

чины (57,5%) и 88 женщин (42,5%), средний возраст $42,3 \pm 1,1$ года, которые были распределены на 2 группы: I группа — с ХОБЛ, II группа — без ХОБЛ. В I группу вошло 74 (32,2%), во II — 156 (73,8%) больных. У всех больных оценивали состояние функции внешнего дыхания: форсированную жизненную емкость легких (ФЖЕЛ), объем форсированного выдоха за 1-ю секунду ($ОФВ_1$) в литрах и в процентах от должных величин, тест Тиффно ($ОФВ_1/ФЖЕЛ$). Статистическая обработка проведена с использованием пакетов программ Statistica 6.0 и Biostat: рассчитывали показатели описательной статистики, достоверность различий величин показателей в группах определяли с помощью критериев χ^2 , Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты. Распространенность ХОБЛ составила 321,7 случая на 1000 больных впервые выявленным туберкулезом. В I группе курящих было 66 человек (89,2%), стаж курения составил $23,1 \pm 2,3$ года, количество выкуриваемых сигарет — 14,7, индекс курения — 17,6. Во II группе курящие составили 67,7% (111 человек), стаж курения — $15,4 \pm 1,5$ года, количество выкуриваемых сигарет в сутки — 10,1, индекс курения — 12,8. В I группе среднее значение $ОФВ_1$ — $57,2 \pm 2,1$, ФЖЕЛ — $81,1 \pm 2,7$, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ — $57,9 \pm 1,4$, что подтверждало диагноз ХОБЛ. Во II группе $ОФВ_1$ — $73,9 \pm 2,0$, ФЖЕЛ — $76,4 \pm 2,2$, $ОФВ_1/ФЖЕЛ$ — $82,5 \pm 0,8$ ($p = 0,021$). Самой частой формой туберкулеза в обеих группах был инфильтративный туберкулез (86,5 и 65,2%), у пациентов с ХОБЛ чаще встречались распространенные процессы с деструкцией (83,2 против 67,4%; $p = 0,01$) и бактериовыделением (92,7 против 73,8%; $p = 0,02$), чаще выявляли лекарственную устой-

чивость МБТ. Результаты лечения больных в I группе были хуже, чем во II группе. Абациллированы были 60,4% больных в I и 69,7% — во II ($p = 0,182$) группе, полости распада закрылись у 58,2% больных в I и у 76,4% больных во II группе ($p = 0,011$). 35 (47,3%) пациентам I группы была назначена базисная терапия бронхолитиками (атровент). Результаты лечения этой подгруппы были выше, чем во 2-й подгруппе — абациллирование устанавливали на 20% чаще, закрытие полостей распада — на 16,7% чаще, чем у пациентов, не получавших ингаляционных бронхолитиков.

Обсуждение и выводы. Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о высокой распространенности ХОБЛ в популяции больных туберкулезом: ХОБЛ имела место у 32,2% больных с впервые выявленным туберкулезом, что составило 321,7 случая на 1000 больных туберкулезом. Высокий удельный вес распространенных форм с деструкцией и бактериовыделением, низкая эффективность противотуберкулезной терапии в группе больных с ХОБЛ объясняются исходным нарушением мукоцилиарного транспорта и снижением регенераторной функции легких. Большая частота встречаемости деструктивных форм и бактериовыделения, худшие результаты лечения дают право предположить, что ХОБЛ может служить как фоном для присоединения и активного развития туберкулезной инфекции, так и предиктором неблагоприятного течения и исхода заболевания. Внедрение стандартизированной терапии ХОБЛ в схемы лечения пациентов с сочетанной патологией будет способствовать повышению эффективности лечения данной категории больных.

Дифференцированный подход к подбору терапии сопровождения у больных туберкулезом

А.В. Мордык, О.Г. Иванова

Омская государственная медицинская академия

Введение. Помимо специфического воспаления в определенном органе, туберкулезу, как заболеванию целостного организма, сопутствуют разнообразные проявления дисрегуляции, такие как нарушения деятельности нервной системы, общей и иммунологической реактивности, адаптации, окислительный стресс, эндогенная интоксикация (Крыжановский Г.Н., 2004), что значительно затрудняет выздоровление, снижает переносимость и эффективность противотуберкулезной химиотерапии. Это делает необходимым комплексное обследование состояния различных систем

и проведение комплексной патогенетической терапии, направленной на нормализацию вовлеченных в патологический процесс систем и на связанные между собой звенья образовавшейся патологической системы. В связи с этим задачами нашего исследования стали оценка степени выраженности и классифицирование дисрегуляторных нарушений у впервые выявленных больных туберкулезом, выявление влияния дисрегуляторных нарушений на исходы туберкулезного процесса, обоснование дифференцированного подхода к коррекции дисрегуляторной патологии,

то есть подбору терапии сопровождения, при туберкулезе.

Материалы и методы. На 1-м этапе в проспективное исследование включено 265 больных с впервые выявленным инфильтративным туберкулезом. Обследование включало оценку состояния центральной (психического статуса, ЭЭГ) и вегетативной нервной системы (вариабельность сердечного ритма), общей, иммунологической реактивности, выраженности окислительного стресса (хемилюминесценция крови), уровня эндогенной интоксикации (определение в плазме крови, на эритроцитах, в моче уровня веществ низкой и средней молекулярной массы) и проводилось при поступлении в стационар, через 2,5 мес. химиотерапии. Эффективность лечения оценивалась по результатам 6 мес. и 1 года наблюдения. На 2-м этапе на выборке из 364 пациентов проведено когортное проспективное исследование по оценке эффективности выбора терапии сопровождения. Статистическая обработка результатов включала расчет корреляционных связей, факторный, кластерный и дисперсионный анализ. Полученные данные обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel (функция Автофильтр). Анализ проводился в модуле пакета программ Statistica 6.0. Критический уровень значимости при проверке гипотез принимался $p < 0,05$.

Результаты. В ходе исследования определены факторы, наиболее тесно связанные с исходом заболевания, на момент начала терапии: уровень эндогенной интоксикации ($r = -0,84$), окислительного стресса ($r = -0,83$), иммунологической ($r = 0,81$), общей реактивности ($r = 0,77$), уровень соматической ($r = -0,57$), психической тревоги ($r = 0,48$). Результаты кластерного анализа позволили разбить пациентов на 5 групп в зависимости от степени выраженности дисрегуляторных нарушений, что позволяло обосновать выбор средств терапии

сопровождения. Спустя 2 мес. химиотерапии отмечалось менее системное влияние отдельных параметров на исход туберкулеза, сохранялась связь уровня эндогенной интоксикации ($r = -0,87$), нарушенной реактивности ($r = 0,65$), высокого уровня психической тревоги ($r = -0,78$) с исходом. Спустя 5 мес. химиотерапии по результатам комплексного исследования с применением всех видов анализа отмечено, что сроки для подбора терапии сопровождения упущены.

Обсуждение и выводы. На основании результатов исследования, впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом оптимально разделить на 5 групп для дифференцированного подхода к выбору терапии сопровождения. Определяющими факторами являются распространенность процесса, количество и размеры полостей распада. Не требуется повторения комплексного обследования, которое проведено в данном исследовании. Врачу достаточно помимо распространенности процесса оценить выраженность интоксикационного синдрома (индекс сдвига лейкоцитов крови и лейкоцитарный индекс интоксикации), определить тип реактивности, основываясь на общем анализе крови, оценить уровень психической и соматической тревоги. Группа пациентов с ограниченными в пределах сегмента процессами без распада легочной ткани практически не нуждается в терапии сопровождения, достаточным является минимальный набор антиоксидантов и противотревожное средство. Следующие 3 группы пациентов нуждаются в проведении терапии сопровождения в виде сочетания дезинтоксикационных средств, иммуномодуляторов и анксиолитиков длительными курсами. Распространенный процесс с объемом поражения всего легкого и более с трудом поддается терапии, требует длительной дезинтоксикационной терапии, иммуномодулятором выбора является интерлейкин-2.

Состояние сердечно-сосудистой системы у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких и без

Н.Г. Нефедова¹, Л.Д. Кирюхина¹, Н.Г. Николаева¹, О.С. Володич¹,
М.В. Павлова¹, Л.И. Арчакова^{1,2}, Э.К. Зильбер¹, П.К. Яблонский^{1,2}

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии;

² Санкт-Петербургский государственный университет

Введение. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, обусловленные туберкулезом, включают функциональные нарушения, связанные

с туберкулезной интоксикацией, в ряде случаев — с развитием параспецифических миокардитов токсико-аллергической природы; специфическое пора-