) — группа 2. Средний возраст пациентов группы 1 составил $54,1 \pm 9,1$ года (от 22 до 90 лет), из них большая часть приходилась на мужчин — 65,2 %, женщины составили 34,8 %. Средний возраст пациентов в группе 2 составил $50,4 \pm 8,8$ года (от 26 до 94 лет), из них удельный вес мужчин — 91,3 %, женщин — 8,7 %. Детальное поло-возрастное распределение пациентов представлено в таблице № 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов с экссудативным плевритом по полу и возрасту

Этиология плеврита	Число пациентов (n)	До 40 лет		Старше 40 лет		М		Ж	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Туберкулезный	23	7	30,4	16	69,6	21	91,3	2	8,7
Неспецифический	23	6	26,1	17	73,9	15	65,2	8	34,8

Из таблицы 1 видно, что пациенты с ТБП и ППП преимущественно были старше 40 лет (69,6 и 73,9 % соответственно, $\chi^2 = 6,9$ и $7,2$, $p < 0,01$). При распределении пациентов по полу было отмечено, что в обеих группах наибольший удельный вес приходится на мужчин. У пациентов с ТБП процент мужчин составил 91,3 %, а с ППП — 65,2 %. Однако, в группе 1 удельный вес женщин составил 34,8 %, что достоверно выше, чем в группе 2 ($\chi^2 = 4,8$, $p < 0,05$).

При изучении клинических симптомов нами также были отмечены различия в исследуемых группах. Клинико-лабораторная картина у пациентов с экссудативным плевритом представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Клинико-лабораторные показатели у пациентов с экссудативным плевритом

Показатели	Этиопатогенез плеврита			
	туберкулезный		парапневмонический	
	абс.	%	абс.	%
Кашель	9	39	17	73,9
Симптомы интоксикации	9	39	10	43,5
Лихорадка	6	26,1	17	73,9
Боль в грудной клетке	9	39	18	78,3
Одышка при физической нагрузке	7	30,4	7	30,4
Лейкоцитоз $> 9 \times 10^9/\text{л}$	5	21,7	15	65,2
СОЭ > 15 мм/ч	20	87	22	95,7

Из таблицы 2 видно, что у пациентов с ППП клинические симптомы плеврита (кашель, лихорадка и боли в грудной клетке) проявляются достоверно чаще, чем у пациентов с ТБП. Так, в группе 1 пациенты предъявляли жалобы на кашель в 73,9 % против 39 % ($\chi^2 = 5,8$, $p < 0,05$), боли в грудной клетке отмечали 78,3 % человек против 39 % ($\chi^2 = 7,5$, $p < 0,01$), повышение температуры более 39°C отмечено у 73,9 % пациентов группы 1 против 26,1 % пациентов группы 2 ($\chi^2 = 11$, $p < 0,01$), в общем анализе крови у пациентов с ППП лейкоцитоз более $9 \times 10^9/\text{л}$ наблюдался в 65,2 % против 21,7 % у пациентов с ТБП ($\chi^2 = 9,2$, $p < 0,01$).

Рентгенологическое исследование проводили пациентам после аспирации экссудата, некоторым пациентам при необходимости проводили КТ. В результате исследова-

ния очагово-инфильтративные изменения в легких при ТБП были выявлены в 82,6 % случаев, а при ППП — в 87 %. При ТБП двусторонняя локализация очагово-инфильтративных изменений отмечалась у 56,5 % пациентов и значительно реже у пациентов с ППП — 17,4 % ($\chi^2 = 7,9$, $p < 0,01$). Изменения в верхних долях (82,6 %) и деструкция легочной ткани (21,7 %) чаще наблюдались при ТБП, чем при ППП — 13 и 8,7 % соответственно ($\chi^2 = 28,1$ и $36,6$, $p < 0,01$). При бактериологическом исследовании МБТ была обнаружена в 56,5 % случаев ТБП. При исследовании плевральной жидкости методом GeneXpertMTB/Rif возбудитель туберкулеза обнаружен у 6 (26,1 %) случаев.

Анализ цитограммы экссудата показал, что в группе с ТБП у 20 (87 %) пациентов экссудат имел лимфоцитарный характер, в группе ППП лимфоциты в плевральном выпоте преобладали лишь у 2 (8,7 %) человек ($\chi^2 = 36,6$, $p < 0,01$).

82,6 % пациентов с ТБП и 91,3 % пациентов с ППП получали антибактериальную терапию до поступления в стационар. Средняя продолжительность пребывания пациентов с ТБП в стационаре составила $60,6 \pm 11,3$ дней, а пациентов с ППП — $18,2 \pm 3,4$ дней.

Выводы

1. Плевриты туберкулезной и неспецифической этиологии чаще встречаются у мужчин старше 40 лет.

2. Клинико-лабораторные проявления наиболее выражены у пациентов с неспецифическим парапневмоническим плевритом. Кашель, лихорадка, симптомы интоксикации, боль в грудной клетке, а так же лейкоцитоз более 9×10^9 /л достоверно чаще встречаются при ППП, чем при ТБП. Важное значение имеет оценка рентгенологической картины. Двусторонняя локализация очагово-инфильтративных изменений, локализация в верхних долях и деструкция легочной ткани наиболее характерно для туберкулезного поражения легких. Для туберкулезной этиологии характерен лимфоцитарный характер экссудата и обнаружение МБТ в мокроте и плевральной жидкости.

3. Дифференциальная диагностика экссудативных плевритов требует комплексного подхода к изучению этиопатогенеза заболевания. Диагностика должна включать физикальные, лабораторные и инструментальные методы исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суркова, Л. К. Дифференциальная диагностика экссудативных плевритов различной этиологии / Л. К. Суркова // Весті Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. Серыя медыцынскіх навук. — 2012. — № 4. — С. 30–34.
2. Котович, Д. С. Диагностические возможности исследования биологического материала при экссудативных плевритах туберкулезной этиологии на современном этапе / Д. С. Котович // Медицинские новости. — 2017. — № 3. — С. 65–68.
3. Сейилканов, Б. К. Диагностика экссудативного плеврита туберкулезной этиологии / Б. К. Сейилканов // Здравоохранение Кыргызстана. — 2019. — № 1. — С. 60–63.

УДК 616-002.5-085.015.8.06:612.393.1

ВЛИЯНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА РАЗВИТИЕ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ

*Гельберг И. С., Алексо Е. Н., Вольф С. Б., Демидик С. Н., Циунчик А. В.,
Аркукевич Я. З., Масилевич А. М., Шейфер Ю. А.*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Синдром зависимости от алкоголя (СЗА) один из главных факторов, отягощающих течение туберкулезной инфекции и снижающий долю успешных результатов лечения.