

МОЛОДОЙ УЧЁНЫЙ

ISSN 2072-0297

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

СПЕЦВЫПУСК

Республиканский
специализированный
научно-практический
медицинский центр фтизиатрии
и пульмонологии
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

Является приложением к научному журналу
«Молодой ученый» № 10 (196)

10
2018

16+

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|---|
| Абдуганиева Э. А., Ливерко И. В., Ахатов И. М., Гафнер Н. В., Абдуллаева В. А. Натрий-уретический мозговой пептид и гемостазиологические сдвиги у пациентов с хронической обструктивной болезнью легких 3 | Назиров П. Х., Бабоев А. С., Туйчиев Н. Н., Рустамов Ф. Х. Клинические особенности течения осложненных форм туберкулезного спондилита сочетанного с сахарным диабетом.....27 |
| Абдусаломова М. И. Частота и характер побочных реакций от химиотерапии у больных с лекарственно-устойчивым туберкулезом легких 5 | Назиров П. Х., Туйчиев Н. Н., Рустамов Ф. Х., Анисимова Т. П., Бабоев А. С., Газиев З. А. Ошибки и сложности диагностики при туберкулезе тазобедренного сустава29 |
| Галиуллин Т. И., Нигманов Р. Т. Современный подход к диагностике туберкулеза предстательной железы 8 | Парпиева Н. Н., Абулкасимов С. П., Пулатов Ж. А., Мухторов Ш. Н., Айтжанова А. У. Побочные нежелательные явления при применении бедаквилина в режиме лечения больных с ШЛУ ТБ31 |
| Гафнер Н. В., Ливерко И. В., Ахмедов Ш. М., Абдуллаева В. А., Ахатов И. М., Мухсимов Ф. М., Мусабаев Э. И. Клиническое значение биологической резистентности к бета-лактамам антибиотикам 9 | Парпиева Н. Н., Адилходжаев А. А., Абдусаматов А. А. Видеолапароскопические вмешательства в диагностике и лечении абдоминальных форм туберкулеза.....33 |
| Гафнер Н. В., Ливерко И. В., Ахмедов Ш. М., Абдуллаева В. А., Ахатов И. М., Сотволдиев Н. А. Клинико-фенотипические и генотипические детерминанты в прогнозе неэффективности антибактериальной терапии у пациентов при обострении респираторной патологии12 | Парпиева Н. Н., Бабамадова Х. У., Анварова Е. В., Абдурахманов Д. К., Утешев М. С. Современные подходы к диагностике мочевого туберкулеза37 |
| Долгушева Ю. В., Жумаев О. А., Абдуллаев М. Х., Тургунова Н. Н., Тарасова Н. В. Частота и характер адаптационных реакций у больных с туберкулезом легких16 | Парпиева Н. Н., Хакимов М. А., Исмоилов А. М., Алиджанов С. К., Набиев С. Р., Исматов Б. Н. Эхографическая семиотика туберкулеза почки41 |
| Махкамов У. У., Алимов А. Р., Фахртдинова А. Р., Умаров А. Р. Лучевая диагностика и патоморфологические особенности туберкулом легких18 | Парпиева Н. Н., Ходжаева М. И., Массавириев Ш. Ш. Значения кейс-технологий в обучении студентов на кафедре фтизиатрии44 |
| Мухамедов К. С., Джурабаева М. Х., Массавириев Ш. Ш., Анварова Е. В., Абдугаппаров Ф. Б. Особенности клинического течения микозов у больных с ко-инфекцией ВИЧ/ТБ.....22 | Рахманов Ш. А., Джурабаева М. Х., Бабамадова Х. У., Анварова Е. В. Частота встречаемости и характер побочных реакций у больных с МЛУ/ТБ легких45 |
| | Сабиров Ш. Ю., Нематов О. Н., Маюсупов Ш. Э., Рискиев А. А., Рахманов Ш. А., Насритдинов Б. И., Эрмаков Э. Ф., Камолов С. Р. Эффективность этапных операций при распространенном туберкулезе легких48 |

| | |
|--|--|
| Сабиров Ш. Ю., Нематов О. Н., Маюсупов Ш. Э., Рискиев А. А., Рахманов Ш. А., Насритдинов Б. И., Эрмаков Э. Ф., Камолов С. Р. Хирургическое лечение туберкулеза легких и плевры с лекарственной устойчивостью возбудителя50 | Туйчиев Н. Н. Хирургическое лечение туберкулезных спондилитов с функциональными нарушениями желудочно-кишечного тракта55 |
| Садирова Д. С., Трубников А. Б., Мухтаров Д. З., Саидова Ш. М., Каландарова Л. Н. Обоснование рациональности внедрения краткосрочных курсов лечения МЛУ ТБ больных... 52 | Ходжаева М. И., Сирожов Б. Н. Особенности развития и течения рецидивов туберкулёза легких57 |
| | Шарапова Г. Ш., Алимов С. В., Усманова Ш. Заболеваемость среди детей, находящихся в контакте с больными туберкулёзом59 |

Частота встречаемости и характер побочных реакций у больных с МЛУ/ТБ легких

Рахманов Шерзод Азимджанович¹, заведующий;

Джурабаева Мухаббат Хусановна², старший преподаватель;

Бабаматова Хилола Умирсаидовна², ассистент;

Анварова Екатерина Владимировна², ассистент

¹Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии

Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (г. Ташкент)

²Ташкентская медицинская академия (Узбекистан)

Актуальность. В XXI веке заболеваемость туберкулезом остается на стабильно высоком уровне. Особую тревогу вызывает качественное изменение возбудителя заболевания — появление множественной лекарственной устойчивости (МЛУ), при которой *M. tuberculosis* (МБТ) резистентны к наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам [1, с. 21]. Относительно низкий уровень эффективности химиотерапии у пациентов с МЛУ ТБ [2, с. 99; 3, с. 126] делает его основной составляющей заболеваемости и смертности от туберкулеза, что создает серьезную угрозу всему человечеству.

В ряде стран мира при поддержке ВОЗ были начаты национальные программы DOTS-PLUS по лечению больных с МЛУ ТБ. К 2010 г. лечение в рамках этой стратегии получили около 46000 человек в более 50 регионах мира [4, с2]. Результаты исследований демонстрируют, что успешная терапия больных МЛУ ТБ связана со степенью устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам (ППП) и наличием или отсутствием ВИЧ-инфекции [5, с. 60]. При отсутствии ВИЧ-инфекции, эффективность терапии МЛУ ТБ достигает 73,4% — 89,0% среди впервые выявленных пациентов, а неудача в лечении — у 10,1% [5, с. 68]. Таким образом, результаты, полученные в ходе реализации национальных программ DOTS-PLUS, свидетельствуют о высокой ее эффективности. Закономерно возникает вопрос о причинах, по которым, несмотря на дорогостоящее лечение, усилия медицинского персонала и современные схемы химиотерапии, включающие как этиотропную, так и патогенетическую терапию, количество пациентов, неизлеченных и умерших во время программы, остается столь высоким. Проведение основного курса химиотерапии больных туберкулезом осложняется при наличии фоновых заболеваний и/или усугубляющих факторов. В связи с этим возникает необходимость полного анализа и исследования причинно-следственных связей, ведущих к отрицательному исходу противотуберкулезной терапии больных, пролеченных по программе DOTS-PLUS.

Цель: Изучить частоту встречаемости и характер побочных реакций у больных с МЛУ/ТБ легких.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 239 пациентов с МЛУ ТБЛ, получавший курс полихимиотерапии по схемам программы DOTS-PLUS на базе 2-фтизиатрического отделения РСНПМЦ ФиП

(г. Ташкент) с 2016—2017 гг включительно. Среди обследованных больных преобладали мужчины — 142 (59,4%), женщин было 97 (40,6%). Возраст больных варьировал от 16 до 70 лет (средний возраст $(35,2 \pm 1,2)$ года), но большинство лица молодого (22,2%) и среднего (19,4%) возраста. Большинство составили сельские жители-182 (76,55%), а жители города составили 56 (23,4%). По социальному статусу больные распределились следующим образом: неработающие — 104 (43,5%), инвалиды по туберкулезу — 10 (4,1%), работающие — 80 (33,4%), служащие — 7 (2,9%), учащиеся (ВУЗ и колледжи) — 5 (2%), пенсионеры — 4 (1,7%), инвалиды по общему заболеванию — 1 (0,41%). Мигранты 11 (4,6%), ранее находившиеся в заключении — 16 (6,7%), 1 больной (0,5%) — без определенного места жительства.

Среди клинических форм заболевания наибольшую группу представляли больные с инфильтративным туберкулезом легких — 127 (53,1%). Диссеминированный туберкулез диагностирован у 21 (8,8%) пациентов, фибрино-кавернозная форма — у 68 (28,4%), туберкулема 3 (1,3%) и очаговый туберкулез — у 20 (8,4%) пациентов. У всех пациентов с бацилловыделением методом HAIN и GeneXpert проведен анализ мокроты на чувствительность микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам первого ряда и был выявлен МЛУ/ТБ, подтвержден анализом на ТЛЧ.

Результаты и обсуждение. В результате интенсивной полихимиотерапии у 106 (44,4%) пациентов на стационарном этапе развились те или иные побочные реакции. Общее число нежелательных эффектов от применения ПТП составило 319. Все они были разделены на реакции со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), центральной нервной системы (ЦНС), обмена веществ и со стороны кожи. В среднем на одного больного приходилось 3 побочные реакции за весь период стационарного лечения по программе МЛУ/ТБ. Общее число побочных эффектов на прием ПТП по программе DOTS-PLUS со стороны систем организма, зарегистрированные у пациентов в период стационарного лечения по программе МЛУ/ТБ описаны в рисунке 1.

Нежелательные реакции со стороны ПТП были купированы у 75 (70,7%) пациентов. У остальных больных не удалось устранить те или иные развившиеся побочные эффекты. Общее число таких пациентов составило

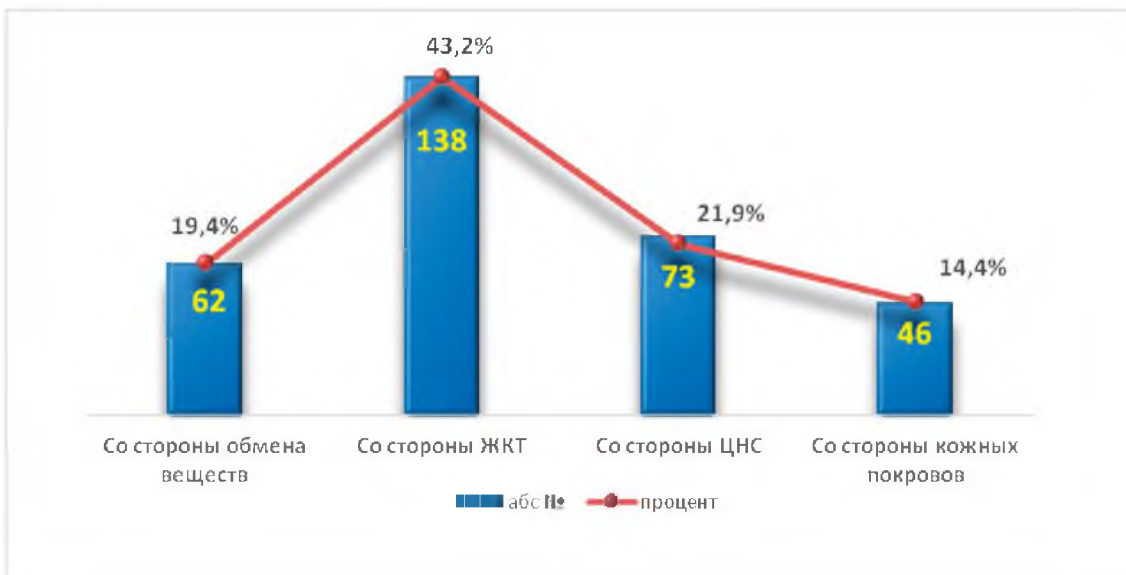


Рис. 1. Виды зарегистрированных побочных эффектов

31 (29,3%) человека, из них: со стороны ЖКТ — у 10 (32,2%) обследуемых; со стороны обмена веществ — у 14 (45,2%) пациентов; со стороны ЦНС — у 7 (22,6%) человек.

У больных с кожными проявлениями на прием ПТП побочные реакции были полностью устранены в результате назначения симптоматической терапии.

Как видно из рисунка № 3, при изучении частоты встречаемости побочных реакций на резервные препараты было установлено, что из 319 случаев наиболее часто побочные реакции (ПР) отмечаются на циклосерин и на протионамид по 18,1% соответственно, на пиразинамид — у 17% и этамбутол — у 11,8% больных. Реже ПР развиваются на левофлоксацин — у 8,3% и на ка-

преомицин: 6,3%. На ПАСК по 7,8%. Следует отметить, что частота встречаемости ПР на ПАСК и этамбутол несколько занижена вследствие избирательного назначения данных препаратов

. У 31 (29,2%) больного были отменены циклосерин, ПАСК, протионамид из-за неэффективности мероприятий по купированию ПР.

По нашим наблюдениям из 106 пациентов с ПР у 85 (80,2%) имелись различные фоновые заболевания. Согласно проведенному анализу отмечается снижение изученных нами сопутствующих патологий таких как: сахарный диабет 2 типа — 24,8% в 2017 году против 26,2% в 2016 году, хронические заболевания ЖКТ 6,4% в 2017 против 8,5% в 2016 году. ВИЧ-инфекция наблюдалась

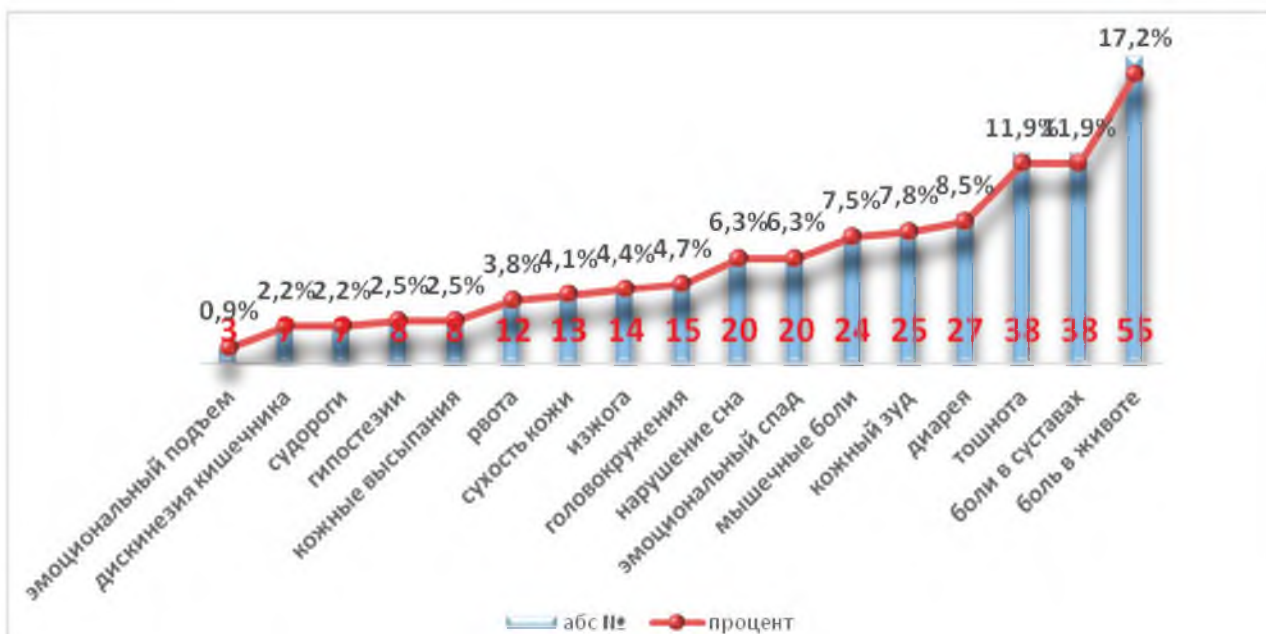


Рис. 2. Распределение зарегистрированных побочных эффектов

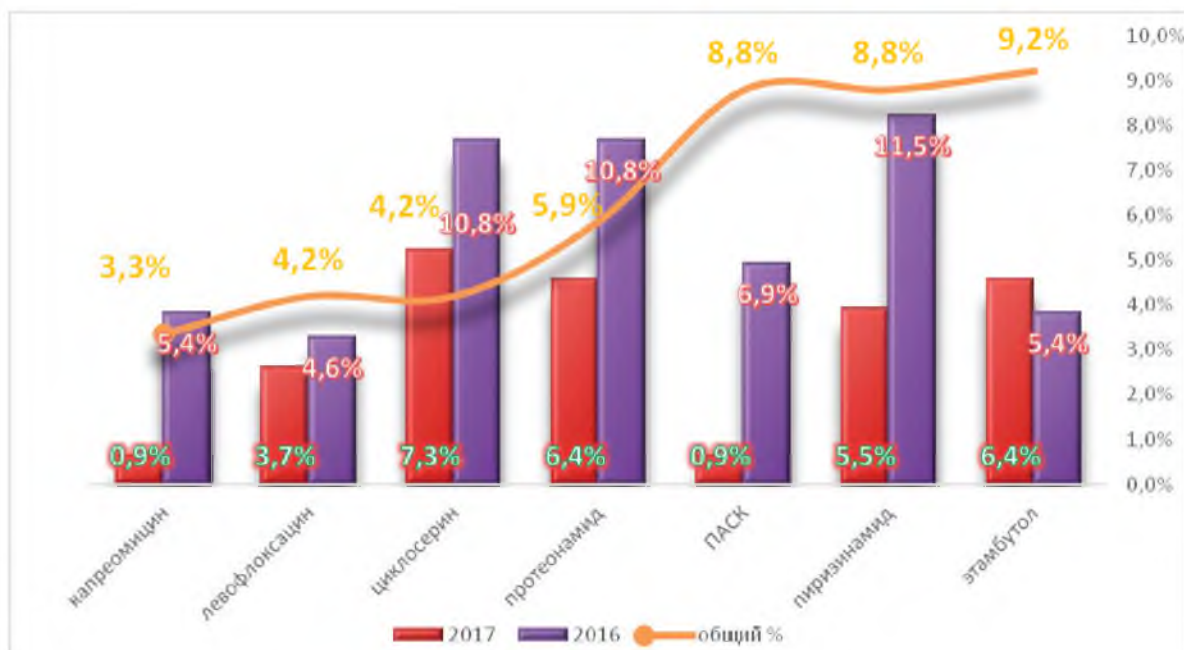


Рис. 3. Побочные эффекты препаратов

10,1% и 11,5% соответственно (Рисунок № 4). Больных с нарко- и алкогольной зависимостью в 2016 году было 7,7%, а в 2017 году такие пациенты не были госпитализированы. Уменьшение общего количества с всех, а также нарко- и алкогольной зависимостью не говорит об уменьшении данной категории больных в Узбекистане, это скорее связано с открытием и расширением отделений МЛУ ТБ в регионах, но для нас эти пациенты представляют интерес в связи с тем, что максимальный удельный вес ПР встречается именно у больных в сопутствующей патологией, что осложняет проведение основного курса химиотерапии у больных с МЛУ/ТБ легких. Частота и характер фоновых заболеваний представлен в рисунке № 4.

Для изучения эффективности лечения с МЛУ ТБ все больные были разделены на 2 группы: 1 группа это пациенты без ПР (n=133), вторая группа больные с ПР (n=106). Эффективность лечения определялась по срокам конверсии мазка мокроты, лабораторным и рентгенологическим исследованиям. Среди больных первой группы по-

ложительная динамика была выявлена у 112(84,2%), а во второй группе у 77(72,4%) больных. Прогрессирование туб. процесса было отмечено только у 1 (0,8%) больного, а во второй группе у 5(4,7%). Без динамики в первой группе 17(12,8%), а во второй 25(24,2%). У 2 (1,9%) пациентов второй группы, несмотря на проведенную комплексную терапию, процесс закончился летальным исходом.

Заключение. Таким образом, побочные эффекты противотуберкулезных препаратов могут существенно ухудшать качество жизни пациента и его самочувствие. Развитие побочных эффектов снижает у пациентов приверженность к лечению и повышает риск прекращения лечения, что является причиной длительного течения заболевания, низкой эффективности лечения.

Доказано, что фоновые заболевания, связанные с обменными процессами, а также хронические заболевания ЖКТ и ВИЧ-инфекция являются усугубляющими факторами развития ПР на противотуберкулезный препараты второго ряда.



Рис. 4. Вид и удельный вес сопутствующих и фоновых заболеваний

Литература:

1. Туберкулез. Найвгозина Н.Б, Филатов В.Б, Пунга В.В 2010 год.с 10, с 21.
2. Фтизиопульмонология.Мишин В.Ю.2008 год. с. 99.
3. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью: клиничко-эпидемиологические особенности. Маркелов Ю 2011 год с. 126
4. Доклад ВОЗ о борьбе с туберкулезом.2011 год.с 2
5. Multidrug resistant and extensively drug resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis. Gandhi N.R, Nunn P, Dheda K 2010.с.60, с. 68

Эффективность этапных операций при распространенном туберкулезе легких

Сабилов Шавкат Юсупович, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник;
 Нематов Одил Низомиддинович, младший научный сотрудник;
 Маюсупов Шокир Эргашевич, младший научный сотрудник;
 Рискиев Анвар Абдухакимович, младший научный сотрудник;
 Рахманов Шерзод Азимжонович, ординатор;
 Насритдинов Бобир Илхомжонович, ординатор;
 Эрмаков Элёр Фахриддинович, ординатор;
 Камолов Сохиб Рахимович, ординатор

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии
 Министерства здравоохранения Республики Узбекистан (г. Ташкент)

Внедрение в клиническую практику новых оперативных технологий и эффективных противотуберкулезных химиопрепаратов позволили расширить объем хирургической помощи для больных с распространенным туберкулезом легких [1, с. 45; 6, с. 21; 8, с. 233; 11, р.239]. В настоящее время основным видом хирургического вмешательства при туберкулезе легких являются резекционные вмешательства [2, с. 162; 4, с. 11; 7, с. 26]. Факторами развития рецидивов и послеоперационных осложнений после резекцией легких и пневмонэктомии является несоответствие между объемами полости гемиторакса и остающейся легочной ткани, чрезмерное растяжение паренхимы резецированного или единственного легкого. По данным различных исследователей, частота послеоперационных рецидивов может быть от 7% до 28% [4, с. 11; 7, с. 26; 10, р.75]. Вместе с тем у этого контингента больных расширение показаний к резекциям легких возможно при разработке эффективных и малотравматичных методов коррекции объема гемиторакса [3, с. 102; 5, с. 152; 9, р.187].

На основании анализа наших клинических, рентгенологических, бактериологических и функциональных данных у 157 больных с распространенным туберкулезом легких, установлены характерные особенности клинического течения заболевания. К ним относятся преобладание больных молодого возраста, продолжительные сроки легочного туберкулеза, высокая частота фиброзно-кавернозного (86,9%) и двустороннего (43,3%) процесса, мультирезистентного (84,6%) туберкулеза, частые сопутствующие заболевания (24,2%), нарушения легочной вентиляции, патология бронхов (41,4%), выраженные морфологические изменения на стороне основного пора-

жения и контрлатерального легкого, выраженной общей и бронхолегочной симптоматики, интоксикации организма, легочного кровотечения и рецидивирующего кровохарканья у — 24,8%, хронической эмпиемы плевры у — 11,5%. После предоперационной подготовки в течение 1,5–2 мес. позволил достигнуть относительную стабилизацию легочного туберкулеза 131 больных (83,4%).

По тактике хирургического лечения по поводу распространенного туберкулеза легких, больные разделены на 2 группы. У 62 больных основной группы произведены этапные операции. Контрольную группу составили 60 больных, которым была выполнена одноэтапная операция при распространенном процессе. Пульмонэктомия произведена у 103 больных, резекция легких и пульмонэктомия — у 5, трансстеральная окклюзия главного бронха и пульмонэктомия — 3, двусторонняя частичная резекция легких — у 5, резекция доли — 10, комбинированная резекция — у 20, торакопластика — у 6, торакопластика с резекцией легких у 5 больных. В основной группе на первом этапе учитывая двустороннее поражение легкого на первом этапе произведена частичная резекция контрлатерального легкого с последующей пульмонэктомией у 5 больных, двусторонняя частичная резекция легких — у 5, трансстеральная окклюзия главного бронха и пульмонэктомия у 3, пульмонэктомия у 58, комбинированная резекция — у 18, лобэктомия у 8. Во втором этапе произведена отсроченная видеоассистированная торакопластика, в том числе 3 реберная 6, 4 реберная — у 71, 5 реберная — у 15, 6 реберная — у 5. Видеоассистированная отсроченная торакопластика произведена через 14–97 суток ($32,4 \pm 7,8$) после основного этапа операции.