

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-

жение сердца (встречается редко и не поддается достоверной клинической диагностике). Фиброзные изменения как исход туберкулезного процесса в легких являются важным звеном в патогенезе хронического легочного сердца (ХЛС). В результате замещения интерстициальной ткани легких соединительной происходит редукция сосудов малого круга кровообращения (МКК). Значительное уменьшение капиллярного русла приводит к повышению давления в легочной артерии (ЛА) и формированию ХЛС. Необходимо также обратить внимание на другую сторону туберкулезного процесса в легких — развитие обструктивной патологии воздушных путей. При туберкулезе легких легочная гипертензия (ЛГ) и ХЛС развиваются чаще у тех больных, у которых на фоне специфического процесса происходят неспецифические изменения в бронхах. Известно, что степень ЛГ у больных туберкулезом нарастает параллельно нарушениям функции внешнего дыхания. Ранняя инвалидизация и высокая смертность при развитии легочного сердца свидетельствуют о медицинской и социальной значимости проблемы.

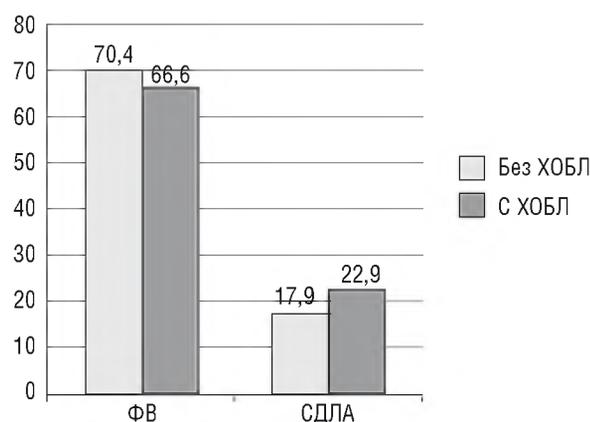
Цель. Выявление особенностей и характера нарушений внутрисердечной и центральной гемодинамики у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и без нее для оптимизации ранней диагностики и тактики предупреждения осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы.

Материалы и методы. Обследовано всего 33 пациента с фиброзно-кавернозным туберкулезом, из них 18 больных — без признаков ХОБЛ (средний возраст — 32,3 года, 95% ДИ 30,5–35,3), 15 — с ХОБЛ (38,8 года, 95% ДИ 34,5–43,1). Из обработки материала были исключены пациенты с наличием в анамнезе заболеваний сердца. Исследование сердечно-сосудистой системы проводилось методом ЭКГ и эхокардиографии. Для анализа использовали методы описательной статистики (Statistica 7.0).

Результаты. По данным ЭКГ, нарушения проведения в виде неполной блокады правой ножки пучка

Гиса отмечались у 33% пациентов в обеих группах, нагрузка на правое предсердие чаще встречалась у пациентов с ХОБЛ (44 и 53% соответственно). При исследовании эхокардиографии также были выявлены нарушения в виде увеличения правых отделов сердца более чем у трети больных с ХОБЛ (36%), увеличение левых камер сердца наблюдалось только у 9% пациентов, все были с ХОБЛ.

При сравнении данных у пациентов без признаков ХОБЛ и с ХОБЛ выявлена тенденция к снижению фракции выброса и нарастанию среднего давления в легочной артерии (см. рис.).



У 33% больных ФКТ в сочетании с ХОБЛ СДЛА было выше нормы, тогда как у больных без признаков ХОБЛ повышение СДЛА зафиксировано лишь у одного больного (5%).

Заключение. У больных ФКТ наличие ХОБЛ чаще приводит к развитию изменений правых камер сердца с формированием легочной гипертензии, что усугубляет течение основного процесса и требует правильного и своевременного комплексного анализа функциональных данных с целью назначения адекватного патогенетического лечения. Однако требуется дальнейшее более детальное изучение изменений гемодинамики при туберкулезе легких в сочетании с ХОБЛ.