

в 6,9% — онколог, в 4,5% — ревматолог, в 1,8% — торакальный хирург, остальные — реже 1%. Наиболее частыми диагнозами при направлении были: туберкулез — 24,0%, саркоидоз — 20,8%, узловатая эритема — 10,1%, пневмония — 9,9%, острый бронхит — 6,6%, артриты — 4,1%, опухоль легких — 4,0%, внутригрудная лимфаденопатия неясного генеза — 3,9%, легочная диссеминация неясного генеза — 3,6%, лимфогранулематоз — 1,8% (менее 1% не приводим). 13,4% больных получили курс комплексной противотуберкулезной терапии. После первичного обследования диагнозы изменились: саркоидоз — 77%, туберкулез — 7%, опухоль легких — 3,2%, узловатая эритема — 2%, лимфома — 1,8%, острый бронхит — 1,1%. Среди окончательных диагнозов наиболее частыми были саркоидоз (95,4%), узловатая эритема (1,0%), опухоли легких (0,5%). Клинические диагнозы были следующими: саркоидоз, стадия 0 — 0,9%, стадия I — 34,1%, стадия II — 53,5%, стадия III — 5,9%, стадия IV — 1,0%, саркоидоз плевры — 0,1% (в 4,6% случаев саркоидоз был исключен). Синдром Лефгрена встретился в 20,5% случаев. Диагностический путь (от первичного обращения до окончательного диагноза) варьировал от 1 до 158 недель, составляя в среднем $6,9 \pm 0,3$ недели.

Гистологическая верификация диагноза была проведена 52,9% больным (32,8% — в онкологическом диспансере, в 14,8% — в многопрофильных больницах и в 5,4% случаев — в противотуберкулезном диспансере). Среди верифицированных случаев в 58,8% материал был получен при видеоторакоскопических операциях, в 16,5% — при проведении бронхоскопии, в 11,7% — при открытой биопсии легких, в 7,2% — при удалении периферического лимфатического узла, в 4,6% — при иссечении участка кожи, в 0,4% — при удалении увеличенной селезенки и в 0,2% — при аутопсии.

Выводы. Анализ диагностического процесса в данной когорте больных позволяет говорить о высокой эрудиции врачей разных специальностей, направлявших на кафедру пациентов с подозрением на саркоидоз, — в 95,4% случаев подозрение оправдалось. Локальный алгоритм оказания помощи этим больным в Республике Татарстан позволил провести всесторонние обследования. Однако сроки достижения окончательного диагноза сильно варьировали. Прделанная работа свидетельствует о необходимости оптимизации помощи этим пациентам на федеральном уровне для сокращения сроков установления окончательного диагноза.

Значение лечебного питания в повышении эффективности комплексной терапии туберкулеза у военнослужащих

В.В. Данцев¹, В.К. Гришин², Р.Д. Мучаидзе¹, Ю.Н. Шитов¹, В.В. Иванов¹

¹ Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург;

² Филиал № 2 ГВКГ им. Н.Н. Бурденко

Введение. Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом в нашей стране в последние годы остается неудовлетворительной, что делает поиск путей ее повышения одной из наиболее актуальных проблем современной фтизиатрии. В связи с продолжающимся ростом распространения лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза, по нашему мнению, перспективным направлением улучшения результатов лечения является совершенствование других составляющих комплексной терапии, в частности — лечебного питания.

Цель. Оценка влияния различных вариантов рациона питания на основные показатели эффективности лечения туберкулеза у военнослужащих.

Материалы и методы. Проанализирована адекватность различных норм лечебного питания потребностям больных туберкулезом военнослужащих.

Помимо энергетической ценности и химического состава рационов оценивались уровень энерготрат пациентов, их потребности в основных и эссенциальных нутриентах, фактическое потребление энергии и питательных веществ, статус питания и биохимические показатели в динамике, а также результаты лечения. Участники контрольной группы (52 человека) получали стандартную диету 11-т, назначавшуюся больным туберкулезом военнослужащим до января 2009 г., основной группы (64 человека) — усовершенствованный рацион питания. Все участники исследования получали от 4 до 6 противотуберкулезных препаратов основной и резервной групп с учетом лекарственной устойчивости возбудителя, патогенетическую терапию и физиотерапию, при необходимости — терапию по поводу сопутствующей патологии. Оценка значимости различия в независи-

мых и связанных выборках проводилась по t-критерию Стьюдента.

Результаты. До 2003 г. питание больных туберкулезом как в специализированных учреждениях МЗ РФ, так в военно-медицинских лечебных учреждениях осуществлялось по нормам 11-т с одинаковым химическим составом, энергетической ценностью 4200 ккал и идентичным набором продуктов. Приказами МЗ РФ от 5 августа 2003 г. № 330 и Минздравсоцразвития России от 26 апреля 2006 г. № 316 для больных активным туберкулезом, находящихся в лечебных учреждениях МЗ РФ, введена высокобелковая диета (т) энергетической ценностью 3600 ккал. В специализированных учреждениях МО РФ с января 2009 г. утверждена усовершенствованная норма энергетической ценностью 4600 ккал. Помимо существенного улучшения набора основных продуктов в ее состав введены смеси для энтерального питания, специальные продукты функционального назначения и пребиотики. Результаты сравнительных исследований норм питания, действовавших в военно-лечебных учреждениях до и после января 2009 г., показали, что усовершенствованная норма обеспечивает более разнообразное питание, лучшую насыщаемость после каждого приема пищи, способствует улучшению психоэмоционального состояния.

Фактическое потребление энергии и основных нутриентов с учетом поедаемости и потерь при кулинарной обработке у участников основной группы оказалось достоверно выше, чем контрольной: по энергетической ценности — 3497 ± 68 , против 3252 ± 46 ккал ($p < 0,05$); по содержанию белка — $138,9 \pm 3,1$, против $118,5 \pm 3,1$ г ($p < 0,05$); по содержанию жиров — $136,5 \pm 4,1$, против $120,3 \pm 4,7$ ($p < 0,05$). Увеличение массы тела в основной группе составило в среднем $4,72 \pm 0,82$, что достоверно выше, чем в контрольной группе — $2,25 \pm 0,51$ кг ($p < 0,05$). При этом

увеличение средних показателей массы тела за счет роста функционально активной тощей массы в основной группе произошло на 68,5%, а в контрольной — только на 28,5%, где прирост произошел на 71,5% за счет жировой составляющей. В отличие от контрольной, в основной группе отмечено достоверное увеличение по сравнению с фоновыми значениями содержания общего белка в сыворотке крови — $82,6 \pm 1,97$ против $73,5 \pm 2,53$ ($p < 0,05$), абсолютного содержания альбуминов — $60,6 \pm 1,52$ против $58,6 \pm 1,91$ ($p < 0,05$). По результатам 6 мес. лечения абациллирование в основной группе было достигнуто у 54 человек (84,4%), в контрольной — у 34 (65,3%), закрытие полостей распада — соответственно у 50 (78,1%) и 34 (65,3%) больных. Положительная рентгенологическая динамика достигнута у 60 (93,7%) пациентов основной и 47 (90,3%) контрольной группы. При наличии показаний после 6 мес. стационарного лечения больным выполнялись оперативные вмешательства, что позволило достичь абациллирования и закрытия полостей деструкции более чем в 95% случаев.

Обсуждение и выводы. Усовершенствованная норма питания для больных туберкулезом военнослужащих позволяет обеспечивать более разнообразное питание, учитывающее индивидуальные вкусовые привычки и пристрастия пациентов, что особенно важно в связи с их длительным нахождением в стационаре. Использование нового рациона оказывает благоприятное влияние на соматометрические характеристики и обмен веществ, способствует повышению показателей эффективности лечения туберкулеза у военнослужащих. Положительный опыт использования новой нормы продовольственного пайка для больных туберкулезом военнослужащих может быть применен для совершенствования лечебного питания в учреждениях МЗ РФ.

Взаимосвязь изменения бронхиальной проходимости, показателей вязкостного дыхательного сопротивления с темпами клинико-рентгенологической динамики туберкулезного процесса

Е.М. Жукова, В.А. Краснов, Л.Г. Вохминова

Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза

Введение. Общепринятые в клинической практике критерии динамики туберкулезного процесса основываются преимущественно на данных рентге-

нологического и микробиологического исследования. У значительной части больных, излеченных от туберкулеза, сохраняются обструктивные нарушения