ВЕСТНИК

АССОЦИАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

ВЫПУСК 20 (№3-4)



Ташкент 2022 год

ИССЛЕДОВАНИЕ TB-PRACTECAL

- Поиск более коротких и эффективных схем лечения для людей с лекарственно-устойчивым туберкулезом (ЛУ-ТБ)
- Изучение эффективности и побочных эффектов нескольких 6-месячных полностью пероральных схем лечения в сравнении со стандартным 9-24 месячным лечением, рекомендованным Всемирной организацией здравоохранения.



НАЧАЛО ИССЛЕДОВАНИЯ ЯНВАРЬ 2017

Критерии включения в исследование:
- Подтвержденная устойчивость к рифампицину
- Возраст старше 18 лет
- Согласие пациента на участие в исследовании
- Независимо от ВИЧ статуса

ЭТАП 1 ЯНВАРЬ 2017

240 пациентов, группы лечения

1. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид + Моксифлоксацин (BPaLM) в течение 6 месяцев → **НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ И БЕЗОПАСНАЯ (2 ЭТАП)**
2. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид + Клофазимин (BPaLC) в течение 6 месяцев
3. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид (BPaL) в течение 6 месяцев

→ **ТАКЖЕ ДОКАЗАНА ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ**

4. Стандартная схема лечения с включением инъекционных препаратов (СЛ) в течение 9-24 месяцев

ЭТАП 2 НОЯБРЬ 2020

301 пациент, группы лечения

1. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид + Моксифлоксацин (BPaLM) в течение 6 месяцев
2. Стандартная схема лечения с включением инъекционных препаратов (СЛ) в течение 9-24 месяцев

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

	ВЫЛЕЧЕННЫЕ ПАЦИЕНТЫ	ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ	НЕБЛАГОПРИЯТНЫЙ ИСХОД/СМЕРТЬ
1	89%	20%	0 случаев
2	52%	59%	2 случая

ОКОНЧАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЕКАБРЬ 2022

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

MEDECINS SANS FRONTIERES DOCTORS WITHOUT BORDERS

TB Practecal Innovating MDR-TB Treatment

Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстан

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент

Республиканская фтизиатрическая больница №2, г. Нукус

Больше информации на сайте:https://msf.org.uk/tb-practecal-ozbek

ВЕСТНИК

АССОЦИАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГОВ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

ВЫПУСК 20 (№3-4)
2022 год

Ежегодный научно-практический журнал
издается с 1996 г.

Журнал зарегистрирован в
Государственном комитете печати
Республики Узбекистан 20 мая 1996 г.
(регистрационное свидетельство №48),
перерегистрирован 5 декабря 2003 г.
(удостоверение №135)
ISSN 2181-4988

Редакционная коллегия
Главный редактор
А.М. Убайдуллаев
И.В. Ливерко
(зам. главного редактора)
Э.А.Абдуганиева
(ответственный секретарь)
Д.З. Мухтаров
Ф.К. Ташпулатова
Н.В. Гафнер

Редакционный совет
*Н.Н. Парпиева (*Ташкент)
Г.А. Вахидова (Ташкент)
М.Т. Рустамова (Ташкент)
*Н.Н.Убайдуллаева (*Ташкент)
Н.Н. Бримкулов (Бишкек)
Р.А. Бакенова (Астана)
О.И. Бобоходжаев (Душанбе)

Журнал включен в перечень рецензируемых научных изданий,
рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан
для публикации основных научных результатов диссертаций
по медицинским наукам доктора философии и доктора медицинских наук

ВЕСТНИК
АССОЦИАЦИИ ПУЛЬМОНОЛОГОВ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ
выпуск 20 (№3-4) 2022

Редакторы:
Н.Н. Парпиева, И.В. Ливерко
Компьютерная верстка *Р.Р. Усманова*
Корректоры *Ш.Ш. Массавиров, Н.В. Гафнер*

Журнал зарегистрирован в Государственном комитете печати
Республики Узбекистан 5 декабря 2003 г.
(удостоверение №135)

Все права защищены.
Перепечатка материала возможно только с разрешения редакции.
Мнение редакционной коллегии может не совпадать с мнением автора.
Ответственность за достоверность результатов и содержание рекламных материалов
несут авторы и рекламодатели.

Сдано в набор 15.10. 2022 | Подписано в печать 05.10.2022 | Формат 60x84$^{1/8}$ | Цена свободная
Печать ризографическая | Тираж 100 экз | заказ 35

ОГЛАВЛЕНИЕ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА	13
ПРИВЕТСТВИЕ ДИРЕКТОРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ	14
Парпиева Н.Н., Содиқов А.С., Хакимов М.А. Ш.А.АЛИМОВ ЎЗБЕКИСТОН ФТИЗИАТРИЯ МАКТАБИНИНГ АСОСЧИСИ	15
Убайдуллаев А.М., Пятаева Э.В. ПАМЯТИ АКАДЕМИКА АКАДЕМИИ НАУК РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН АЛИМОВА ШАКИР АЛИМОВИЧА	17
I. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ	
Аслонов Ф.И., Усмонов И.Х. МЕДИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	23
Богородская Е.М., Белиловский Е.М., Безуглая С.Ю., Оганезова Г.С., Шамуратова Л.Ф. РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В МЕГАПОЛИСЕ	24
Громов А.В., Стерликов С.А. ПЯТИЛЕТНИЙ РИСК ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ	26
Джурабаева М.Х., Парпиева Н.Н., Анварова Е.В., Бабаматова Х.У. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ	27
Мухтеремова В.Н., Шарапова Г.Ш. ОБЗОР ДАННЫХ ПО ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЕЁ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ	28
Xakimov M.A., Parpieva N.N., Muxtarov D.Z., Abduraxmanov D.K O‘ZBEKISTONDA FTIZIOUROLOGIYA XIZMATINING RIVOJLANISH DAVRLARI	29
II. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ	
Обилов А.Ў., Бектошев С.Ў., Тошев Б.А. ҚАШҚАДАРЁ ВИЛОЯТИДА ТУБЕРКУЛЕЗ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ, ЭЪТИБОРЛИ ЖИҲАТЛАРИ	32
Польшикова Н.А., Коломиец В.М., Павленко Е.П. СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕГИОНЕ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ	33
III. ЛАТЕНТНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ	
Галиулин Т.И., Парпиева Н.Н. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	35

Ташпулатова Ф.К, Мухтеремова В.Н., Шарапова Г.Ш., Рахимов Д.Б.
ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНО ТЕКУЩЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 36

IV. ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Бекембаева Г.С.
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ИСТОЧНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ 38

Дадаходжаева Л.С., Содиков А.С., Хакимов М.А.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ 39

Зайиров М.Х., Газиев З.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ 40

Комиссарова О.Г., Шорохова В.А., Андреевская С.Н., Абдуллаев Р.Ю.
ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗНЫМИ РЕЖИМАМИ ХИМИОТЕРАПИИ 41

Муаззамов Б.Р., Хикматов Ш.Р.
ТУБЕРКУЛЁЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ ХУСУСИДА 43

Nikonenko B.V., Logunova N.N., Sterzhanova N.V., Svetlana I. Kayukova S.I.
ANTI-TUBERCULOSIS VACCINATION EFFICACY DEPENDING ON HOST GENETICS. EXPERIMENTAL STUDY 44

Павленко Е.П., Коломиец В.М., Польшикова Н.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕУДАЧ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ РАЗВИТИИ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ 45

Xakimov A.A., Xalim-zoda L.M., Muxamedov K.S., Xodjayeva M.I., Massavirov Sh.Sh., Qayumova S.S., Ongarbayev D.O., Mamatov L.B., Ergasheva G.M.
TUBEKRULYOZ KASALLIGINI O'Z VAQTIDA ANIQLASHDA PROFILAKTIK TIBBIY KO'RIKLARNING AHAMIYATI 46

V. ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ И ФАРМАКОНАДЗОР

Абулкасимов С.П., Парпиева Н.Н., Пулатов Ж.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ НОВЫХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ 48

Aleksa A, Dziamidzik S., Wolf S., Tsiunchyk A., Shejfer Y.
ADVERSE EFFECTS OF CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS WITH ALCOHOL ABUSE AND WITHOUT ONE 49

Губкина М.Ф., Хохлова Ю.Ю., Юхименко Н.В., Петракова И.Ю., Стерликова С.С.
ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕДАКВИЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ У РЕБЕНКА 50

Демидик С.Н., Алексо Е.Н., Санукевич А.В.
ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН 51

Захаров А.В., Тихонов А.М., Комиссарова О.Г., Романов В.В., Эргешов А.Э.
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ С ШЛУ ВОЗБУДИТЕЛЯ 52

Мухтеремова В.Н., Рахимов Д.Б.
ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ РЕЗЕРВНОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ 53

Хакимов М.А., Ташпулатова Ф.К., Абдусаломова М.И., Дадаходжаева Л.С.
ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ 55

VI. ВНЕЛЕГОЧНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗ

Алимов А.Р., Хакимов М.А.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК 56

Вишневский А.А., Наумов Д.Г., Карпушин А.А.
К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ 57

Карпушин А.А., Вишневский А.А., Наумов Д.Г.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ИЗ КОМБИНИРОВАННЫХ ПЕРЕДНЕ-БОКОВЫХ И ЗАДНЕ-ПЕРЕДНЕГО ДОСТУПАХ 59

Махмудова З.П.
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ СПОНДИЛИТА 60

Махмудова З.П.
ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПУНКЦИОННЫХ-ТРЕПАНАЦИОННЫХ БИОПСИЙ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА 61

Махмудова З.П.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ СПОНДИЛИТА 62

Мўминова З.А.
ЛИМФАДЕНОПАТИЯЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР 62

Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х.
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА 64

Назиров П.Х., Тўйчиев Н.Н.
ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА 65

Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х., Туйчиев Н.Н., Бабаев А.С., Махмудова З.П., Анисимова Т.П., Газиев З.А.
РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ КОКСИТЕ 66

Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА В ВИДЕ ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА 68

Рахматов М.М., Алимов С.В., Усмонова Ш.Ш.
УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 69

Сердобинцев М.С., Виноградова Т.И., Баранов А.В., Лаврова А.И., Дьякова М.Е., Эсмедляева Д.С., Блюм Н.М., Догонадзе М.З., Кафтырев А.С., Заболотных Н.В., Баулин И.А., Полякова В.О., Яблонский П.К.
ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОРЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ФОНЕ ВЛИЯНИЯ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ ЭЛЕКТРЕТА В ЛЕЧЕНИИ МОДЕЛИРОВАННОГО КОСТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА 70

Туйчиев Н.Н., Назиров П.Х.
УМУРТҚА СИЛИДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТИЗИМИДАГИ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ 71

Усмонов И.Х., Бозоров Ш.И.
ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО ЭКСТРАПЕРИТОНИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ПОЯСНИЧНОГО И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА 72

Хакимова Р.А., Абдуманапова Р.К., Юсупов Н.О.
ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ 73

Хакимов М.А., Абдурахманов Д.К., Исматов Б.Н., Набиев С.Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК 73

Хакимов М.А., Мухтаров Д.З., Абдурахманов Д.К., Исматов Б.Н.
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ 75

Xakimov M.A., Abduraxmanov D.K., Muxtarov D.Z., Sobirov Sh.Yu.
AYOLLAR JINSIY ORGANLARI TUBERKULYOZINI ANIQLAShDA NURLI DIAGNOSTIKANING AHAMIYATI 76

VII. ХИРУРГИЯ ЛЕГОЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Абдукаримов М.У., Усмонов И.Х.
ДЕСТРУКТИВ ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ 78

Бабаджанова Н.А., Туйев Ш.Э., Исломова О.Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАТС ОТСРОЧЕННОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСТПНЕВМОНЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ 79

Маюсупов Ш.Э., Сабиров Ш.Ю., Эрмаков Э.Ф., Насритдинов Б.И., Камалов С.Р., Каххаров С.А.
УСТРАНЕНИЕ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПУТЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 80

Насритдинов Б.И., Маюсупов Ш. Э., Собиров Ш.Ю., Эрмаков Э.Ф., Камалов С.Р.
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 81

Обилов А.У., Шарипов А.Б., Равшанов М.Х., Жовлиев В.С.
ЎПКА ТУБЕРКУЛОМАСИ БУ-ОРГАНИЗМДАГИ “МИНА” 82

Холбоев Э.Н., Абулкасимов С.П., Абдукаримов М.У.
ЗНАЧИМОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ИЗЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ 83

Эрмаков Э.Ф., Маюсупов Ш.Э., Собиров Ш.Ю., Насритдинов Б.И., Камалов С.Р., Каххаров С.А.
РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОНОГО ДЕСТРУКТИВНИОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ 84

VIII. ТУБЕРКУЛЕЗ И КОМОРБИДНОСТЬ

Абдуллаев Р.Ю., Комиссарова О.Г., Коняева О.О., Романов В.В.
ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И СИСТЕМ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 86

Аладова Л.Ю., Шукуров Б.В., Магзумов Х.Б., Бегматов Б.Х., Бабаджанова Ф.У., Касымова М.Б., Раимкулова Д.Ф., Эргашев Б.М.
ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С И ВИЧ 87

Афанасьев Е.И., Савинцева Е.В.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2011–2021 ГГ 88

Демидик С.Н., Алексо Е.Н., Вольф С.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РУ-ТБ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 89

Каюкова С.И., Улюмджиева В.А., Карпина Н.Л.
ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ 90

Курмаева Т.В., Каюкова С.И.
КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ 91

Кучкарова М.Ф., Батырова Б.Т., Орипов Ш.Ю., Хасанов А.А.
ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА 92

Массавиров Ш.Ш., Ходжаева М.И., Абдугаппаров Ф.Б., Онгарбаев Д.О.
ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ 93

Массавиров Ш.Ш., Парпиева Н.Н., Абдугаппаров Ф.Б., Джурабаева М.Х.
ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА ЎПКА ТУБЕРКУЛЕЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА МИКОЗНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ (ТАВСИФИ) 94

Саипова Н.С., Парпиева Н.Н.
КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 95

Хакимов А.А., Мухамедов К.С., Ходжаева М.И., Каюмова С.С., Онгарбаев Д.О., Маматов Л.Б., Эргашова Г.М., Абдугаппаров Ф.Б., Халим-зода Л.М.
ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ 96

Хакимова Р.А., Насритдинов Ф.Э., Хакимов Н.С., Султанов Г.И.
ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ 97

Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Хожиев М.М.
ТЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 98

Khodjaeva M.I., Mukhamedov K.S., Massavirov Sh.Sh., Kayumova S.S., Mamatov L.B., Ergashova G.M., Ongarbayev D.O., Khakimov A.A., Abdugapparov F.B.
EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV – INFECTED PATIENTS 99

Ярмухамедова Н.А., Якубова Н.С., Джураева К.С.
КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА С ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ 100

IX. ЛУЧЕВАЯ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Абдурахманов Д.К., Хакимов М.А., Исматов Б.Н., Алимов А.Р.
ЗНАЧИМОСТЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧЕК 102

Анварова Е.В., Джурабаева М.Х., Парпиева Н.Н.
ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ 103

Маматова Ш.Р., Исматова К.А.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ МИКРООРГАНИЗМОВ МЕТОДОМ ГАЗО-ХРОМАТО-МАС-СПЕКТРОМЕТРИЕЙ 104

Махкамов У.У., Рискиев А.А.
ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА 105

Юлдашев М.А., Парпиева Н.Н., Зуфарова Ш.А.
РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОК С НЕУДАЧНЫМИ ИСХОДАМИ ВРТ 106

X. ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ

Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Ахатов И.М.
ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ 108

Abduganieva E.A., Liverko I.V., Gafner N.V.
MTR GENINING ASP919GLY (A/G) POLIMORFIZMI SURUNKALI OBSTRUKTIV O'PKA KASALLIGI BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA TROMBOFILIK HOLATLAR RIVOJLANISH OMILI 109

Ахмедов Ш.М., Ливерко И.В., Келдиёров Б.Ш., Матрзаева Ш.Г.
ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 109

Ахмедов Ш.М., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.
ОЦЕНКА НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 110

Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Пулатова Н.И., Абдусаматова Д.З., Арипджанова Ш.С.
ВЛИЯНИЕ ХОБЛ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ 111

Ражабов Х.С., Ливерко И.В.
СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА И ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ И ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 112

Ражабов Х.С., Ахмедов Ш.М., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.
ЧРЕЗМЕРНАЯ ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ - ПРЕДИКТОР ПСИХО-СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 113

Ташметова Г.Т., Мамбетниязов К.С.
УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 114

Ташметова Г.Т.
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ 115

Фаттахова Ю.Э.
ГИПОВИТАМИНОЗ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 116

Фаттахова Ю.Э., Ливерко И.В.
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 117

Фаттахова Ю.Э., Ливерко И.В.
ЧАСТОТА ГИПОМАГНИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ 118

Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Арипова Ш.Х.
ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ 119

Якубов А.В., Мусаева Л.Ж., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б., Сайфиева Н.Х., Абдумажидова Н.Х.
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МУКОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ КОРНЯ СОЛОДКИ И ПУЛЬМОСТИМА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ 120

XI. БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА

Азизова Н. Д., Туракулова Х.Э., Шамсиев Ф. М.
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ 122

Азизова Н.Д., Зокиров Б.К., Шамсиев Ф.М.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ 123

Арипов Б.С., Абдуллаев А.Х., Муминов Д.К.
СВОБОДНЫЕ КОМБИНАЦИИ БУДЕСОНИДА И ФОРМОТЕРОЛА В ТЕРАПИИИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ 124

Каримова Н.И., Урумбоева З.О.
ИММУННО-ВЕГЕТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ И АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ 125

Мамбетниязов К.С.
БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА ҚОН ЗАРДОБИДА КОРТИЗОЛ КОНЦЕНТРАЦИЯСИНИ ТАҲЛИЛИ 126

Саидова Ш.А., Якубов А.А., Зуфаров П.С., Пулатова Д.Б., Пулатова Н.И., Мусаева Л.Ж.
НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 127

XII. ПНЕВМОНИИ

Каримжонов И.А., Файзиева Ў.Р.
ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНИНГ КЕЧИШИДА ПРЕМОРБИД ВА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАРНИНГ ТАЪСИРИ 128

Налибаева Р., Ливерко И.В.
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: РИСКИ И ПРОГНОЗЫ ПО ПНЕВМОКОКОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ 129

Охунов А.О., Бобокулова Ш.А., Атаков С.С.
ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 130

Турдиева Д.Э.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ 131

Шамсиев Ф.М., Таджиханова Д.П., Шамсиева Л.А., Зайнобитдинова С.Н.
РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ 132

XIII. НОВАЯ КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19

Абдурасулова Ш.Б.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТКИ, МАТОЧНЫХ ТРУБ И ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ, УМЕРШИХ ОТ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 133

Бабоев А.С., Назиров П.Х.
АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19 134

Бекембаева Г.С.
СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ - ТУБЕРКУЛЕЗ И COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ 135

Горбач Л.А., Аджаблаева Д.Н.
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ИЗ ОЧАГОВ КОРОНАВИРУСНОЙ И ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ 136

Ибадуллаева Н.С., Кан Н.Г., Хикматуллаева А.С.
ХЕМОКИН CXCL10/IP-10 - КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19 137

Касаева Л.Т., Юлдашева Ш.М., Әбілдаева М.С.
ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19 138

Ливерко И.В., Мухсинов Ф.М., Ниязова Ф.Н., Ахмедов Ш.М., Гафнер Н.В.
ПАНДЕМИЯ COVID-19: ВЫЗОВЫ, ФАКТЫ И РИСКИ РАЗВИТИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ 139

Парпиева Н.Н., Рашидов З.Р., Алиджанов С.К.
ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СТРУКТУРУ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА 141

Султанова М.Х., Тожиддинов Х.С.
ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 142

Тилляшайхова И.М., Парпиева Н.Н., Рахимова Г.Н.
РИСКИ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ COVID-19, АССОЦИИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ 143

Усманова Р.Р., Парпиева Н.Н., Ливерко И.В., Бутабеков И.И., Коходзе Р.Р., Долгушева Ю.В., Мухамедова М.Д., Юлдашев Ш.С., Сафаев Х.А.
ТУБЕРКУЛЕЗ И COVID-19 В УЗБЕКИСТАНЕ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ 144

Хакимова Р.А., Садыкходжаев С.Ш., Абдукадирова Г.
ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ 145

Шепелькова Г.С., Рамазанова З.У., Косякова В.К., Черных Н.А., Садовникова С.С., Туровцева Ю.В., Еремеев В.В.
ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА К SARS-COV-2 146

Шепелькова Г.С., Березовский Ю.С., Евстифеев В.В., Тарасов Р.В., Грецов Е.М., Багиров М.А., Еремеев В.В.
COVID-19 КАК РИСК ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА 147

Элтазарова Г.Ш., Кенжаева Д.А.
COVID-19 И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ 148

XIV. АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ

Мухсинов Ф.М., Ливерко И.В.
ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ И БИОМАРКЕРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ 149

Налибаева Р., Ливерко И.В., Мухсинов Ф.М., Ниязова Ф.Н.
ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА И СПЕКТРА УСТОЙЧИВОСТИ ШТАММОВ РЕСПИРАТОРНЫХ ПАТОГЕНОВ 150

Ниязова Ф.Н., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.
ВЫЗОВЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ РИСКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ 151

Ниязова Ф.Н., Ливерко И.В.
МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ 152

XV. МЕНЕДЖМЕНТ ВО ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И КОМПЛАЕНС

Арипов Б.С.
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СВЕТЕ ПОСЛЕДНИХ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ 154

Muxamedov X.X.
TUBERKULYOZ KASALLIGINI VIDEO NAZORAT OSTIDA DAVONI NAVOIY VILOYATIDA QO'LLASH TAJRIBASI 155

Мухамедов Х.Х., Парпиева Н.Н., Ливерко И.В., Джурабаева М.Х.
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ ВИДЕО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 156

Парпиева Н., Холикулов Б., Трубников А., Бабамурадов Б., Рашидов О.
ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ВИДЕОСОПРОВОЖДАЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ (*в рамках мероприятий Проекта USAID по ликвидации ТБ в Центральной Азии)* 157

Парпиева Н., Трубников А., Холикулов Б., Абулкасимов С., Юсупов Н., Бабамурадов Б., Телнов О.
ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ОТПРАВКИ СООБЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ПО РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПЕРИОД 2018-2021 гг 159

Парпиева Н.Н., Ливерко И.В., Бутабеков И.И., Усманова Р.Р., Коходзе Р.Р., Долгушева Ю.В., Мирзабаев С.И.
ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ TB-PRACTECAL В ТАШКЕНТЕ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ 160

Parpieva N.N., Uteshev M.S.
SURVEY TO ASSESS THE NEEDS AND REQUIREMENTS OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS OF A MEDICAL NATURE 161

Разикова И.С., Аликулова Д.Я., Авезова Г.С.
БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА АСТМАНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ ТЕСТИНИ (ACQ) ЎТКАЗИШНИНГ АҲАМИЯТИ 162

Салиходжаева Р.К., Аликулова Д.Я., Авезова Г.С.
БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА “ЎЗ - ЎЗИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ КУНДАЛИГИ”НИ ЮРИТИШ САМАРАДОРЛИГИ 163

Ташметов Х.М., Убайдуллаева Н.Н.
ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЫХ 164

Файзиева Ў.Р., Сайфиддинова М.С.
МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ 165

XVI. РАЗНОЕ

Джуманазаров Т.М., Тупицын Н.Н., Кононец П.В. Юсупбеков А.А.
РОЛЬ КОСТНОГО МОЗГА КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО 167

Исматова К.А., Маматова Ш.Р.
ТИМПАНОСКЛЕРОЗ У ВЗРОСЛЫХ. ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ 168

Музаффарова М.Х., Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш.
НАРУШЕНИЕ ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗА В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ 169

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ СТАТЕЙ 170

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА

Уважаемые коллеги!



Проблемы охраны и укрепления здоровья населения Узбекистана, совершенствования медицинской помощи, рассматриваются в общем контексте государственной политики и национальной безопасности Узбекистана.

За годы независимости в Республике принято и реализовано несколько государственных программ по реформированию и совершенствованию сектора здравоохранения. Основным приоритетом осуществляемых реформ в области здравоохранения является обеспечение доступа к медицинским услугам, а также перемещение акцента с преодоления бремени болезней на профилактику заболеваний. И особое внимание в данном контексте уделяется новому этапу реформирования специализированной фтизиатрической и пульмонологической служб, которые имеют стройную многоуровневую систему оказания помощи населению, и, в которую вовлечены врачи общей практики и смежные специалисты.

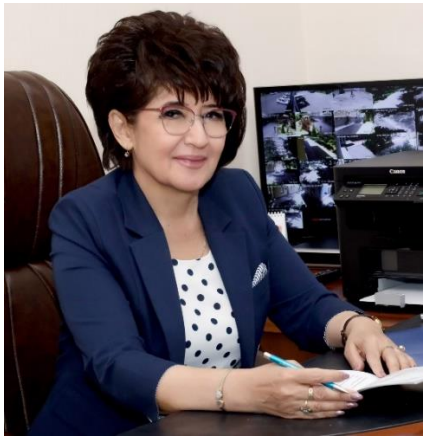
И сегодня, Международная научно-практическая конференция «Фундамент отечественной фтизиатрии истоки и перспективы инноваций в профилактике, диагностике и лечении», посвященная 100-летию формирования фтизиатрической службы Узбекистана, 110-летию основоположника фтизиатрической науки Узбекистана Шакир Алимовича Алимова и 90-летию научно-практической деятельности центра фтизиатрии и пульмонологии, является символом связи эпох и поколений, венцом инноваций и лучших мировых практик.

Представленные для печати научные резюме являются результатами практически значимых направлений междисциплинарного прикладного вектора, аккумулирующего знания о факторах риска социально-значимых заболеваний и имеющего своей целью разработку научно обоснованных подходов к их первичной профилактике, созданию стандартов, клинических рекомендаций и протоколов ведения больных с сочетанной патологией, совершенствованию технологий малоинвазивных и органосохраняющих хирургических вмешательств.

Несомненно, что Международная научно-практическая юбилейная конференция, проводимая в нашей стране, не только свидетельствует о престиже школы узбекских ученых, но является и стимулом для достижения уровня международных стандартов в оказании специализированной медицинской помощи населению и импульсом для развития отечественной медицинской науки.

Желаю всем участникам научно-практической юбилейной конференции плодотворной работы, повышения профессионального уровня, укрепления связей и контактов между учеными и специалистами разных стран.

Главный редактор
Академик А.М. Убайдуллаев



ПРИВЕТСТВИЕ ДИРЕКТОРА РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ

Уважаемые гости, друзья и участники,
Хуш келибсиз! Добро пожаловать! Wellcome!

Разрешите приветствовать всех Вас в столице Узбекистана с многовековой историей – в г. Ташкенте.

Международная научно-практическая конференция «Фундамент отечественной фтизиатрии истоки и перспективы инноваций в профилактике, диагностике и лечении» является одним из важнейших событий в календаре медицинских мероприятий текущего года, объединившая три исторически значимые даты – 110-летие основоположника фтизиатрической науки Узбекистана Ш.А. Алимова, 100-летие создания фтизиатрической службы Республики и 90-летие научно-практической деятельности Республиканского специализированного научно-практического медицинского Центра фтизиатрии и пульмонологии.

Успешность реализации всех противотуберкулезных мероприятий в стране определяется высокой политической приверженностью и проводимыми созидательными реформами системы здравоохранения в интересах человека и обеспечения доступности качественной медицинской помощи каждому гражданину Узбекистана.

Данная Международная научно-практическая конференция, собравшая лучших представителей школ отечественной и зарубежной фтизиатрии и респираторной медицины, – это уникальная возможность обзора этапов становления фтизиатрической службы Узбекистана, а также площадка для обмена опытом и мнениями о важнейших достижениях науки и практики в области фтизиатрии и респираторной медицины.

Здоровье людей – бесценный дар природы, залог благополучия нынешнего и грядущих поколений. Наш долг – всемерно укреплять и сохранять здоровье каждого жителя планеты, - надеемся, что результаты плодотворной работы в рамках сессионных заседаний, симпозиумов и школ, обмен опытом и встречи с международными экспертами облегчит нам решение многих задач, определит перспективы нашего развития на ближайшие годы.

Желаю Всем участникам мероприятия творческих успехов и достижения поставленных целей, успешной, интересной и плодотворной работы, продуктивных дискуссий и эффективных решений.

Мы работаем на благо всех людей, наш труд требует ответственности и полной самоотдачи. Желаю новых свершений в Вашем благородном труде!

Директор
РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии,
Лауреат Государственной премии Республики Узбекистана
д.м.н., профессор Н.Н. Парпиева

Ш.А.АЛИМОВ ЎЗБЕКИСТОН ФТИЗИАТРИЯ МАКТАБИНИНГ АСОСЧИСИ

Парпиева Н.Н., Содиқов А.С., Хакимов М.А.
Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пулмонология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент, Ўзбекистон

Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пулмонология илмий амалий тиббиёт марказининг 90 йиллик юбилейини нишонлаш арафасида, шу марказда бутун ҳаётини туберкулёзга қарши курашга бағишлаган академик Ш.А.Алимов номини, олимнинг 110 йиллик юбилейи арафасида эслаш жуда муҳимдир.

Шокир Алимович Алимов 28 сентябр 1912 йилда Тошкент шаҳрида тадбиркор оиласида туғилган. 1928 йил Ш.А.Алимов мактабни битиргач Бекобод туманида ўқитувчи бўлиб ишлади ва Республикада саводсизликни тугатишда фаол қатнашди.

1930 йилда Ш.А.Алимов Самарқанд тиббиёт институти даволаш факультетининг талабаси бўлиб, бир вақтнинг ўзида у туберкулёзга қарши диспансерда тиббий биродар бўлиб ишлади. 1935 йилда ўқишни тугатиши билан Ўзбек туберкулёз илмий текшириш институтига клиник ординаторликка ишга қабул қилинди.

Ш.А.Алимовнинг устози – Ўзбекистонда биринчи туберкулёзга қарши диспансернинг асосчиси В.П.Серебренников, уни туберкулёз бўйича мустақил ишлашга тавсия этади ва 1938 йилда Тошкент шаҳридаги туберкулёзга қарши диспансерга бош шифокор сифатида ишлашга тавсия этади. Бир йилдан сўнг Ш.А.Алимовни Шоҳимардондаги туберкулёзга қарши санаторийга бош шифокор қилиб тайинлашади. У ерда ёш олим юқори тоғ шароитида туберкулёз беморларни даволаш самараси ҳақида маълумотлар йиғади ва биринчи илмий мақола ёзади.

Иккинчи жаҳон уруши бошланган йиллари Ш.А.Алимов санаторийдаги ишларидан ташқари, бошқа тиббий госпиталларда ярадаор бўлган беморлар ичида туберкулёз бўлган беморларни ажратиб олиб, уларни даволаш шароитларини яхшилаш бўйича чора-тадбирларни ташкил этади. Иккинчи жаҳон уруши даврида тиббий фанлар бўйича ишлари ва амалий ёрдами учун 1946 йилда Ш.А.Алимов “За доблестный труд в Великой Отечественной войне” кўкрак нишони билан тақдирланди.

1946 йилда Москва туберкулёз институтининг йирик олими Л.М. Моделнинг маслаҳати бўйича Шоҳимардон туберкулёзга қарши санаторийсидаги беморларни даволаш самаралари тўғрисидаги маълумотларни йиғиб, тиббиёт фанлари номзодлиги бўйича диссертация ишини ҳимоя қилади. Ўша йилларда Ўзбек туберкулёз илмий текшириш институтида ассисент бўлиб ишлайди. 1947 йилда Туберкулёз марказий институтига докторантурага қабул қилинади. Икки йилдан сўнг илмий-тадқиқот ишлари самарали олиб борганлиги учун “Соғлиқни сақлаш аълочиси” нишони билан тақдирланади.

Мамлакатимизнинг кўзга кўринган йирик олимлари М.А.Клебанов ва А.Е.Рабухинларнинг раҳбарлигида “Ўзбекистонда туберкулёзнинг ўлкага оид эпидемиологияси ва патологияси материаллари” мавзуси бўйича докторлик диссертациясини муваффақият билан ҳимоя қилади. Бу фундаментал меҳнат Ўзбекистоннинг шаҳар ва қишлоқлари шароитида туберкулёзнинг ўлкага оид эпидемиологияси ва патологиясини масалаларини кўрсатиб берди. Бу йирик иш олимнинг ташкилотчилик қобилиятини, келажакни кўра билиш, долзарб муаммоларни ва амалий вазифаларни кўра билиб, уларни ечишни кўрсатди.

Илмий-амалий фаолиятидаги ютуқлари учун Ш.А.Алимов 1951 йилда “За трудовую доблесть” кўкрак нишони билан тақдирланди ва Ўзбек туберкулёз илмий текшириш институтига директорлик лавозимига тайинланди, бир вақтнинг ўзида у Тошкент врачларни малакасини ошириш институти кафедрасини бошқарди. Ўз ишини Ш.А.Алимов Республикада туберкулёзга қарши муассасалар билан танишишдан ва кадрлар танлаш билан бошлади. У қатор экспедициялар уюштирди, уларда кенг оммани туберкулёзга текширди. Ўша йиллдарда республиканинг барча вилоятларида замонавий ускуналар билан жиҳозланган туберкулёз шифохоналари қурилди, бронхологик хизмат ташкил этилди. Буларнинг ҳаммаси даволаш натижаларининг анча яхшиланишига ва туберкулёздан ўлим кўрсаткичининг камайишига олиб келди. Ўтган асрнинг 60-йилларида туберкулёзга қарши диспансерларнинг сони 100 тагача, стационар ва санаторийларнинг койкалари 240000 гача кўпайди.

Ш.А.Алимовнинг ташаббуси билан, Собиқ Иттифоқда биринчи бўлиб, Наманган вилоятида даволаш-меҳнат “Пахталик-Кўл” санаторийси ташкил этилди ва туберкулёз беморларнинг меҳнат ва профессионал реабилитациясини қўллаш илмий асосланди. Ҳозирги вақтда “Пахталик-Кўл” санаторийси мамлакатимизнинг йирик даволаш муассасаларидан бири ҳисобланади. Беморларни даволаш давомида меҳнат жараёнларини қўллаш, туберкулёзда алмашинув жараёнларини тўлиқ ва тез нормаллашувига, ногиронликнинг камайишига олиб келади, бу эса катта ижтимоий аҳамиятга эга.

Илмий ишларнинг материаллари бўйича Ш.А. Алимов томонидан “Опыт реабилитации больных туберкулезом» номли монография ёзилди, 100 дан ортиқ илмий ишлар нашр этилди ва кинофилм яратилди. Санаторий базасида 1974 йилда туберкулёзнинг реабилитацияси бўйича Бутун Иттифоқ симпозиуми ўтказилди.

Ш.А.Алимов раҳбарлигида 1962 йилдан БЦЖ вакцинацияси ва ревакцинацияси кенг тадбиқ этилди, туберкулёз билан курашни ташкил қилишда аҳолини оммавий туберкулёзга текшириш бўйича ташкилий ишларни уюштирди. Ўз шогирдлари билан бирга Ш.А.Алимов туберкулёз жараёни фаоллигининг клиник ва биокимёвий белгиларини ишлаб чиқди.

Профессор Ш.А.Алимовнинг номи нафақат Собиқ Иттифоқ мамлакатларида, балки чет элларда ҳам маълум эди. Чикагода (АҚШ) нашр этилган “Дунё фанидаги машҳур Олимлар” номли китобда ҳам Олимнинг илмий ишлари ва фаолияти ҳақида маълумотлар берилган.

Профессор Ш.А.Алимов туберкулёз бўйича дунё Конгрессларида фаол иштирок этиб, Ўзбекистон тиббиёт фанининг ютуқларини АҚШ, Италия, Ҳиндистон, Туркия, Полша, Франция, Германия, Япония ва бошқа давлатларда кўрсатган.

1956 йилдан Ш.А.Алимов туберкулёз билан кураш бўйича Ҳалқаро Лиганинг доимий аъзоси. У томонидан Ўзбекистонда фтизиатрлар мактаби яратилди. Ўзбекистонда тиббиёт фанининг ривожига катта ҳисса қўшгани учун Ўзбекисон Фанлар Академиясига аъзо этиб сайланди.

1954 йилдан 1964 йилгача профессор Ш. А. Алимов “Ўзбекистон тиббиёт журнали” редактори, ҳамда «Проблемы туберкулеза» журналининг редакцион кенгаши аъзоси эди.

Ш.А.Алимов Ленин ордени, Меҳнат Қизил Байроқ ордени ва бошқа нишонлар билан тақдирланган, ҳамда 1962 йилда унга Ўзбекистонда фан ва техника соҳасида хизмат кўрсатган олим фахрий унвони берилган.

1987 йилдан Фтизиатрия ва пулмонология илмий текшириш институти Ш.А.Алимов номи билан атала бошланди. Ҳозирда Ш.А.Алимов номли Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пулмонология илмий амалий тиббиёт маркази жамоаси туберкулёзнинг диагностикаси, даволаш ва профилактикасини туберкулёзга қарши муассасаларда фаол тадбиқ этяпти.

ПАМЯТИ АКАДЕМИКА АКАДЕМИИ НАУК РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН АЛИМОВА ШАКИР АЛИМОВИЧА

Убайдуллаев А.М., Пятаева Э.В.

28 сентября 2022 г. – знаменательная дата для фтизиатров Узбекистана, 110 лет со дня рождения академика АН РУз Алимова Шакира Алимовича, который входит в плеяду ведущих узбекских ученых XX века и является основоположником фтизиатрии в нашей стране.

Выбор профессии врача стал судьбоносным для Ш.А.Алимова. После окончания Самаркандского медицинского института в 1935 году он был направлен на работу ординатором в Узбекский институт туберкулеза, который был организован в 1932 году в Самарканде. Вся творческая жизнь академика Ш.А.Алимова была связана с фтизиатрией, а судьба ученого – с Узбекским институтом туберкулеза, директором которого он был 25 лет (1951-1976 гг).

Пытливый ум молодого специалиста и желание познать суть предмета– эпидемиологии и клиники туберкулеза укрепило его желание серьезно заниматься наукой. Первое научное исследование Ш.А.Алимов провел, будучи главным врачом противотуберкулезного санатория им. Хамзы Хаким-заде в Шахимардане (Ферганская область). Им были обобщены материалы эффективности лечения больных туберкулезом в условиях высокогорного санатория, которые он представил в виде кандидатской диссертации (1946 г). Следующее масштабное исследование Ш.А.Алимова касалось краевой эпидемиологии и патологии туберкулеза с учетом климато-географических условий Узбекистана (докторская диссертация, 1951 г) и свидетельствовало не только о его аналитическом мышлении и организаторском таланте, но и о способности определять научные перспективы с учетом требований практической фтизиатрии.

Научная деятельность профессора Ш.А.Алимова была многогранной и охватывала все разделы фтизиатрии. Его исследования в области краевой патологии туберкулеза были оригинальными и проведены в Узбекистане впервые. Благодаря комплексному изучению особенностей инфицированности, распространенности и течения туберкулеза среди населения различных климато-географических регионов Узбекистана, была дана характеристика микобактерий туберкулеза в зависимости от экологии; выяснены причины высокой пораженности населения отдельных районов прогрессирующими формами. Результаты этих исследований были чрезвычайно важными в 50-60-х годах XX века. На их основе был разработан комплекс мероприятий, направленных на снижение заболеваемости туберкулезом в Узбекистане. Эти мероприятия включали метод сплошной химиопрофилактики населения районов Кашкадарьинской области с высокой пораженностью туберкулезом, который был использован впервые в мире, и способствовал снижению заболеваемости населения в 6 раз в течении 5 лет.

Впервые в Узбекистане при непосредственном участии Ш.А.Алимова были проведены экспедиционные исследования на туберкулез населения сельских районов различного производственного профиля, которые выявили наиболее высокую пораженность туберкулезом в хлопководческих районах. Эти данные были подтверждены результатами экспериментальных исследований по изучению влияния пестицидов, используемых в хлопководстве, которые показали, что даже малые дозы пестицидов оказывают токсическое действие, вызывая выраженные дистрофические, некробиотические и циркуляторные расстройства в органах, негативно влияют на течение туберкулеза, ускоряют его развитие, способствуют генерализации и прогрессированию процесса.

Шакир Алимович считал профилактику туберкулеза основой противотуберкулезной работы по снижению его распространенности и уделял развитию этого направления особое внимание.

Исследования по совершенствованию специфической профилактики туберкулеза, включающие с 1962 года широкое внедрение внутрикожного метода вакцинации и ревакцинации БЦЖ у детей и подростков, разработка показаний для дополнительной вакцинации годовалых детей и рекомендаций по учету и лечению поствакцинальных осложнений, позволили не только значительно увеличить иммунную прослойку среди детей и подростков, но и снизить среди них заболеваемость в 3 раза в течении 10 лет.

Вместе с учениками Ш.А.Алимов начал многоплановые исследования в очагах туберкулеза различной эпидемиологической опасности, результаты которых стали основой для социальных, противоэпидемических, санитарных, лечебных и оздоровительных мер, направленных на предупреждение заболеваемости туберкулезом среди контактных лиц.

Большое значение Ш.А.Алимов придавал исследованиям, в рамках профилактики, по разработке оптимальных форм и методов раннего выявления туберкулеза различной локализации. Была доказана эффективность сплошного флюорографического обследования населения на туберкулез с централизованной фотообработкой и просмотром «контролем» флюорографической пленки. Узбекистан стал первой страной, в которой была проведена централизация флюорографической службы и созданы центры различных уровней, которые в 80-е годы XX века сыграли неоценимую роль в повышении качества своевременного выявления ранних форм туберкулеза и значительном уменьшении резервуара бактериовыделителей.

Цикл научных исследований Ш.А.Алимова был посвящен вопросам совершенствования диагностики и дифференциальной диагностики туберкулеза. Был разработан комплекс бронхологического, цитологического и бактериологического исследования с использованием фибробронхоскопии в сочетании с различными вариантами катетеризационной биопсии, внедрены трансбронхиальная и транстрахеальная пункции, медиастиноскопия, метод получения бронхиального секрета путем провоцирующих ингаляций, которые повысили на 32% частоту обнаружения микобактерий туберкулеза и значительно улучшили дифференциальную диагностику бронхолегочных заболеваний.

Ш.А. Алимов с учениками начал исследования по глубокому изучению патогенеза туберкулеза. В результате были разработаны клинические и биохимические критерии определения активности туберкулезного процесса. Так, впервые было предложено

определение в крови больных окислительно-восстановительных ферментов, меди, церулоплазмина и др., до и после провокационной туберкулиновой пробы, что позволило оперативно выяснять активность туберкулезного процесса и своевременно определять тактику комплексной химиотерапии.

Под руководством Ш.А.Алимова начали развиваться радионуклидные методы исследований во фтизиатрии, которые в 70-80 гг XX века стали наиболее перспективными. Благодаря оптимизации радионуклидной диагностики на основе математического моделирования были решены вопросы раннего доклинического выявления поражений различных органов и систем при туберкулезе, что стало базой для всестороннего изучения вопросов патогенетического лечения.

Научные исследования по вопросам лечения туберкулеза занимают значительное место в работах академика Ш.А.Алимова. При этом, его способность на основе углубленного анализа изучаемого вопроса определять наиболее перспективные аспекты науки, способствовала развитию нового направления - патогенетического лечения туберкулеза. На фоне всеобщего увлечения химиотерапией туберкулеза, которая безусловно была эффективной, Ш.А.Алимов начал в комплексе с ней использовать патогенетические средства. Впервые им с успехом были применены в комплексе с химиопрепаратами туберкулин и вакцина БЦЖ; соединения микроэлементов (медь и кобальт) и витаминов. Приоритет узбекских фтизиатров в данном направлении – неоспорим. Исследования в области химиотерапии туберкулеза, включающие клинический опыт применения новых противотуберкулезных препаратов и различных методов их введения, завершились разработкой новых режимов и сроков лечения, новых методов лечения сухими аэрозолями противотуберкулезных препаратов, комбинированных ультразвуковых аэрозолей, эндобронхиальной катетеризацией периферических бронхов под рентген-телевизионным контролем. Внедрение новых методов и режимов химиотерапии не только улучшило результаты лечения туберкулеза, но и сократило сроки стационарного лечения больных.

Одним из первых, Ш.А.Алимов начал в 60-е годы XX столетия комплексное изучение проблемы побочного действия противотуберкулезных препаратов. Были выяснены некоторые стороны патогенеза лекарственных осложнений, в частности связанные с угнетением окислительно-восстановительных ферментов тканевого дыхания, на основе которых разработаны методы диагностики, профилактики и устранения побочных реакций на химиопрепараты.

Академик Ш.А.Алимов является родоначальником научного направления по медицинской, трудовой и профессиональной реабилитации больных туберкулезом. В 50-60 гг. XX века на базе республиканского лечебно-трудового санатория «Пахталик-куль», созданного по инициативе Ш.А.Алимова в Наманганской области, были проведены исследования, доказавшие, что дозированные трудовые нагрузки на фоне лечения способствуют более полной и быстрой нормализации вентиляционных показателей и обменных процессов; устранению гемодинамических нарушений, более плавному переходу от состояния относительного покоя во время стационарного и санаторного лечения к повседневной трудовой деятельности, а также снижению уровня инвалидизации больных туберкулезом. Это имело большое народно-хозяйственное значение. Узбекский институт туберкулеза, под руководством Ш.А.Алимова, стал пионером в области разработки научных основ трудовой и профессиональной

реабилитации больных туберкулезом и вышел с этими разработками на мировой уровень, на трибуну международных конгрессов по туберкулезу. А санаторий «Пахталик-куль» стал республиканским центром по трудовой и профессиональной реабилитации больных туберкулезом, где они обучались или переобучались по 17 специальностям. На основе изучения медицинских, социальных и экономических аспектов трудовой и профессиональной реабилитации при туберкулезе были разработаны положения о лечебно-трудовых санаториях, показания для привлечения больных к труду и их переквалификации. В 6-ти областях Республики были созданы лечебно-трудовые санатории для реабилитации больных туберкулезом.

И это только основные научные результаты исследований академика Ш.А.Алимова и его школы, которые активно внедрялись в создаваемых противотуберкулезных учреждениях и имели неоценимое значение для развития практической фтизиатрии. Ш.А.Алимов – новатор и талантливый организатор, наделенный рациональным умом, даром убеждения, способностью четко выстраивать стратегию и тактику внедрения научных результатов и планирования комплексных мер борьбы с туберкулезом. Разработанные на научной основе предложения по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению нашли поддержку в Правительстве и стали основой грандиозного плана создания эффективно работающей фтизиатрической службы. Были приняты важные постановления, направленные на коренное улучшение материального благосостояния жителей пустынных районов, на расширение противоэпидемических мероприятий, на строительство во всех областях туберкулезных больниц, оснащенных новейшим оборудованием, что способствовало прекращению злокачественного течения туберкулеза в отдельных регионах Узбекистана, улучшению результатов лечения и снижению смертности от туберкулеза.

В 60-е годы XX века по инициативе и под руководством Ш.А.Алимова начинается интенсивная работа по организации фтизиатрической службы. Благодаря энергии и настойчивости Ш.А.Алимова во всех областях была создана разветвленная сеть противотуберкулезных учреждений. За счет укрупнения маломощных учреждений были организованы базовые противотуберкулезные стационары и санатории, что позволило госпитализировать и пролечить всех впервые выявленных больных туберкулезом. Для организации эффективной профилактики туберкулеза среди детей была создана сеть детских противотуберкулезных санаториев, детских садов и школ-интернатов для инфицированных туберкулезом детей, в которых прошли оздоровление и получали профилактическое лечение контактные из очагов туберкулезной инфекции, а также дети с положительными туберкулиновыми пробами. Противотуберкулезным учреждениям на местах постоянно оказывалась помощь по организации обследований населения на туберкулез, вакцинации и ревакцинации БЦЖ, по обучению врачей новым методам диагностики, лечения и профилактики туберкулеза. Высококвалифицированные специалисты консультировали больных, проводили обсуждения тактики лечения тяжелых больных, выполняли операции на органах грудной клетки. Фтизиатрическая служба была единственной в Узбекистане, которая ежегодно обобщала статистические эпидемиологические данные по туберкулезу, результаты работы по выявлению и лечению туберкулеза в разрезе областей и издавала в виде обзора по туберкулезу.

Под руководством Ш.А.Алимова Узбекский научно-исследовательский институт туберкулеза стал крупным научным, лечебным, учебным и методическим центром по

туберкулезу в Республике. Были построены новые корпуса для клинических подразделений и лабораторий; созданы и расширены лаборатории микробиологии, микологии, биохимии, патофизиологии, рентгенологии, радиологии; отделения детского туберкулеза, торакальной хирургии, урологии, костно-суставного туберкулеза, диагностики.

Колоссальный труд академика Ш.А.Алимова и его команды можно отразить в цифрах. К 1980 году в Республике функционировали 94 противотуберкулезных диспансера, 63 туберкулезных отделений в центральных районных больницах и 109 туберкулезных кабинетов. Для лечения и реабилитации больных туберкулезом имелись 16200 стационарных и 8450 санаторных коек. Были созданы Республиканский детский санаторий для лечения костно-суставного туберкулеза (Ташкент), Республиканский детский туберкулезный санаторий (Чимган), Республиканский лечебно-трудовой туберкулезный санаторий «Пахталик-куль» (Наманганская область), климатический санаторий для лечения больных туберкулезом легких «Парда-Турсун» (Наманганская область). К 80-м годам XX века значительно улучшилась эпидемиологическая ситуация по туберкулезу. За 30 лет заболеваемость туберкулезом снизилась в 9 раз, распространенность - в 6 раз, смертность – в 10 раз, инфицированность туберкулезом детей – в 15 раз.

Вспоминая академика Ш.А.Алимова, нужно остановиться на его педагогической деятельности. Он был талантливым учителем и наставником. Он понимал, что фтизиатрическая служба будет эффективно работать, станет проводником научных достижений и центром их внедрения в практику, только тогда, когда будут высококвалифицированные кадры. Поэтому одной из основных своих задач считал подготовку национальных кадров ученых и практических врачей, для чего использовал все имеющиеся возможности от аспирантуры и клинической ординатуры до учебных семинаров, в том числе выездных. Им подготовлены 6 докторов и 40 кандидатов наук, более 1000 фтизиатров по линии Ташкентского института усовершенствования врачей, в котором он в течение 20 лет возглавлял кафедру туберкулеза. А главным его достижением стала научная школа узбекских фтизиатров, созданная им на базе Узбекского НИИ туберкулеза.

Перу академика Ш.А.Алимова принадлежат 6 монографий и более 100 научных работ, опубликованных в республиканских и зарубежных изданиях. Достижения узбекских фтизиатров он докладывал на многочисленных международных форумах и конгрессах по туберкулезу. В Индии. Японии, Франции, Турции, Польше, Италии, ОАР он выступал по вопросам эпидемиологии, лечения, в том числе санаторного, профилактики, лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, по организации противотуберкулезной помощи населению, реабилитации больных с использованием трудовых процессов. Ряд докладов Ш.А.Алимова вызвал большой интерес зарубежных ученых, завязывались знакомства и налаживались творческие связи с зарубежными коллегами. Как правило, Ш.А.Алимов из зарубежных поездок обязательно привозил новые идеи, старался внедрить в Республике современные подходы в диагностике и лечению туберкулеза.

Ш.А.Алимов был не только блестящим ученым, талантливым педагогом и организатором здравоохранения, он был просветителем и пропагандистом новых знаний и достижений науки. Выезжая в области и сельские районы, он выступал с лекциями для

населения, всегда находил время для бесед с жителями, в которых разъяснял не только вопросы болезней, в частности туберкулеза, но также затрагивал вопросы культуры, быта, гигиены, питания и др. Им также написаны сценарии научно-популярных и санитарно-просветительных кинофильмов.

Академик Ш.А.Алимов успешно сочетал научную, педагогическую и организационную деятельность с общественной работой. Многие годы он был Председателем Республиканского научного медицинского общества фтизиатров, являлся членом Международной Лиги по борьбе с туберкулезом, ответственным редактором «Медицинского журнала Узбекистана», членом редакционного совета журнала «Проблемы туберкулеза», членом редакционных коллегий Узбекской энциклопедии и Большой медицинской энциклопедии.

Имя академика Ш.А.Алимова было известно далеко за пределами Узбекистана. Об этом свидетельствует книга «Ученые, известные в мировой науке», изданная в Чикаго в 1968 году, в которой представлены биография и научные достижения Ш.А.Алимова.

40 лет беззаветного служения медицинской науке и работы в области здравоохранения Узбекистана, огромный вклад ученого в создание фтизиатрической науки и стройной системы противотуберкулезной помощи населению были достойно отмечены. Ш.А.Алимов был награжден орденом Ленина, орденом Трудового Красного Знамени, Орденом Знак Почета, медалями и Почетными грамотами Правительства Узбекистана. В 1962 году ему было присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки и техники Уз ССР», в 1968 году – он был избран членом-корреспондентом, а в 1974 году – академиком АН Узбекистана.

Ш.А.Алимов до последнего дня жизни активно работал, разрабатывал планы по реализации новых идей, направленных на излечение туберкулеза, начал строительство корпуса для пульмонологических больных. Он ушел на пике творческой активности (1976 г), но глубина заложенных академиком Ш.А.Алимовым прогрессивных идей дали новое направление многочисленным исследованиям его учеников.

Память о блестящем ученом, талантливом педагоге и выдающемся организаторе здравоохранения Шакир Алимовиче Алимове осталась в его научных трудах, результатах борьбы с туберкулезом в Узбекистане и сохранилась в сердцах его учеников, коллег и соратников. Последователи Ш.А.Алимова передают следующим поколениям молодежи память о выдающемся ученом фтизиатре, который вписал золотые страницы в историю науки и медицины Узбекистана. А без знания нашей истории, прошлого – нет настоящего!

ТЕЗИСЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ “ФУНДАМЕНТ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ФТИЗИАТРИИ – ИСТОКИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИННОВАЦИЙ В ПРОФИЛАКТИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ”,

ПОСВЯЩЕННОЙ 100-ЛЕТИЮ СОЗДАНИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ И 90-ЛЕТИЮ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКАНСКОГО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ЦЕНТРА ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ

I МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ И ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

1 МЕДИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Аслонов Ф.И., Усмонов И.Х.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара. Узбекистан

Актуальность. В сегодняшние дни туберкулез мочеполовой системы (МПС) занимает первое место среди всех внелегочных форм туберкулеза в странах с высокими показателями заболеваемости, где доля туберкулеза МПС достигает 33,7–45,5%, и третье место — в благополучных странах по показателям заболеваемости туберкулеза. В развитых странах примерно 10% больных с туберкулезом легких страдают туберкулезом МПС. У 20% больных туберкулезом легких, со временем, развивается экстрапульмонарное проявление заболевания, наиболее часто —мочеполовой системы. В Узбекистане последние годы туберкулез МПС уступил лидирующие позиции костно-суставному туберкулезу лишь по причине низкой частоты выявляемости. Диагностировать и лечить больных с мочеполовым туберкулезом бывает сложно из-за недостаточности специфических симптомов заболевания. Кроме того, туберкулез в этой системе часто остается не распознанным работниками здравоохранения. Больные с туберкулезом, особенно мочеполовым, долгое время получают неадекватную терапию. И в итоге, после долгого неэффективного, а наоборот, курса терапии с большими дозами антибиотиков, пациенты обращаются с трудно излечимой - устойчивой формой туберкулеза мочеполовой системы.

Во многих источниках говориться об эпидемиологической опасности повторно обращающихся больных (рецидив, ранее леченные) с туберкулезом легкого. Но данные упоминающие нам о повторно обращающихся больных с туберкулезом мочеполовой системы остается недостаточной.

Цель исследования: изучить эпидемиологические показатели туберкулёза мочевыводящих путей.

Материалы и методы. В ретроспективном исследовании были изучены данные 65 больных с туберкулезом мочеполовой системы в Бухарском областном центре фтизиатрии и пульмонологии, в возрасте от 26 до 69 лет (средний возраст - 47,3). Из них мужчины составляли n=22 (34%) в возрасте 37,1 лет. Женщины составляли n=43 (66%) в

возрасте 52,1 года. У всех пациентов проведены лабораторные анализы осадка суточной мочи на определение микобактерии туберкулеза бактериоскопическими, бактериологическими методами и методом ПЦР диагностики на аппарате Gene-Xpert и Gene-Xpert/Ultra. Проведены пробы Манту и Диаскин-тест. Были использованы подходы компьютерной томографии, при наличии показаний, - трансуретральной цистоскопии. Клинический диагноз основан: в первую очередь на результат бактериологического лабораторного анализа МБТ+/МБТ-, во-вторых, обосновывался результатами инструментального исследования и иммунодиагностическими тестами.

Результаты. Среди 65 пациентов соотношение первично обратившихся (n=35) и вторично обратившихся (n=30) больных составляет 53,9% и 46,1% соответственно. Показатели первично и вторично обратившихся пациентов среди 22 мужчин 81,8% и 18,2%, а среди 43 женщин -39,6% и 60,4% соответственно. Все вторично обратившиеся больные были в статусе «ранее леченные». Рецидив ни у одного пациента не наблюдался. Интервал между последним и нынешним противотуберкулезным лечением у вторично обратившихся составлял от 2-х до 10 лет, в среднем составляя 3,7 лет.

Что же касается временного промежутка, с появления первых симптомов туберкулезной инфекции МВП до обращения пациентов к фтизиоурологам, у пациентов с первичным обращением данный показатель составлял от 5 до 100 месяцев, в среднем составляя 30,9 месяцев. Этот же показатель среди пациентов с вторичным обращением составлял от 1 до 8 месяцев, в среднем составляя 4,4 месяцев. Пациенты с первичным обращением до обращения к фтизиоурологам по несколько раз, в зависимости от длительности данного периода, получали различные виды антибиотикотерапии, включая цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды, макролиды. У трех пациентов, помимо химиотерапии, проведена односторонняя радикальная нефрэктомия по поводу нагноившейся почки и нефросклероза вне специализированного фтизиатрического стационара.

Заключение. Исходя из вышеизложенных данных, можно сказать, что поздняя диагностика туберкулеза мочеполовой системы и низкая эффективность лечения туберкулеза этой системы до сих пор являются актуальными проблемами нашего времени, которые требуют разработки современных методов диагностики и новых методов лечения этого недуга.

2

РЕАЛИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В МЕГАПОЛИСЕ

Богородская Е.М., Белиловский Е.М., Безуглая С.Ю., Оганезова Г.С., Шамуратова Л.Ф.

Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения Москвы, Москва. Российская Федерация

Работа в очагах туберкулезной инфекции является одним из основных направлений борьбы с туберкулезом, ведущая цель которой - предупреждение новых случаев заболеваний. Основные мероприятия, проводимые в очагах, включают установление адресов пребывания больного, выходы в очаги для оценки их эпидемиологической опасности в соответствии с факторами риска, дезинфекцию, составление списка контактных лиц, изоляцию больного, первичное обследование контактных, взятие их под

наблюдение, санитарное просвещение и проведение превентивной терапии, своевременное выявление новых случаев заболевания в очаге.

Материалы и методы. Для осуществления контроля данных мероприятий по г. Москва в Московском научно-практическом центре борьбы с туберкулезом (МНПЦБТ) была разработана и внедрена в 2021 году система мониторинга очагов туберкулезной инфекции (СМОТБ). С этой целью были созданы учетные формы регистрации и ведения бытовых, производственных и профессиональных очагов, включая специальный вкладыш для очагов с детским населением, определена методологическая база и понятия, применяемые для описания очагов (типы очагов, их временные и территориальные рамки, градации случаев выявления новых заболеваний в очаге помимо больного, создавшего очаг, подходы к обработке и анализу данных и др.). В городе был создан единый регистр адресов очагов, который включал в том числе и ложные адреса, определяющие существование не выявленных очагов. Регистр реализован на разработанной в Центре гибкой системе управления медицинскими базами данных «Барклай-СВ» и действует в связке с регистрами диспансерного наблюдения и контроля лечения больных туберкулезом.

Результаты. На 01.07.2022 г. в регистре собраны данные о более чем 5600 очагах, включая 1798 и 766 очагов, зарегистрированных в 2021 г. и первой половине 2022 г., соответственно, а также сведения о 1488 очагах, еще не закрытых к 01.01.2021 г. и - о более 1500 очагов с ложными адресами. Согласно данным регистра, среди очагов, зарегистрированных в 2021 году: 87,4% были бытовыми, 12,6% - производственными, 30,1% - созданы бактериовыделителями, 15,6% - больными с туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, 63,6% очагов были созданы больными из постоянного населения города, 23,2% - жителями других регионов страны, 11,1% - иностранными гражданами и 2% - бездомными. Ложные адреса были зафиксированы у 12,3% очагов, созданными постоянными жителями Москвы, у 28,6% и 67,1% очагов, созданных жителями других регионов страны и гражданами других государств, соответственно.

В когорте очагов, зарегистрированных в 2021 году, было обследовано 81,7% контактных лиц (84838 из 103860 подлежащих) или 47,2±1,7 лиц на очаг. В очагах, созданных бактериовыделителями, было обследовано 49,7±2,8 лиц (48,1±2,3 – в бытовых и 66,5±21,2 – в производственных очагах), из которых 9,1±1,8 ребенок 0-17 лет. В 78 очагах, созданных в 2021 году. детьми 0-14 лет, было обследовано 30,9±4,9 взрослых.
Всего среди очагов, зарегистрированных в 2021 году, в 24 адресах были выявлены больные, помимо, образовавших очаг: всего 34 пациента, из которых 29 – при одномоментном первичном обследовании, 2 – из наблюдаемых в контакте лиц и 3 – из прибывших в очаг.

Заключение. Работа с СМОТБ позволила получить обширный аналитический материал о регистрируемых очагах и контролировать проводимые в них мероприятия.

3

ПЯТИЛЕТНИЙ РИСК ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ОТ ТУБЕРКУЛЁЗА У БОЛЬНЫХ РАЗНЫХ СОЦИАЛЬНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ

Громов А.В., Стерликов С.А.

ГБУЗ «Камчатский краевой противотуберкулёзный диспансер», Петропавловск-Камчатский. Российская Федерация

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России», Москва. Российская Федерация

Актуальность. Снижение смертности от туберкулёза является одной из целей Стратегии «Ликвидировать туберкулёз», входящей в число Цели устойчивого развития «Обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» и задачи «к 2030 году покончить с эпидемией ВИЧ/СПИД, туберкулёза, малярии, запущенными тропическими болезнями, инфекционными гепатитами, болезнями, передающимися с водой и другими инфекциями». В связи с этим выделение групп больных туберкулёзом с наибольшим риском летального исхода от туберкулёза является важной задачей, позволяющей заранее предпринять необходимые действия и предотвратить неблагоприятный исход.

Материалы и методы. В ретроспективном когортном исследовании изучены сведения о 382 взрослых больных туберкулёзом, зарегистрированных в период с 01.01.2015 по 31.12.2016 гг, наблюдавшихся в течение пяти последующих лет. Из когорты исключены случаи пациентов, выбывших до истечения периода наблюдения, а также больные туберкулёзом, умершие от других причин. По результатам наблюдения составлена таблица кросс-табуляции с частотой летального исхода у пациентов разных групп, рассчитана вероятность статистической ошибки первого рода (p) с использованием точного критерия Фишера для таблиц кросс-табуляции с использованием среды статистической обработки информации R версии 4.3.

Результаты. Ассоциация рода занятий больных перед выявлением у них туберкулёза с долей летальных исходов от туберкулёза представлены в таблице ниже. Различия частот в таблице статистически значимы (p=0,019), что позволяет отклонить нулевую гипотезу и принять альтернативную гипотезу о влиянии рода занятий на риск летального исхода от туберкулёза, который максимален у безработных, а также лиц, не организованных по возрасту или медицинским показаниям.

Род занятий	Умершие от туберкулёза		Выздоровели или продолжают наблюдение		Итого
	Абс.	%	Абс.	%	
Рабочие, служащие	1	99,3	133	0,7	134
Безработные	2	88,2	15	11,8	17
Не работающие трудоспособного возраста	6	96,4	162	3,6	168
Пенсионеры по возрасту	4	91,5	43	8,5	47
Инвалиды	1	93,8	15	6,3	16
Итого	14		368		382

Заключение. Безработные, пенсионеры и лица, имеющие инвалидность, относятся к группам с высоким риском смерти от туберкулёза. Целесообразно выделение указанных групп лиц и целенаправленный охват их профилактическими осмотрами на туберкулёз; в том числе – путём включения рентгенографии органов грудной клетки в перечень, необходимый для медицинского освидетельствования. Также целесообразна выработка подхода к обследованию иных неорганизованных лиц.

4

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОДЕЛЕЙ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ

Джурабаева М.Х.[1], Парпиева Н.Н.[1], Анварова Е.В.[2], Бабаматова Х.У.[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

[2]Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

Введение. В последние годы в РУз наметилась тенденция стабилизации основных показателей по туберкулезу. В этих условиях эпидемиологической ситуации особое значение приобретает необходимость персонализирования подходов лечения больных. Последнее десятилетие больше внимания уделяется сокращению сроков пребывания больных в стационаре с акцентом на их амбулаторное лечение под контролем.

Цель исследования: сравнительная оценка оказания медицинских услуг больным ТБ в рамках модели «стационарное и амбулаторное лечение» и модели -«амбулаторное лечение туберкулеза легких с первого дня».

Материалы и методы. Проведен анализ статистических данных, собранных за 2015-2019 годы по Учтепинскому и Чиланзарскому районам города Ташкента. Критерием включения стали пациенты в возрасте от 18 лет и старше, с верифицированным диагнозом “туберкулез легких” (n=1162) и разделены на 2 модели: больные, получавшие интенсивную фазу (ИФ) в стационарных условиях и поддерживающую фазу (ПФ) в амбулаторных условиях (модель I) - 746 больных; больные, получавшие с в амбулаторных условиях ИФ и ПФ с первого дня лечения (модель II) – 416 больных.

Результаты. За период с 2015-2019 гг. наблюдается тенденция к увеличению числа пациентов, прошедших лечение по модели II (с 32,3% до 40,3%) и снижение числа пациентов, получивших лечение по модели I (с 67,7% до 59,7%).

Среди наблюдаемых пациентов, мужчины, пролеченные по модели I составили 556 (74,5%) и модели II – 226 (63,9%), что отражает некоторое превалирование их числа в модели начала лечения пациента в стационарных условиях. Среди женщин – 190 (25,5%) по модели I и - 150 (36,1%) – по модели II, отражая тенденцию в преимуществе модели II, где лечение с первого дня начато в амбулаторных условиях. При изучении социального статуса пациентов в рамках оказываемых услуг выявлено, что среди пролеченного контингента были лица без определенного места жительства (I модель – 9 (1,2%) и II модель – 2 (0,5%)); лица из мест лишения свободы – (I модель – 5 (0,7%) и II модель – 4 (0,9%); пациенты с фоновым ВИЧ статусом (I модель – 143 (19,2%) и II модели – 36 (8,7%)). По клиническим формам туберкулеза легких предоставления услуг установлено, что инфильтративный туберкулез лечили в рамках модели I 464 (62,2%) пациентов и

модели II -171 (41,2%) пациентов, очаговый туберкулез легких (I модель 85 (11,4%) и модель II - 189 (45,4%)), диссеминированный туберкулез легких (I- 91 (12,2%) и II - 12 (2,9%)), туберкулема (13 (1,7%) и 17 (4,1%), соответственно), кавернозный туберкулез легких – (16 (2,2%) и 6 (1,4%)), фиброзно-кавернозный туберкулез легких – (71 (9,5%) и 18 (4,3%) больных соответственно).

В рамках первой модели оказания услуг превалировали пациенты с наличием полостей распада– 452 (60,6%) больных против 126 (30,3%) больных, положительными результатами бактериоскопии- 435 (58,3%) против 93 (22,4%) заболевших.

Оценка исходов лечения показывает, что «лечение завершено» выше в модели II, чем в модели I (64% против 25%); «излечен» - больше в модели I (34% против 15%); «безуспешность лечения» констатирована по 2% в обеих моделях подходов оказания услуг; «умер» -выше в модели I (12% против 4,8%).

Заключение. Полученные результаты предполагают пересмотр тактических подходов оказания медицинских услуг и лечении больных ТБ и свидетельствует о необходимости дифференцированного подхода с расширением критериев отбора на лечение по модели «амбулаторного лечения ТБ с первого дня» с целью повышения экономической выгодности лечения пациентов с туберкулезом легких без потери эффективности.

5 ОБЗОР ДАННЫХ ПО ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ И ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЕЁ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ.

Мухтеремова В.Н., Шарапова Г.Ш.
Ташкентский Педиатрический Медицинский институт. Ташкент. Узбекистан.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Вакцина БЦЖ до сих пор остается «золотым стандартом» и является единственным препаратом, применяемым для иммунизации против туберкулеза. Вакцинация БЦЖ обязательна в 64 странах мира и официально рекомендована в 118 странах. Ревакцинацию БЦЖ проводят лишь 59 стран в мире. Вакцинация БЦЖ проведена приблизительно у 2 млрд. человек всех возрастов и остается основной формой профилактики туберкулеза в большинстве стран, предупреждая развитие тяжелых форм заболевания, связанных с гематогенным распространением микобактерий. Иммунизация БЦЖ снижает смертность от туберкулеза у детей на 75-80%.

Цель исследования: оценить опыт применения вакцины БЦЖ в Узбекистане за последние 10 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ данных по охвату вакцинацией БЦЖ и изучением ее эффективности на основании годовых отчетов по регионам Республики Узбекистан

Результаты. В нашей стране в рамках национального календаря профилактических прививок ежегодно проводится специфическая профилактика туберкулеза вакциной БЦЖ ≈750 тысяч новорожденным детям и ежегодно от 98% до 99,7% новорожденных детей в нашей стране охватываются прививками БЦЖ, у которых в 89% - 95,0% формируются поствакцинальные рубцы БЦЖ, свидетельствующие о формировании противотуберкулезного иммунитета в детском организме.

Согласно нормативно-правовым документам в Республике Узбекистан предусмотрено сохранение ревакцинации БЦЖ только в 10 летнем возрасте. Однако, в результате стойкой эпидемиологической ситуации по туберкулезу и «трендам» к его снижению за последние 10 лет охват ревакцинацией в Республике не проводился.
Отказ от ревакцинации определялся тем, что заболеваемость туберкулезом, а именно генерализованными формами и туберкулезным менингитом, среди детей составляет- 0,08 на 100 тысяч населения. В период с 2011-2021 гг. среди заболевших туберкулезом детей раннего возраста специфическое поражение мозговых оболочек и центральной нервной системы наблюдалось в 1,5% случаев, что доказывает эффективность проведения вакцинации от туберкулеза.

6 O‘ZBEKISTONDA FTIZIOUROLOGIYA XIZMATINING RIVOJLANISH DAVRLARI

Xakimov M.A., Parpieva N.N., Muxtarov D.Z., Abduraxmanov D.K.
Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent. O‘zbekiston

Tuberkulyoz jiddiy hamda tibbiy, ijtimoiy va iqtisodiy muammo bo‘lib qolyapti. Hozirgi vaqtda yer yuzi aholisining chamasi 30% tuberkulez mikobakteriyalari bilan infitsirlangan. Tuberkulyoz bilan shikastlangan aholi o‘rtasida uning o‘pkadan tashqari shakllari, jumladan, siydik yo‘llari tuberkulyozining chastotasi ham ko‘paydi. Robert Kox tomonidan tuberkulyoz qo‘zg‘atuvchisining kashf etilganiga 160 yildan o‘tdi. Bu davr ichida tuberkulyoz infektsiyasiga qarshi kurashdagi yondashishlar bir necha barobar o‘zgardi. O‘zbekiston Respublikasida aholi sog‘ligini saqlash va tuberkulyoz infeksiyasidan himoya qilish, tuberkulyozni tarqalishi profilaktikasi bo‘yicha maqsadga muvofiq ishlar olib borilyapti.

O‘zbekiston Respublikasida tuberkulyoz bilan kurashning sxematik etaplari rivojlanishini yetti davrga bo‘lish mumkin:

- tuberkulyoz bilan kurash bo‘yicha vazifalar yuklangan tuberkulyozga qarshi muassasalarning bunyod bo‘lishi (1920-1930 yy.);
- antibakterial davrgacha tuberkulyozga qarshi xizmatning tashkil topishi va rivojlanishi (1931-1940 yy.);
- ikkinchi jahon urushi davrida aholiga tuberkulyozga qarshi yordamni tashkil qilish (1941-1945 yy.);
- ikkinchi jahon urushidan keyingi davrda aholiga tuberkulyozga qarshi yordamni tashkil qilish (1945-1990 yy.);
- Sovet Ittifoqining parchalanishi va bozor iqtisodi tashkil topgan davrdagi tuberkulyozga qarshi yordamni tashkil qilish (1990-2012 yy.);
- O‘zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 5 mart 2011 yildagi “2011-2015 yillarga O‘zbekiston Respublikasida tuberkulyozdan kasallanishni kamaytirish bo‘yicha qo‘shimcha tadbirlar to‘g‘risida”gi 62-sonli Qarori asosida ftiziatrik xizmatni tashkil qilish;
- O‘zbekiston Respublikasi Prezidentining 13 fevral 2019 yildagi “Ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya yordami ko‘rsatish tizimini takomillashtirish chora-tadbirlari to‘g‘risida”gi PQ-4191-sonli Qarori asosida ftiziatrik xizmatni tashkil qilish.

O‘zbekistonda 1937 yil 9 ta tuberkulyoz dispanserlari, 3 ta tuberkulyoz kabinetlari va 12 ta tuberkulyoz bo‘limlari faoliyat ko‘rsatardi, koykalar soni kam edi.

Ikkinchi jahon urushi davrida fashistlar tomonidan bosib olingan xududlardan O‘zbekistonga ko‘p miqdorda aholi evakuatsiya qilindi, bu esa tuberkulyoz bo‘yicha epidemilogik holatga negativ ta’sir qildi. Tuberkulyozdan kasallanish 2 marta, batsillyar bemorlar soni 3 marta ko‘paydi. Urushdan keyin statsionar va sanatoriylarning, tuberkulyozdan infitsirlanganlarni sog‘aytirish uchun maktabgacha va maktab muassasalari soni ko‘paydi. Respublikada siydik yo‘llari va jinsiy organlar tuberkulyozi sonining o‘sishi, XX asrning 70 chi yillarida mustaqil ftiziourologik xizmatni tashkil qilishga asos bo‘ldi.

1965 yil akademik Sh.A. Alimovning tashabbusi va bevosita ishtirokida O‘zbek Tuberkulyoz Ilmiy Tekshirish Institutida 25 o‘rinli urologik bo‘lim ochildi va Respublikada ftiziourologik xizmatning boshlanishi e’tirof etildi. Urogenital tuberkulyozni erta aniqlashni tashkil qilish, bemorlarni davolash va kadrlarni tayyorlashga M.A. Krivsova, K.V. Vasnetsova va A.A. Abdumuminovlar tomonidan ko‘p kuch va bilim sarf qilindi. 1968 yil urologik bo‘lim yana 50 o‘ringa, 1973 yil esa 100 o‘ringa kengaytirildi. 1970 yildan boshlab Respublikaning Viloyat tuberkulyozga qarshi dispanserlarida urologik bo‘limlarni tashkil qilish bo‘yicha katta ishlar olib borildi. Respublikada 10 nafar ftiziourologik bo‘limlar ochildi. Hamma tuberkulyozga qarshi dispanserlarda bemorlarni jamlash va kuzatish maqsadida o‘pkadan tashqari tuberkulyoz bo‘yicha kabinetlar ochildi. O‘zbek Tuberkulyoz Ilmiy Tekshirish Institutida 1980 yilda urologik bo‘lim 80 o‘ringa kengaytirilib, yana alohida 70 o‘rinli urogenital bo‘lim ochildi.

Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi ftiziourolog va ftizioginekolog kadrlarni tayyorlashni o‘z zimmasiga oldi va 60 dan ortiq mutaxassislarni tayyorladi.

Bo‘limlarda amaliy ishlar qatorida ko‘p qirrali ilmiy-tadqiqot ishlar olib borilyapti. Ilmiy-tadqiqot ishlarning asosiy yo‘nalishlari quyidagilardir: siydik yo‘llari, buyrak va genital tuberkulyozni erta aniqlash va diagnostikasi (M.A. Krivtsova, A.A. Abdumuminov, D.A. Axmedova); buyrak silining diagnostikasi, klinikasi, asoratlangan shakllarida esa davolash samarasini oshirish, shu jumladan, jarroxlik yo‘llari bilan (M.A. Krivtsova, K.V. Vasnetsova, A.A. Abdumuminov), buyrak sili diagnostikasi uchun yangi radionuklid testlarni ishlab chiqish (M.A. Krivtsova, V.S. Ginzburg); buyrak silidagi nefrogen arterial gipertenziya diagnostikasida radioimmun testlarni qo‘llash (Xakimov M.A.), buyrak silini ultratovush diagnostikasini ishlab chiqish (M.A. Xakimov, Z.R. Rashidov), genetik fonni hisobga olib asoratlangan buyrak silida kompleks davolashni optimallashtirish (M.A. Xakimov). Hozirgi vaqtda siydik yo‘llari tizimi tuberkulyozining tarqalgan va asoratlangan shakllarida jarroxlik bilan davolash taktikasini takomillashtirish (M.N. Tillyashayxov, D.K. Abduraxmanov, Z.R. Rashidov, M.A. Xakimov, M.M. Raxmatov, S.K. Alidjanov).

Urogenital bo‘limning bazasida 15 nafardan ortiq tibbiyot fani nomzodlari va 1 nafar fan doktori tayyorlandi (Z.R. Rashidov), bo‘lim xodimlari tomonidan 350 dan ortiq ilmiy ishlar, 20 dan ortiq uslubiy qo‘llanmalar nashr etdildi, 3 ta mualliflik guvohnomalar olindi va 10 dan ortiq monografiyalarni nashr etdildi.

Oxirgi yillarda Respublikada siydik yo‘llari va jinsiy a’zolar tuberkulyozidan kasallanishning bir oz pasayganini ta’kidlash lozim, bu umumiy davolash muassasalarida va tuberkulyozga qarshi dispanserlarda vrachlarning shu kasallik to‘g‘risidagi hushyorligining yo‘qligi va patologiyani o‘z vaqtida aniqlanmayotganligi bilan bog‘liq.

Erta diagnostika masalalarini takomillashtirish, davolashni ratsional tashkil etish, to‘g‘ri hisob-kitob qilish va dispanser kuzatuvini yo‘lga qo‘yish maqsadida kontingentlar bilan faol ish

olib borish, siydik yo‘li va jinsiy organlar tuberkulyozi bemorlariga yordam berishni kuchaytirish, sog‘liqni saqlash tizimlari va muassasalarining vazifalari hisoblanadi. Shu bilan birga, umumiy davolash muassasalari vrachlarini siydik yo‘li va jinsiy organlar tuberkulyozining klinikasi va bemorlarni erta aniqlash usullari bilan keng tanishtirish lozim.

II ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЁЗА И РЕСПИРАТОРНОЙ ПАТОЛОГИИ

7 ҚАШҚАДАРЁ ВИЛОЯТИДА ТУБЕРКУЛЕЗ КАСАЛЛИГИНИНГ АСОСИЙ КЎРСАТКИЧЛАРИ, ЭЪТИБОРЛИ ЖИҲАТЛАРИ

Обилов А.Ў., Бектошев С.Ў., Тошев Б.А.
Қашқадарё Вилоят фтизиатрия ва пульмонология маркази, Қарши. Ўзбекистон

Ишнинг мақсади. Республикамиз жануби Қашқадарё вилояти мисолида туберкулез касаллигининг қайд этилиши, клиник кечиши, эпидемиологиясини ўрганиш ва бахо бериш.

Материал ва услублар. Кўпчилик олимлар эътироф этишича туберкулез касаллигининг патоморфози асрлар ва йиллар давомида ўзгармоқда. Кейинги йилларда Республикамизда туберкулез касаллиги камайиб бормоқда, айниқса COVID-19 пандемияси пайтида 2020-2021 йилларда кескин камайган, шунингдек бизнинг вилоятимизда хам (тиббиётда хамма эътибор COVID-19 пандемияси холатига қаратилди ва карантин эълон қилинди, бу холат барча соҳалар сингари тиббиётга ҳам ўз таъсирини ўтказди, ўтиши мажбурий ва ҳавли гуруҳларни туберкулёз касаллигига текшириш, аниқлашда муаммолар бўлди). 2022 йилга келиб карантин тугаганлиги, вилоятда фтизиатрия хизматини яхшилаш учун янги диагностик аппаратларни олиниши ва умумий даволаш тармоқ тиббиёт ходимлари билан ҳамкорликда туберкулёз касаллигини аниқлаш яхшиланди, шу сабабли туберкулёз билан касалланиш кўрсаткичида ўсиш юзага келди.

Қашқадарё Вилояти фтизиатрия ва пульмонология марказида вилоятда охирги 10 йилда туберкулез касаллигининг кечиши ўрганилди. Вилоятимизда COVID-19 пандемияси даврида 2020 йилда туберкулез билан касалланиш ҳар юз минг аҳолига 21,0 ни, 2021 йилда 26,3 ни ташкил қилган бўлса, 2022 йил 8 ойлигида эса 21,5 ни ташкил қилмоқда.

Вилоятда 2013 йилдан 2022 йилгача туберкулёздан касалланиш кўрсаткичи (10 йил давомида) қуйидагича кўринишга эга.

Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулези кейинги йилларда мамлакатимизда, жумладан вилоятимизда касалликнинг кечиши ва учрашида ўзгаришлар кўзатилмоқда. Вилоятимизда ўпка туберкулезига нисбатан олинганда йилдан йилга ўсиши кузатилмоқда, бундан 10 йил олдин жами бирламчи аниқланган туберкулёз касаллигининг 16,7% ини ташкил қилган бўлса, 2022 йил 8 ойлигида 32,1% ташкил қилмоқда.

Касалланиш ҳолати									
Интенсив кўрсаткич, хар 100 минг аҳолига									
2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (8 ой)
44,0	40,2	41,6	40,9	36,5	34,5	34,3	21.0	26.3	21,5

Тиббиёт тизими ривожланган давлатларда ҳам ўпкадан ташқари туберкулёзни кўп учрашини кўришимиз мумкин, мисол учун АҚШ да 30-35%, Австрия, Германия, Швецарияда 20-25%, Канадада 50% гача учрамоқда. Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёзи кейинги 10 йилликда вилоятимизда 2,5 баробар ошганлигини ва қуйидаги кўринишга эга эканлигини кўришимиз мумкин, шулардан 60-65% и суяк-бўғим туберкулёзига тўғри келади.

Йиллар	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 (8ой)
Кўрсаткич	16.7	14.7	16.0	20.2	21.7	20,5	21,5	22,0	33,4	32,1

Касалликнинг 70% ҳолатларида асоратланган (бир нечта умуртқа зарарланган, абцеслар бошланган босқичларида. периферик лимфа лимфа тугунлари яллиғланиши ва уларнинг оқма яраси, иккиламчи бепуштлик, тери оқма яралари) холатлар билан мурожаат қилишмоқда. Бу беморларнинг кўпчилиги дастлаб хусусий клиникаларда хар хил ташхислар билан даволаниб, самара кузатилмагандан кейин бизнинг Марказимизга юборилган ва мурожаат қилиб келишган.

Хулоса. Кейинга пайтларда туберкулёз касаллигининг патоморфози ўзгарган бўлиб, ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёзининг салмоғи жами бирламчи аниқланган туберкулез касаллиги ичида ортиб бормоқда.

Ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёзининг сийдик-таносил, периферик лимфа тугунлари, кўз, тери, жумладан суяк-бўғим туберкулёзи клиник белгиларини бошқа касалликларга ўхшаш кечишлари, ўпкадан ташқари аъзолар туберкулёзини умумий даволаш тармоғи шифокорлари билан биргаликда эрта босқичларида аниқлаш чораларини кўришимиз зарурлигини кўрсатади.

Ўпка туберкулези камайиб бориши, ўпкадан ташқари туберкулёзининг кўпайиши билан алмашинмоқда.

8

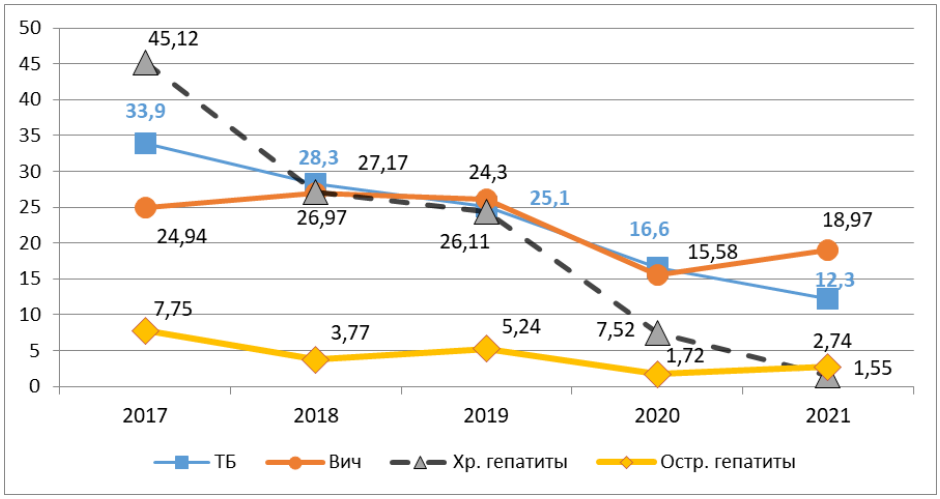
СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В РЕГИОНЕ ПРИ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19: ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И ФОРМИРОВАНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Польшикова Н.А., Коломиец В.М., Павленко Е.П.
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»
Минздрава РФ, Курск. Россия

Цель исследования. Установить влияние пандемии COVID19 на формирование эпидемической ситуации по социально-значимым инфекционным заболеваниям (СЗИЗ) в регионе.

Материалы и методы. Анализированы данные государственной статистики Минздрава РФ за последние 5 лет, а также данные научной литературы и результаты собственных исследований в регионе. Особенности развития коморбидных СЗИЗ изучены при наблюдении впервые выявленных и больных с рецидивом ТБ в течение пяти лет до и - период развития пандемии. При обследовании и лечении больных СЗИЗ использованы методы в соответствии со стандартами РФ.

Результаты. Для эпидемиологической ситуации среди населения региона по ТБ, как одному из наиболее угрожаемых СЗИЗ, характерно выраженная тенденция к снижению наиболее важных ее показателей – заболеваемости, распространенности и смертности.



Так, если заболеваемость до пандемии за 10 лет снизилась с 54,2 до 20,5/100.000 населения, то за два года развития пандемии - на 40%, смертность – на 27,3% и распространенность – на 38,6%. В то же время формирование эпидемиологической ситуации по другим СЗИЗ далеко не однозначно. Так, если заболеваемость гепатитами с хроническим течением резко снизилась на 89,5%, с острым течением – на 47,7%, то заболеваемость ВИЧ-инфекцией (количество впервые выявленных инфицированных) колеблется, и в период окончания пандемии выросла на 21,7%. При этом наибольшие колебания показателей характерны для заболеваемости детей и сельских жителей.

На фоне положительной динамики формирования эпидемиологической ситуации по ТБ продолжается рост контингентов ВИЧ-инфицированных, что может повлечь за собой увеличение случаев коморбидности ТБ среди населения. Действительно, количество случаев заболевания коморбидными СЗИЗ в течение трех лет до пандемии среди всех заболевших снизилось с 12,76% до 2,16%, но в период пандемии снова увеличилось до 3,77%.

На фоне такой динамики эпидемиологической ситуации установлена и еще одна закономерность – рост числа случаев тяжело протекающих коморбидных СЗИЗ. Если до развития пандемии в структуре заболеваемости преобладали случаи выявления больных с диссеминированным (до 97,30%) и инфильтративным (до 57,27%) формами ТБ, то в период пандемии преобладали больные с плевритами (58,37%), туберкулемами (до 58,17%) и фиброзно-кавернозным ТБ (до 89,23%). Более того, выявлены хотя и единичные, но случаи коморбидности ТБ у детей, при этом опять с тяжелым течением.

Заключение. В условиях пандемии не выявлено тенденций к ухудшению эпидемической ситуации по наиболее значимой из СЗИЗ – ТБ, но отмечается изменения структуры заболеваемости. С учетом особенностей функционирования противотуберкулезной службы в условиях возможных прогнозируемых других эпидемий/пандемий необходима реорганизация службы с изменением/расширением ее функций и материально-технической базы. Наиболее перспективным вариантом реорганизации противотуберкулезной службы в условиях пандемий является интеграция ее функций с деятельностью других служб по предупреждению социально-значимых инфекционных заболеваний.

III ЛАТЕНТНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ

9 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОМАТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Галиулин Т.И.[1,2], Парпиева Н.Н.[1]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизитарии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт,Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: разработать стратегию диагностики латентной туберкулезной инфекции среди пациентов с соматической патологией с высоким риском развития туберкулеза.

Материалы и методы. В рамках исследования по выявлению латентной туберкулезной инфекции объектами наблюдения были 267 больных с различной соматической патологией, включая 50 (18,7%±2,4) больных с СД 1 и 2 типа, ВИЧ инфекцией – 113 (42,3%±3,0) пациентов, больные с онкогематологической патологией – 54 (20,2%±2,5) пациента, ХОБЛ – 25 (9,4%±1,8) пациента и БА – 25 (9,4%±1,8). Среди всех 267 больных с различной соматической патологией и 20 практически здоровых волонтеров проводилась оценка диагностической ценности иммунологических проб – пробы Манту, Диаскин-тест и квантифероновый тест

Результаты. У больных СД в 22,0% случаях встречается положительный и в 8,0% гиперергический ответ пробы Манту, по результатам Диаскин-теста среди больных СД только в 6,0% случаях реакция была положительной и по квантифероновому тесту в данной когорте установлен положительный результат в 36,0% случаях. Совпадение по положительному результату – 18 из 32 (56,3%), по отрицательному результату – 94 из 114 (82,8%), критерий согласия каппа–0,62. Согласие по негативному результату (прогностическое значение 0,9) превышало позитивный (прогностическое значение 0,72).

Среди пациентов с ВИЧ инфекцией было установлено, что положительный результат пробы Манту с 2 ТЕ фиксировался у 16,8% больных, гиперрергический у – 9,7%; по результатам Диаскин-теста только в 10,6% случаях реакция была положительной; по квантифероновому тесту процент положительной реакции составлял 20,4% случаев. Совпадение по положительному результату–37 из 72 (51,4%), по отрицательному результату – 221 из 267 (82,8%), критерий согласия каппа – 0,67. Согласие по негативному результату (прогностическое значение 0,89) превышало позитивный (прогностическое значение 0,78).

Среди больных с онкогематологическими заболеваниями было установлено, что положительные результаты иммунодиагностических тестов по данным пробы Манту с 2 ТЕ фиксировались у 7,4% больных, гиперергические - у 3,7%; по Диаскин-тесту только в 3,7% случаях и по квантифероновому тесту - в 9,3% случаях

Среди больных с БА тесты иммунодиагностики были положительными при постановке пробы Манту с 2 ТЕ у 7,1% больных, гиперергическими - у 3,6%; по результатам Диаскин-теста только в 3,6% и по квантифероновому тесту в 10,7% положительную и в 7,1% - гиперергическую. Совпадение по положительному результату

– 4 из 9 (44,4%), по отрицательному результату – 58 из 75 (77,3%), критерий согласия каппа – 0,72. Согласие по негативному результату (прогностическое значение 0,91) превышало позитивный (прогностическое значение 0,77).

При ХОБЛ при постановке пробы Манту с 2 ТЕ установлено, что положительный результата фиксировался у 23,3% больных, гиперергический -у 6,7%, по Диаскин-тесту только в 10,0% случаях реакция была положительной и квантифероновому тесту - у 33,3% больных положительный тест и у 13,3% - гиперергическая реакция. Совпадение по положительному результату – 14 из 26 (53,8%), по отрицательному результату – 54 из 64 (84,4%), критерий согласия каппа–0,78. Согласие по негативному результату (прогностическое значение 0,89) превышало позитивный (прогностическое значение 0,75).

Заключение. Латентная туберкулезная инфекция диагностирована в когорте среди больных СД в 23,7%, при ВИЧ инфекции – в 39,5% случаях, в когорте больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких – в 25,0% случаях и при онкогематологии – в 9,2%.

10

ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНО ТЕКУЩЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Ташпулатова Ф.К.[1], Мухтеремова В.Н.[1], Шарапова Г.Ш.[2], Рахимов Д.Б.[2]

[1]Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Оценить диагностическую значимость туберкулиновой пробы и Диаскинтеста, скринингового метода для изучения инфицированности и заболеваемости активным туберкулезом среди групп риска детского населения города. Ташкента.

Материалы и методы. Нами оценено эпидемиологическое состояние по туберкулезу среди групп риска детского населения за 2019 год в г. Ташкенте, где доля контингента группы риска в возрасте от 0 до 17 лет составляет 37,5%. Использованы методы иммунологической диагностики, согласно Приказа N383 МЗРУз (2014) для обследования контингента из групп риска. В течение 2019 года по городу методом туберкулиновой диагностики обследовано 16216 детей и подростков, что составило 53,0% от числа лиц, подлежащих обследованию. 75,6% лиц обследовано в условиях лечебно-профилактических учреждениях и семейных поликлиниках уровня ПМСП. Методом Диаскинтест обследовано 10994 детей в учреждениях оказания противотуберкулезной помощи.

Результаты исследования. Нами проведен анализ результатов туберкулиновых проб Манту среди детей и подростков группы риска на период 2019 года по г.Ташкенту. Всего обследовано 16216 детей и подростков, из которых положительный результат выявлен у 10994 (67,8%) детей и подростков. Всех туберкулиноположительных лиц дообследовали и по результатам положительных проб Диаскинтеста выделили 99 тест положительных лиц (0,9%). Среди лиц, положительно реагирующих на пробу Манту преобладают дети, особенно в возрасте до 6 лет (70,0%). Тогда как положительный результат на пробу Диаскинтест больше выявляется среди старшего контингента детей и подростков (1,6%) Данный факт указывает на то, что среди детей дошкольного возраста

часто выявляются положительные туберкулиновые пробы в виде посталлергической реакции на БЦЖ. В зависимости от возраста выявление положительных результатов на пробу Диаскинтест получено: среди когорты 0-2 год в 0,5% случаях; среди лиц 3-6 лет – в 0,8%; -7-14 лет в 7,3% и 15-17лет – в 16,3% случаях.
Выявление локального активного туберкулеза в течении года из числа детей с латентной туберкулезной инфекцией составило 0,04%.

Также нами проведен анализ пробы Диаскинтест в динамике у 57 детей с диагнозом туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, закончивших химиотерапию и состоящих на учете в ПТД в течении 2 лет., которым проба проводилась каждые 6 месяцев или ежегодно. Установлено, что у 87,5% в течении 2х лет и более сохраняется положительная проба на Диаскинтест. В большинстве случаев она имеет стабильный характер или некоторую тенденцию к угасанию.

Заключение. Дети и подростки с выявленными остаточными изменениями внутригрудных лимфатических узлах (кальцинатами) в 98,0% имеют положительные реакции на Диаскинтест, которые длительно сохраняются даже после длительного курса химиотерапии. У вакцинированных БЦЖ детей до 6-7 лет практически отсутствуют положительные реакции на Диаскинтест, а их частота составляет 0,5-0,8%.

Любой иммунологический тест необходимо делать в динамике (1 раз в год или 1 раз в 6 мес.), чтобы не пропустить первичное инфицирование, вираж реакции.

11 ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ИСТОЧНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Бекембаева Г.С.
НАО «Медицинский университет Астана», Астана. Республика Казахстан

Цель исследования. Определить факторы риска, способствующие инфицированию и заболеванию туберкулезом детей и подростков, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, в зависимости от приверженности к лечению источника заболевания.

Материал и методы. Для определения факторов риска заболевания детей и подростков из очагов МЛУ ТБ нами был разработан опросник - для детей, подростков и их родителей. Заполнены и анализированы 50 анкет на детей и 50 анкет на подростков, 68 источников МЛУ ТБ (туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью). Опросник содержал медико-социальные сведения о больном ТБ: всего 30 факторов.

Результаты. На основании анализа данных анкет, мы условно разделили детей и подростков из очага МЛУ ТБ на 2 группы. Первую группу составили 15 детей и 20 подростков, где у источника инфекции были отмечены перерывы в лечении (33 больных), вторую группу составили 35 детей и 30 подростков из очага, где больные регулярно получали лечение препаратами второго ряда на этапах интенсивной и поддерживающей фаз лечения (35 больных). В первой группе девочек было 65,0%, а во второй группе превалировали мальчики – 60,0%.

В основном, причинами прерывания лечения явились длительность лечения и наступившее улучшение общего самочувствия у источника заболевания, после начала лечения. Конверсия мазка мокроты у всех больных, приверженных к лечению наступила на 1-2 месяце лечения, а у 3 (9,0%) больных из группы больных со слабой приверженностью к лечению конверсия наступила лишь через 6 месяцев лечения.

У контактных детей и подростков из первой группы достоверно чаще отмечалась гиперергическая реакция на туберкулин (10,8%), чем у контактных из второй группы (3,4%) ($p \leq 0,05$).

Отсутствие приверженности к лечению источника заболевания и неполноценное выполнение профилактических мероприятий в очаге привело к тому, что в первой группе заболело 2 детей и 3 подростков (15,0%). Во второй группе заболел лишь один подросток (3,0%) ($p \leq 0,05$). Спектр лекарственной устойчивости контактных детей и подростков в 95,0% соотвествовал спектру источника заболевания.

12

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ И РЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Дадаходжаева Л.С., Содиков А.С., Хакимов М.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

В условиях сохранения эпидемиологической напряженности по туберкулезу в Узбекистане вопросы распространения инфекции среди детей сохраняют свою актуальность. В «Докладе о глобальной борьбе с туберкулезом» говорится о сложности диагностической верификации туберкулеза у детей при помощи микробиологических методов.

Цель исследования: сравнительно изучить клиническое течение и диагностику чувствительных и резистентных форм туберкулеза у детей.

Материалы и методы. Нами проведены исследования 85 детей, в возрасте от 1 мес. до 18 лет, в РСНПМЦФиП МЗ РУз. Среди обследованных лиц у 41пациентов выявили лекарственно-чувствительные формы ТБ и у 44 пациентов - резистентные формы ТБ. Были изучены клинико-лабораторные особенности течения туберкулеза у 40 детей раннего, дошкольного, школьного возраста и у 45 подростков, проходивших стационарный курс лечения.

Результаты. Исследования показали, что в возрастной структуре дети раннего возраста (от 2 мес. до 2-х лет) с ТБ составили 12,5%, а дети дошкольного (42,5%) и школьного (45,0%) возрастов встречались достоверно чаще. Среди подростков пациенты в возрасте от 15 до 17 лет составляли 66,7±7,0%, которые выявлялись в 2 раза чаще, чем больные в возрасте от 12 до 14 лет 33,3±7,0%. Среди исследуемых чаще встречался ТБ внутригрудных лимфатических узлов (49,4%) и туберкулез легких (40,0%), реже наблюдали внелегочный туберкулез (10,6%). Превалирующей формой среди пациентов туберкулезом органов дыхания были первичный туберкулезный комплекс (38,2%) и инфильтративный туберкулез легких (32,4%). Из симптомов туберкулеза у детей преобладали жалобы на кашель (63,5%), субфебрильную температуру тела (94,1%), снижение веса (80,0%); ночную потливость (64,7%), тогда как плаксивость (21,2%), боли в суставах (21,2%), диарея (4,7%) и головные боли (5,9%) встречались несколько реже. МБТ в мокроте были обнаружены только у 19 (22,4%) детей и подростков туберкулезом. Постановка накожных проб у детей ТБ показывает, что положительная реакция на пробу Диаскинтест встречалась в 1,6 раза чаще, чем положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ PPD-L (20,0±6,3% и 12,5±5,2% соответственно, $p<0,05$). Также, гиперергическая реакция на пробу Диаскинтест выявлена в 1,8 раза чаще, чем гиперергическая реакция на пробу Манту с 2 ТЕ PPD-L (45,0±7,8% и 25,0±6,8% соответственно, $p<0,05$). Из 46 из 85 больных детей ТБ (54,1%) были из контактов с больными туберкулезом., из которых контакт по чувствительной форме туберкулеза встречался у 48,2%, а - резистентные формы туберкулеза у 51,8%, среди который выше была доля пациентов с МЛУ-ТБ (56,8%) и ШЛУ-ТБ (25,0%)и значительно реже - пре ШЛУ-ТБ (15,9%).

Заключение. Туберкулез у детей чаще встречался у детей дошкольного и школьного возрастов и подросткового периода, отмечен высокий удельный вес его развития у детей из контактов с больными резистентными формами туберкулеза. У детей чаще констатируется ТБ внутригрудных лимфатических узлов и туберкулез легких, где

высок удельный вес инфильтративного ТБ, реже наблюдали внелегочный туберкулез. Бактериологическое подтверждение ТБ составляла ¼ от всех регистрируемых случаев ТБ у детей.

Данные факты определяют необходимость разработки иных мер в борьбе с ТБ среди детского населения.

13 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Зайиров М.Х., Газиев З.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрия и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

В настоящее время в условиях напряженной ситуации по заболеваемости туберкулезом отмечается и изменение структуры впервые выявленного туберкулеза органов дыхания в сторону увеличения числа деструктивных форм с бактериовыделением, а также роста числа резистентных штаммов микобактерий туберкулеза.

Цель исследования: изучение эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких на стационарном этапе.

Материалы и методы. Проанализировано 195 больных впервые выявленным туберкулезом легких, находящихся на стационарном лечении в Хорезмском областном центре фтизиатрии и пульмонологии в периоды 2017-2019 гг. Всем больным проводились клинико-лабораторные и рентгенологические методы исследования. Бактериоскопическое и бактериологическое исследование мокроты проводились до и после завершения интенсивной фазы лечения. Определение устойчивости к рифампицину проводили методом GeneXpert в референс лаборатории.

В исследование включены мужчин 123 (63%) и женщин – 72 (37%) лиц в возрасте: до 20 лет -9 (4,6%), от 21 до 30 лет -33 (16,9%), от 31 до 40 лет 36 (18,5%), от 41 до 50 лет -57 (29,2%), от 51 до 60 лет 38 (19,5%) больных и старше 60 лет – 22 (11,3%) больных.

Результаты. Контакт с больными туберкулезом установлен у 73 (37,5%) больных, из них семейный контакт – у 16 (8,2%), - в местах лишения свободы у 24 (12,3%).

Вредные привычки имели 97 (50,0%) больных, из которых злоупотребление алкоголем отмечали 20% больных, табакокурение - 68% больных, употребление инъекционных наркотиков – 7,1% случаев и 12,5% больных ранее находились в местах лишения свободы.

По клиническим формам туберкулеза: инфильтративный туберкулез выявлен у 120 (62%) больных, очаговый – у 11 (6%), диссеминированный – у 21 (11%), фиброзно-кавернозный - у 32 (16%), кавернозный - у 9 (5%), экссудативный плеврит - у 1 (0,1%). Туберкулома легких, бронхоаденит, туберкулез периферических лимфатических узлов встречались в единичных случаях (по одному случаю).

Сопутствующие заболевания выявлены у 94 (48,2%) больных, из них анемия – у 38 (40,5%), сахарный диабет 2 типа-у 29 (30,8%), ВИЧ-инфекция–у 7 (13%), гипертоническая болезнь – у 12 (13%), ХОБЛ–у 9 (9,5%), хронический холецистит– у 9 (9,3%), токсический зоб, хронический гепатит по 4 (3,8%) случая соответственно, вирусный гепатит С, аспергиллёз, миокардиодистрофия в единичных случаях.

Осложнения течения туберкулеза легких встречались у 58 больных (29,5%), из них у 33 (57,6%) развилась дыхательная недостаточность, у 10 (17,2%) - легочно-сердечная недостаточность, у 8 (14,8%) - кахексия, у 5 (8,6%) - кровохарканье, у 2 (3,4%) фиброторакс, у 1 (1,7%) выявлялись различные осложнения сопутствующих заболеваний.

Рентгенологически в 147 (75%) случаях процесс был односторонним, в 48(25%)– двухсторонним, с полостями распада – в 139 (71,4%) случаев.

У 180 (92%) пациентов зарегистрировано бактериовыделение, у которых в 61,2% случаях оно подтверждено бактериоскопическим методом и у 88% - бактериологическим. Лекарственная устойчивость к рифампицину обнаружена в 16 (23,9%) случаев.

Всем больным при поступлении назначена стандартная комбинированная химиотерапия по I-категории стратегии ПТП. После определения устойчивости к рифампицину 16 (14,3%) больных переведены на лечение по II-категории ПТП программе. Один больной переведен на лечение по II-категории из-за отсутствия абацилирования после продленной интенсивной фазы лечения. Следует отметить, что у этого больного при повторном обследовании мокроты на ТЛЧ чувствительность к рифампицину была сохранена.

В конце интенсивной фазы лечения у 127(65%) больных наблюдалось закрытие или уменьшение полостей распада и положительная рентгенологическая динамика за счет рассасывания инфильтрации, у 175 (89,6%) больных наступило абацилирование. Значительная положительная динамика отмечалась у 70 (35,7%) больных, незначительная положительная динамика - у 57 больных (29,4%). В 35 (17,8 %) случаев никаких изменений не наблюдалось. Нарушение режима химиотерапии отмечено в 23 (11,6%) случаев, из них 12 пациентов отказались от стационарного лечения и 11 больных самовольно покинули стационар.

Летальный исход отмечен в 2 (1%) случаях из-за прогрессирования туберкулезного процесса и различных осложнений.

Заключение. Эффективность лечения среди впервые выявленных больных туберкулезом достигает 75,1%. На современном этапе крайне важное значение имеет своевременное выявленные туберкулеза в общей лечебной сети и получение данных о чувствительности МБТ до начала лечения.

14

ИЗМЕНЕНИЯ СОСТОЯНИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАЗНЫМИ РЕЖИМАМИ ХИМИОТЕРАПИИ

Комиссарова О.Г.[1,2], Шорохова В.А.[1], Андреевская С.Н.[1], Абдуллаев Р.Ю.[1]

[1]ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва. Российская Федерация

[2]Российский национальный исследовательский медицинский университет (РНИМУ) им. Н.И.Пирогова, Москва. Российская Федерация

Цель исследования: изучение изменения состояния микробиоты кишечника у больных впервые выявленным туберкулезом легких в процессе лечения по 1-ому и 4 – ому режиму химиотерапии.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 24 пациента с впервые выявленным туберкулезом. В исследование включались пациенты

от 18 лет до 47 лет с подтвержденным диагнозом туберкулеза легких. Больные были разделены на две группы в зависимости от режима химиотерапии согласно спектру лекарственной устойчивости M. tuberculosis: в первую группу включены 12 пациентов, лечение которых проводили по 1 режиму химиотерапии (1-я группа). Во вторую группу вошли 12 пациентов, в лечении которых использовали 4 режим химиотерапии (2-я группа).

Состояние кишечной микробиоты исследовали путем применения бактериологического метода исследования нативных фекалий до начала, через 1 неделю, 1 и 3 месяца лечения. Культивируемые сообщества кишечной микробиоты оценивали по общему количеству микроорганизмов и по относительному распределению филотипов в паттерне каждого пациента. Были изучены следующие филотипы: *Bifidobacterium spp., Lactobacillus spp., Clostridium spp., Escherichia coli, Proteus spp., Providencia spp., Morganella spp., Citrobacter spp., Klebsiella spp., Enterobacter spp., Serratia spp., Staphylococcus spp., Enterococcus spp., Candida spp.* Для удобства анализа изменения структурного разнообразия микробного сообщества кишечной микробиоты было введено понятие энтеротип (определяли по преобладающему в сообществе микроорганизму). Также определяли степень нарушения кишечной микрофлоры согласно отраслевому стандарту.

Результаты. Необходимо отметить, что до начала химиотерапии у больных обследованных групп наблюдалось 4 энтеротипа, в состав которых входили представители нормофлоры. При этом, для большинства больных в обеих группах было характерно наличие бифидо-энтеротипа. Анализ динамики изменения состояния кишечной микробиоты показал, что в процессе лечения у больных обеих групп наблюдали резкое снижение числа *Bifidobacterium* с одновременным повышением *Lactobacillus, E. coli, Enterococcus и Klebsiella*, которое выявлялось уже через 1 неделю химиотерапии и сохранялось и через 3 месяца лечения. Также, начиная с 1 недели после начала лечения разнообразие энтеротипов в обеих группах обнаруживались энтеротипы, представленные 3-4 филотипами, включая условно-патогенную и патогенную микрофлору. Было установлено, что через 1 неделю лечения изменения, затрагивающие структуру микробиоты, были более существенными при применении 4 режима химиотерапии. Но в дальнейшем (через 1 и 3 месяца лечения) сравниваемые группы по этому показателю значимо не различались.

Анализ результатов исследования степени нарушений кишечной микробиоты показал, что в процессе лечения в обеих группах усугублялись исходные нарушения состояния кишечной микробиоты в виде повышения частоты встречаемости дисбиоза 2 и 3 степени. На начальном этапе лечения в группе пациентов, получавших 4 режим химиотерапии, количество больных с 3 степенью дисбиоза выявлялось чаще по сравнению с больными получавшими 1 режим химиотерапии. На последующих сроках значимых различий по этому показателю между сравниваемыми группами не наблюдалось.

Заключение. Анализ результатов исследования состояния кишечной микробиоты показал, что при применении 4-го режима химиотерапии на начальном этапе (через 1 неделю лечения) наблюдались более выраженные нарушения состояния кишечной микробиоты. Вероятно, это было связано с тем, что в состав первого режима ХТ входил один антибиотик широкого спектра действия (рифампицин), а в четвертый

режим – несколько (левофлоксацин, линезолид). В дальнейшем (через 1 и 3 месяца лечения) эти различия нивелировались.

15 ТУБЕРКУЛЁЗ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БОЛАЛАР ВА ЎСМИРЛАРНИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИ ХУСУСИДА

Муаззамов Б.Р., Хикматов Ш.Р.
Бухоро давлат тиббиет институти, Бухоро. Ўзбекистон
Бухоро вилоят фтизиатрия ва пульмонология маркази, Бухоро. Ўзбекистон

Бухоро вилоятида умумий аҳоли сони 1968268 ни ташкил этади, шундан 702444 нафари (36,7%) 0-17 ёшгача болалар. Туберкулёзга қарши барча тадбирлар фтизиатрлар ва умумий амалиёт шифокорлари билан бирга амалга оширилиб борилмоқда.

Болалар ва ўсмирлар орасида туберкулёзни аниқлаш асосан туберкулин ва Диаскинтест синамалари асосида амалга оширилиб келинмоқда, ҳозирги кунда квантиферон синамасини қўллашга тайёргарлик ишлари якунига етмоқда. Булардан ташқари туберкулёзга гумон бўлган болалар ва ўсмирларда флюорографик, рентген ва бактериоскопик, лимфа тугунлари цитологияси ва гистологик текширувлар асосида касалликни аниқлашда фойдаланилади.

Вилоят фтизиатрия ва пульмонология марказининг болалар бўлимида ушбу қўшимча текширувлар асосида 140 нафар бемор болалар ва ўсмирлар аниқланиб, шулардан 116 нафарида туберкулёз ташҳис аниқлангандан сўнг даволаш учун болалар бўлимига ётқизилган. Бўлимда рентген, томографик текширувлари билан бирга қон, сийдик, ахлат, юқори нафас йўллари ювиндиси таҳлилий текширувлари ўтқазилган.

Юқоридаги текширувлар натижасида тубинтоксикацияси билан-7(16,0%), кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулёзи-62(53,4%), бирламчи туберкулёз комплекси-38(39,7%), плеврит - 2 (1,7%,), инфилтратив туберкулёз - 1(0,9%), ўпканинг ўчоғли туберкулёзи -1 (0,9%), миллиар туберкулёз - 1(0,9%), ўпка туберкулёмаси - 1(0,9%), периферик лимфа тугунлар туберкулёзи - 3(2,6%) аниқланган.

Барча беморлар асосан болалар бўлимида даволаниб, 1-категория асосида стандарт (2/3HRZE) схемалар асосида комплекс антибактериал дорилар, яъне H50R75Z150+E400 учталик ва H75R150Z400E275 тўрталик комбинацияда буюрилган. Болалар бўлимида даволанаётганлар жадал даволаш режимига риоя қилиб, уларнинг тана вазни инобатга олиниб, изониазид 10мг/кг, рифампицин-10мг/кг, пиразинамид-30мг/кг, этамбутол-15мг/кг 56 дозада қабул қилишган. Юқоридагилар билан бирга беморлар витаминлардан: В1-1,0 (10-20 кунгача), В6-2,0 30 кунгача, В12-2,0 20 кунгача, С-2,0 30 кунгача, Магний В6-0,005 табл 1т. 2маҳал, гепатопротектор - Ливсон капсула, 1капсуладан 2 маҳал ва Ливсон сиропи 1чой қошиқдан 3маҳал 56 кунгача берилган. Иммуноцинк КИДС ва Имуннофер сироп 1чой қошиқдан 3маҳал 20кун. Ушбу дорилар билан бирга зарурият бўлганда замбуруғлар профилактикаси мақсадида Флюканазол 50,0 томир ичига томчилаб даволаш жараёнида уч маротаба юборилган. Булардан ташқари кўрсатмага асосан Проспан Бронхомунал, Пулмоксол, сироплари бир чой қошиқдан 3маҳал ўн кунгача, кўрсатмаларга асосан сенадексин, Парацетамол, Аналгин, Димедрол, Калций глюконат каби дорилар буюрилган. Касалхона шароитида беморлар ўртача 58-65 кунгача даволанганлар.

Даволаш натижалари таҳлил қилинганда яллиғланишнинг сўрилиши - 111(95,65%) ҳолатда, клиник ижобий ўзгариш - 4(3,5%) холатда, ўзгаришсиз -1(0,9%) холатда кузатилган.

Шундай қилиб ўпка туберкулёзи билан бир вақтда периферик хамда қорин бўшлиғи лимфа тугунлари туберкулёзи бўлган бемор болаларни консерватив ва жаррохлик йўллари билан комплекс тарзда антибактериал перапаратлар билан даволашни қанча барвақт бошласа ва узоқ узлуксиз қўлланилса, даволаш самарадорлиги хам шу қадар юқори бўлади. Болаларда туберкулёзни эрта аниқлашда янги иновацион диагностик-квантиферон тест усулини тезкорлик амалиётга қўлланишини бошлаш лозим.

16

ANTI-TUBERCULOSIS VACCINATION EFFICACY DEPENDING ON HOST GENETICS. EXPERIMENTAL STUDY

Nikonenko B.V., Logunova N.N., Sterzhanova N.V., Svetlana I. Kayukova S.I.
Federal State Budgetary Scientific Institution "Central Research Institute of Tuberculosis", Moscow. Russia

We studied the efficacy of anti-tuberculosis vaccination with BCG in mice of inbred strains and F1 hybrids (highly resistant to tuberculosis infection), representing a wide range of genetically determined differences in susceptibility to infection with a virulent *Mycobacterium tuberculosis* H37Rv (1). We used super susceptible mice of the I/St strain (the $H2A^j$, allele j determines increased susceptibility to tuberculosis), moderately susceptible BALB/c mice, recombinant congenic strains B6.I.100 and B6.I.139, resistant C57BL/6 and AKR, and highly resistant hybrids (C57BL/6xI/St)F1 and (AKRxI/St)F1, CBA/N mice that cannot be protected by BCG vaccination.

The greatest relative effect was found in susceptible mice, with the exception of highly susceptible I/St mice ($H2A^j$), which were practically not protected by the vaccination. With a significant effect of vaccination in inbred mice, their resistance to infection with *M. tuberculosis* nevertheless did not exceed that of non-vaccinated highly resistant to tuberculosis F1 hybrids.

In addition to BCG we tested vaccine properties of new attenuated *Mycobacterium tuberculosis* strain *Mtb*BN. This strain was prepared by 70 passages of a virulent *Mycobacterum tuberculosis* H37Rv strain on a 7H9 liquid medium (2). Genetically, this strain differs significantly from the original H37Rv by eight single nucleotide insertions and deletions (in/del) that differentiate the BN and H37Rv strains in the *Rv0092, Rv0997, Rv1046c, Rv1575, Rv2690c, Rv2933, Rv3655*c, and *Rv3911* genes, which led to a shift in the "reading frame" at corresponding protein loci.

It should be emphasized that mutations in the genes of the EXS-1/RD-1 region and in other secretion systems were not found, indicating that there is no relationship between a significant attenuation of *Mtb* BN and impaired secretion of virulence factors. The new attenuated strain has lost its virulence against laboratory mice. So, with intravenous administration of 10^6 CFU of this strain, mice of I/St strain (highly sensitive to tuberculosis infection) and C57BL/6 (resistant to tuberculosis infection) survived without any physiological changes during a year and a half of observation. The mycobacterial load in the organs during 1.5 years after the introduction of mycobacteria was insignificant and did not increase. Confirmed by histological examination. When studying the vaccine properties of the strain, it was shown that in a mouse model of tuberculosis, a new attenuated *Mtb*BN strain had a

protective property at the level of BCG. At the same time, the strain was more effective in I/St mice highly susceptible to tuberculosis infection and protected CBA/N mice, which were not protected at all by BCG vaccination.

17

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА НЕУДАЧ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ РАЗВИТИИ ПАНДЕМИИ COVID-19 В РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Павленко Е.П., Коломиец В.М., Польшикова Н.А.
ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Курск. Россия

Цель исследования: оценить значение и степень влияния отдельных социально-генетических факторов, в том числе полиморфных вариантов генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков (ФБК), на эффективность реабилитации туберкулеза (ТБ).

Материалы и методы. Всего наблюдали 326 больных различными формами ТБ легких, в преобладающем большинстве мужского пола - 272 (82,16%) и в возрастной группе 40-49 - 25,52%, 50-59 - 27,60%. У всех наблюдаемых выявлены деструкция легочной ткани (фаза распада) и бактериовыделение, из них очаговый ТБ и туберкулома диагностированы у 22 (6,25%), инфильтративный -119 (36,50%), диссеминированный – 115 (35,28%), кавернозный и фиброзно-кавернозный обнаружен у 70 (27,47%) больных. При этом у 172 (52,76%) обнаружены МБТ чувствительные ко всем антибактериальным препаратам, у 19 (5,83%) – устойчивость к одному АБП (кроме изониазида), у 16 (4,91%) – к нескольким АБП (кроме изониазида и рифампицина), у 94 (28,83%) и 25 (7,67%) в процессе лечения диагностирована МЛУ и ШЛУ МБТ, с учетом чего были изменены режимы антибактериальной терапии. 168 (51,53%) принимали антибактериальные препараты в течение интенсивной фазы основного курса (ИФ ОКЛ) по первому, 35 (10,74%) – второму, 32 (9,82%) – третьему, 85 (26,07%) – по четвертому и всего лишь 6 больным (1,84%в) назначался пятый режим. Пациенты обследованы и принимали этиотропную терапию в соответствии с федеральными стандартами, утвержденными приказом МЗ РФ №951 от 29 декабря 2014 года. При анализе результатов учитывали возможность сопряженного воздействия различных факторов риска, таких как злоупотребление психотропными веществами и алкоголем, степень социальной дезадаптации, сопутствующие заболевания и другие. Эффективность лечения учитывали после окончания ИФ ОКЛ по общепринятым критериям – прекращение бактериовыделения; положительная динамика по данным лучевых методов обследования (ЛМО) и степень ликвидации симптомов интоксикационного и грудного синдромов (иКС).

Результаты. Наиболее высокий уровень эффективности лечения (ВУЭЛ) достигнут у 85,29% больных с рецидивом, далее при впервые выявленном процесс – у 79, 26% и наиболее низкий – только у 77,33% больных ранее принимавших лечение (p<0,05). ВУЭЛ был неодинаков и у больных с различными клиническими формами ТБ легких (ТБЛ): 83,48% - при диссеминированном ТБЛ, 80,67% - при инфильтративном и лишь у 77,14% больных с фиброзно-кавернозным ТБЛ (p<0,05).

При изучении связи ДНК-полиморфизмов генов ферментов биотрасформации ксенобиотиков с эффективностью лечения установлено, но она была статистически значимой (p=0,046) у больных с генотипами E/E и D/D гена GSTM1, даже со скоррегированными другими факторами риска (пол, возраст, индекс массы тела, табакокурение и употребление алкоголя) - p=0,044. Связь же полиморфизмов других исследуемых генов (GSTT1(E/D, NAT2 (G590A), CYP2E1(-1293G>C) и ABCB1(3435C>T)) и эффективностью лечения не установлена (p = от 0,11 до 0,60). Связь ДНК-полиморфизмов генов ФБК с развитием побочных реакций при применения антибактериальных препаратов была статистически значимой только у больных с полиморфизмами G/G и G/A-A/A гена NAT2 (G590A) - p = 0,051 и 0,038. Изучение ассоциации полиморфизмов генов ФБК с риском развития побочных реакций у больных ТБ легких при назначении противотуберкулезных антибактериальных препаратов (ПТП) показал, что высокая вероятность риска развития побочных реакций ассоциировалась с полиморфизмом G590A гена NAT2 (OR=0.39 95% CI 0.14-1.04, p =0.051). Указанная ассоциация сохранялась и после коррекции по полу, возрасту, массы тела, курению и употреблению алкоголя (adjOR=0.36 95% CI 0.13-0.98, p =0.038). Других ассоциаций ДНК – полиморфизмов генов ФБК с развитием побочных реакций при назначении ПТП у больных не было выявлено.

Заключение. Определение приверженности лечению, как фактора риска неудач этиотропной терапии, оправдано и необходимо по показаниям, с использованием выявленных приоритетных факторов для коррекции основного курса лечения. При консультировании и ведении больных туберкулезом, как мультифакториальным заболеванием, рекомендуется использовать методы тестирования полиморфизма генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков с целью прогнозирования возможных осложнений и эффективности лечения, с последующим назначением индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий.

18 TUBEKRULYOZ KASALLIGINI O‘Z VAQTIDA ANIQLASHDA PROFILAKTIK TIBBIY KO‘RIKLARNING AHAMIYATI

Xakimov A.A., Xalim-zoda L.M., Muxamedov K.S., Xodjayeva M.I., Massavirov Sh.Sh., Qayumova S.S., Ongarbayev D.O., Mamatov L.B., Ergasheva G.M.
Toshket tibbiyot akademiyasi, Toshkent. O‘zbekiston

Tuberkulyoz kasalligi jiddiy yuqumli kasallikdir. Tuberkulyoz kasalligi bilan kasallanish ko‘pincha kasal odamdan sog‘lom odamlarga yuqish yo‘li bian sodir bo‘ladi. Ayniqsa, bolalar tuberkulyoz kasalligiga moyildir. Bola qanchalik yosh bo‘lsa, bu kasallik shunchalik og‘irroq kechadi. Organizmdagi gormonal o‘zgarishlar davrida, o‘smirlarda, tuberkulyoz kasalligiga moyillik ham ortadi. Statistik ma’lumotlarga ko‘ra, tuberkulyozning yangi aniqlangan faol shakllari bilan kasallanish avvagi yilgi ko‘ratgichga qaraganda kamaygan. Kasallik darajasining pasayishiga qaramay, epidemiologik ahamiyatga ega kasb egalari, maktabgacha ta’lim muassasalari o‘quvchilari, maktab o‘quvchilari, o‘rta va oliy kasb-hunar ta’limi muassasalarida tahsil olayotgan talabalar orasida tuberkulyoz kasalligi bilan kasallanish holatlari qayd etilishi davom etmoqda. Tuberkulyozni erta aniqlash kasallikni nazorat qilishning ajralmas qismidir. Tuberkulyoz kasalligi bilan og‘rigan bemorlarni erta aniqlash umumiy tibbiy tarmoq muassasalari tibbiyot xodimlari tomonidan tibbiy yordamga murojaat qilgan bemorlarni

ko‘rikdan o‘tkazishda, shuningdek aholining ayrim guruhlarini rejali profilaktik ko‘rikdan o‘tkazishda amalga oshiriladi.

Tadqiqotimizning maqsadi birlamchi tuberkuyoz kasalligini o‘z vaqtida aniqlashda profilaktik tibbiy ko‘riklarning ahamiyatini aniqlash.

Materiallar va metodlar. Tadqiqotda 2021-yil davomida Toshkent shahridagi 4-sonli tuman ftiziatriya dispanserida birinchi marotaba tuberkulyoz tashxisi qo‘yilgan 181 nafar bemorning ambulator kartasi retrospekrtiv tahlil qilindi. Tuberkulyoz kasalligi klinik, laboratoriya va rentgenologik ma’lumotlar asosida aniqlandi.

Natijalar. 2021-yil davomida yosh guruhlari bo‘yicha birinchi marta tuberkulyoz kasaliga chalinganlar 136 (%) kattalar, 45 (%) bolalar va o‘smirlarni tashkil qildi. Ulardan 135 nafari nafas a’zolari tuberkulyozi, 46 nafari o‘pkadan tashqari a’zolar tuberkulyozi bilan kasallangan. Profilaktik ko‘rik mobaynida 80 ta bemorda, kasalligi bo‘yicha tibbiy ko‘rikga kelgan bemorlardan 101 ta bemorlarda tuberkulyoz kasalligi aniqlangan. Profilaktik ko‘rikda aniqlangan tuberkulyoz bilan kasallangan bemorlarni 38 tasi kattalar, 42 tasini bolalar va o‘smirlarni tashkil qildi. Profilaktik ko‘rikdagi kattalar guruhidagi bemorlarni 18 tasida o‘choqli tuberkulyoz, 10 tasida infiltrative tuberkulyoz, 6 tasida tuberkulyoma va tarqoq o‘pkalar tuberkulyozi, kavernoz tuberkulyoz, siydik-tanosil a`zolar tuberkulyozi bilan 1 nafardan bemorlar kasallangani aniqlangan. Bolalar guruhida esa 29 nafarida ko‘krak ichi limfa tugunlar tuberkulyozi, 7 nafarida periferik limfa tugunlar tuberkulyozi, 4 nafarida latent tuberkulyoz infeksiyasi va birlamchi tuberkulyoz kompleksi 2 nafar bemorda aniqlangan.

Xulosalar. Bugungi kunga kelib tuberkulyozga qarshi kurashda uchta asosiy yo‘nalish mavjud: oldini olish, erta aniqlash va ratsional davolash. Chora-tadbirlarning profilaktika yo‘nalishi alohida ahamiyatga ega. Shunga ko‘ra, 2021-yil davomida Toshkent shahridagi 4-sonli tuman ftiziatriya dispanserida birinchi marotaba tuberkulyoz tashxis qo‘yilgan tuberkuyoz kasalligining deyarli yarimini profilaktik tibbiy ko‘rik mobaynida aniqlangan. Bu esa shundan dalolat beradiki, tuberkulyozga qarshi kurashishda profilaktik tibbiy ko‘riklar asosiy o‘rinlardan birini egalaydi. Ayniqsa, bolalar va o‘smirlarda tuberkulyoz kasaligini o‘z vaqtida, erta aniqlash tuberkuyozga qarshi davoni ratsional va adekvat olib borish, ushbu yuqumli kasallikni yurtimizda butunlay tugatishning asosiy omili bo‘lib hisoblanadi.

V ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ И ФАРМАКОНАДЗОР

19 РЕЗУЛЬТАТЫ НОВЫХ РЕЖИМОВ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА С ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Абулкасимов С.П., Парпиева Н.Н., Пулатов Ж.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить результаты лечения новых режимов лечения больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ).

Материалы и методы. Под наблюдением и лечением находились 127 больных с пре-ШЛУ и ШЛУ ТБ. Из числа пролеченных, количество больных с впервые установленным диагнозом активного туберкулёза составляют 9(7,1%) пациентов, остальные 118 (92,9%) были пациентами ранее леченными. У всех 127 больных (100%) установлен ШЛУ ТБ. Из ШЛУ больных: пре-ШЛУ с устойчивостью к фторхинолонам – у 57 (44,9%), пре-ШЛУ с устойчивостью к инъекционным препаратам второго ряда (ИПВР) – у 13 (10,2%), ШЛУ (устойчивость и к фторхинолонам и/или к другим препаратам группы А – Бедаквилину, Линезолиду), и к инъекционным препаратам второго ряда – у 57 (44,9%). Больным с пре – ШЛУ ТБ с устойчивостью к ИПВР проведены следующие схемы лечения: Bdq Lfx Lzd Cfz Cs E (при наличии чувствительности к Этамбутолу), Bdq Lfx Lzd Cfz Cs Z (при наличии чувствительности к Пиразинамиду), Bdq Lfx Lzd Cfz Cs Prt (при чувствительности к Протионамиду). Больным с пре – ШЛУ ТБ с устойчивостью к фторхинолонам и с ШЛУ ТБ проведены следующие схемы лечения: Bdq Lzd Cfz Cs Dlm Am (при наличии чувствительности к Амикацину); Bdq Lzd Cfz Cs Imp/Cln Amx/Clv; Bdq Lzd Cfz Cs Dlm. Генотипические тесты на лекарственную чувствительност (ТЛЧ) определяли методом HAIN MTBDR plus/sl, что дополнены фенотипическими ТЛЧ на препараты первого (Этамбутол - E, Пиразинамид – Z) и второго ряда (Моксифлоксацин – Mfx 0,25, Mfx 1,0, Левофлоксацин – Lfx, Амикацин – Am, Протионамид – Prt, Бедаквилин – Bdq, Линезолид – Lzd, Клофазимин – Cfz, Деламанид – Dlm). С учетом данных ТЛЧ после обсуждения на Лечебном Консилиуме проведены коррекции в режимах лечения больных с пре-ШЛУ и ШЛУ ТБ. Фенотипические ТЛЧ к препаратам первого и второго ряда также повторили при отсутствии конверсии мазка мокроты, или реверсии мазка мокроты у тех больных, которые лечились в поддерживающей фазе лечения.

Результаты. Эффективность лечения оценивалась по клиническим составляющим (уменьшение кашля, мокроты, одышки, исчезновения симптомов интоксикации, хрипов в легких, прибавление в весе), по рентгенологическим или компьютерно-томографическим результатам (закрытия полостей распада, уплотнении участков инфильтрации, уменьшении количество очагов обсеменений), а также по результатам посева (абациллирование подтвержденное посевом по 2 образцам в течении 2-х месяцев). За нарушения внутрибольничного режима выписаны 7 (5,6%) из 125 выписанных больных, по семейным обстоятельствам (преждевременно) – 26 (20,8%) пациентов. Всего преждевременно выписаны 33 (26,4%) пациента, что привело к снижению показателей эффективности лечения больных с пре-ШЛУ и ШЛУ ТБ. Рассасывание, уплотнение или

закрытие полостей распада среди впервые выявленных больных отмечалось у 9 из 9 (100,0%) пациентов. Абациллирование у них наступило также в 100,0% случаях. Рассасывание, уплотнение или закрытие полостей распада среди ранее леченных больных отмечалось у 44 из 118 (37,2%) больных. Абациллирование среди них наступило у 83 из 118 (70,3%) пациентов. Всего рассасывание, уплотнение, закрытие полостей распада наблюдались у 53 больных (42,4%), абациллирование - у 92 (73,6%) из 125 выписанных больных. Проведено оперативное лечение у 15 больных, которым проведено 17 плановых операций (пульмонэктомия – 1, лобэктомии - 5, комбинированные сегментарные резекции – 2, сегментарные резекции – 6, задне-верхняя 4-х реберная торакопластика – 2, торакоцентез и дренирование – 1). Сочетание хирургического лечения с терапевтическим лечением позволило повысить эффективность у больных с ШЛУ ТБ на 12% (у 15 из 125 выписанных пациентов). У 2 больных наблюдался летальный исход (1,6%) ввиду профузного легочного кровотечения у 1 больного и тромбоэмболии легочной артерии у 1 больного.

Заключение. Абациллирование на госпитальном этапе (в интенсивной фазе лечения) у больных с ШЛУ ТБ достигнуто 73,6% случаев при применении новых режимов лечения. Рассасывание, уплотнение и закрытие полостей распада у больных с ШЛУ ТБ достигнуто у 42,4% случаев. Сочетание хирургического лечения с терапевтическим лечением у больных с ШЛУ ТБ повысило эффективность на 12%. Летальность больных при лечении ШЛУ ТБ по новым режимам составила 1,2% от пролеченных случаев.

20

ADVERSE EFFECTS OF CHEMOTHERAPY IN PATIENTS WITH MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS WITH ALCOHOL ABUSE AND WITHOUT ONE

Aleksa A, Dziamidzik S., Wolf S., Tsiunchyk A., Shejfer Y.
Grodno State Medical University, Grodno. Belarus

Relevance. Alcohol abuse is a serious risk factor for developing tuberculosis. In patients with alcohol dependence syndrome, immune defenses are destroyed, and the functioning of internal organs is disrupted. Alcohol in pulmonary tuberculosis blocks the action of drugs. In addition, patients with alcohol dependence syndrome are characterized by low compliance to therapy. They often do not follow the rules of the treatment regimen.

Current treatment regimens for the patients with MDR-TB include 5-6 and more drugs.

Purpose of work. To evaluate the impact of alcohol dependence syndrome on the development of adverse reactions to anti-TB drugs in patients with MDR-TB

Materials and methods. 366 patients with MDR-TB were examined in GRCC “Phthisiatry”: 203 patients with alcohol abuse - 1st group and 163 people without alcohol abuse - 2nd group. According to the method of chemotherapy group didn’t differ. Statistical processing of the obtained data was carried out using STATISTICA software (version 10.0).

Results. Adverse effects (AE) occurred in 170 patients (83.7%) in the 1st group, in the 2nd group - 118 (72.4%), the differences were significant, $p < 0.05$. Allergic reactions occurred in 13.8% patients (1st group) and 11.9% patients (2nd group), $p<0.05$. In 145 cases (13.8%) in the 1st group and 99 ones in the 2nd group of patients toxic reactions were noticed ($p<0.05$).

Frequency of moderate or severe AE was 41.9% of the total number of patients in the 1st group, which was significantly higher than in the 2nd group - 28.2%, p <0.05. Index of irremovable AE was higher in the 1st group - 25.8% (42 patients) versus 12.9% (21 patients) in the 2nd group, p = 0.05. Hepatotoxic reactions occurred more often in the 1st group - 58 patients (28.6%), while in the 2nd one - only in 24 people (14.7%), p <0.05. Hepatotoxic reactions were manifested most often in the form of significant or moderate increase of liver enzymes (ALT and AST) in blood, less often by increase of the level of bilirubin. There were also icterus of the skin, nausea, general weakness. One patient died from severe toxic hepatopankreatitis.

Conclusions. Adverse effects are occurred often in patients with MDR -TB, generally in 78.7% of patients. Toxic reactions (predominantly hepatotoxicity) among the alcohol abusers are significantly more often likely than those among patients without alcohol abuse. Also more common more severe and unremovable adverse effects were observed in individuals with alcohol abuse.

21

ПРОЛОНГИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕДАКВИЛИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ У РЕБЕНКА

Губкина М.Ф.[1,2], Хохлова Ю.Ю.[1], Юхименко Н.В.[1], Петракова И.Ю.[1], Стерликова С.С.[1]

[1]ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва. Россия

[2]ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва. Россия

Введение: пациенты с множественной лекарственной устойчивостью *M.tuberculosis* (MDR-TB) являются наиболее сложной группой пациентов с низкой эффективностью лечения из–за устойчивости к двум основным противотуберкулезным препаратам – Изониазиду и Рифампицину. Новый противотуберкулезный препарат Бедаквилин (Bdq) отнесен к группе наиболее эффективных препаратов и включен в схемы лечения MDR-TB. Препарат обладает кардиотоксическим эффектом, его применение ограниченно сроком 6 месяцев. С 2019 года Bdq разрешен к применению у детей в возрасте 6 лет и старше. ВОЗ констатирует, что в отношении оценки риска и пользы при применении Bdq у пациентов в возрасте 6-17 лет информации недостаточно, также как относительно использования Bdq на протяжении более 6 месяцев.

Цель исследования: представить опыт пролонгированного применения Бедаквилина в схеме лечения MDR-TB с ограниченным количеством лекарственно-чувствительных препаратов у ребенка.

Методы и материалы: история болезни пациентки 12 лет с MDR-TB с неэффективным предшествующим курсом химиотерапии. Проводилось расширенное тестирование лекарственной чувствительности МБТ к противотуберкулезным препаратам. Эффективность лечения оценивали по срокам негативации мокроты и закрытия полостей распада. Мониторинг кардиотоксического эффекта Бедаквилина включал проведение ЭКГ с оценкой интервала QT_c 1 раз в 2 недели.

Результаты. Данные тестирования МБТ на лекарственную чувствительность показали сохраненную чувствительность к 4 препаратам: Амикацин, Циклосерин,

Линезолид, Бедаквилин (AmCsLzdBdq). Амикацин отменен через 3 месяца в связи с развитием нейросенсорной тугоухости. Лечение продолжено в комбинации CsLzdBdq. Общий курс химиотерапии составил 18 месяцев. Прекращение бактериовыделения отмечено через 1 месяц, полости распада закрылись к 18 месяцам. Не наблюдалось кардиотоксического эффекта при длительном применении Бедаквилина.

Заключение. Индивидуальный подход к выбору лекарств с включением Бедаквилина и его длительным приемом был обусловлен тяжестью заболевания и ограниченным выбором противотуберкулезных препаратов в соответствии с тестированием на лекарственную чувствительность. Показана высокая эффективность и безопасность длительного применения Бедаквилина у ребенка 12 лет.

22 ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН

Демидик С.Н., Алексо Е.Н., Санукевич А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно. Республика Беларусь

Актуальность. Туберкулез, значимо влияет на соматическое и репродуктивное здоровье женщин. В 2017 году в мире туберкулезом заболело около 3,2 миллиона женщин. Туберкулез является одной из ведущих причин смерти женщин репродуктивного возраста.

Цель исследования. Оценить исходы и эффективности лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза у пациенток Гродненской области.

Материалы и методы. Объект исследования 114 пациенток с рифампицин-устойчивым туберкулезом легких (РУ-ТБ) с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий к противотуберкулезным лекарственным средствам. В исследуемой группе преобладали женщины репродуктивного 87 (76,3%) и работоспособного 97 (85,1%) возраста. При поступлении в клинику инфильтративный туберкулез легких диагностирован у 78 (68,4%) пациенток, очаговый – у 11 (9,6%), отмечена высокая доля фиброзно-кавернозной формы заболевания – у 16 (14,1%). Наличие полости распада или каверны томографическим методом подтверждено в 67 (58,8%) случаях. У 93 (81,6%) женщин выявлено наличие значимых отягощающих факторов риска. Все женщины получали индивидуальную химиотерапию.

После основного курса лечения проведена оценка ее эффективности (когортный анализ). Для чего использовались критерии: «успешное лечение» – сумма случаев с исходами «излечение» и «лечение завершено»; «не успешное лечение» – случаи туберкулеза с исходами «неэффективное лечение», «смерть», «потеря для последующего наблюдения».

Результаты. При оценке результата основного курса лечения пациенток с РУ-ТБ «успешное лечение» было достигнуто у 54 (47,4%) женщин. «Неэффективное лечение» с отсутствием негативации мокроты к моменту окончания интенсивной фазы или ее бактериологической реверсией на фазе продолжения установлено у 34 (29,8%) женщин. Следует отметить высокую частоту случаев, когда пациентки с РУ-ТБ умерли (от любой из причин) на фоне проводимой химиотерапии – 14 (12,3%).

Заключение. Установлено, что к концу лечения РУ-ТБ исход – «успешное лечение» был достигнут лишь у 47,4% женщин. Не высокая частота успешного лечения

обусловлена, на наш взгляд, комплексом причин - множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, высокой долей распространенного туберкулезного процесса в легких с наличием деструкции, высоким процентом отягощающих факторов риска и низкой приверженностью к терапии.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЁГКИХ С ШЛУ ВОЗБУДИТЕЛЯ

23

Захаров А.В., Тихонов А.М., Комиссарова О.Г., Романов В.В., Эргешов А.Э.
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулёза»,
Москва. Россия

Введение. Туберкулёз с широкой лекарственной устойчивостью возбудителя является главной проблемой мировой и отечественной фтизиатрии. В РФ на фоне снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулёзу и абсолютного количества больных отмечается нарастание доли пациентов с множественной и широкой ЛУ (МЛУ/ШЛУ) возбудителя. По итогам 2021 года доля впервые выявленных больных с МЛУ-ТБ составила 31%, а среди состоящих на учёте этот показатель превысил 60%. При этом 22% от МЛУ-ТБ составляют пациенты с ШЛУ-ТБ. Клиническое излечение впервые выявленных бактериовыделителей с ТОД составляет 41%, а с деструкцией лёгочной ткани–39%, при этом доля хирургических методов в излечении больных снижается и составляет 6-8 %. Пациенты с ШЛУ-ТБ являются не однородной группой и отличаются по клинико-рентгенологическим, бактериологическим и ряду других характеристик в зависимости от давности заболевания и эффективности предшествующей химиотерапии.

Цель исследования состояла в оценке особенностей клинического течения и эффективности комплексной химиотерапии у разных категорий больных ШЛУ-ТБ лёгких.

Материалы и методы. В открытом сравнительном ретро- и проспективном исследовании обследован 271 больной ШЛУ-ТБ лёгких, проходивший лечение в клинике ФГБНУ «ЦНИИТ» в 2012-2020 гг. Мужчин было 124 (45,8%), женщин–147 (54,2%), при этом 66,0% находились в возрасте 30-50 лет. Впервые выявленных было 49 (18,1%), ранее леченных–201 (74,2%), больных с рецидивами-21 (7,7%). У 36 (17,9%) ранее леченных больных был 1 курс неэффективной химиотерапии, у 91 (45,3%)-2 курса, у 74 (36,8%)- 3 и более неэффективных курса лечения. У 21 впервые выявленного, 75 ранее леченных и 8 больных с рецидивом заболевания, Бедаквилин не использовался, в связи с тем, что они проходили лечение в период 2012-2013 г.г., когда Бедаквилин не применялся в клинике ЦНИИТ. Это позволило провести ретроспективный сравнительный анализ разных режимов химиотерапии.

Результаты. У впервые выявленных больных ШЛУ-ТБ лёгких чаще наблюдалась инфильтративная форма (44,9%), деструкции не более 2 см (55,6%) и скудное бактериовыделение (63,3%). У ранее леченных - фиброзно-кавернозный ТЛ (84,1%), деструкции размером более 2 см (90,9%) и массивное бактериовыделение (70,6%). При рецидивах заболевания - инфильтративная форма (42,9%), деструкции 2-4 см (55,6%) и массивное бактериовыделение (76,2%). У впервые выявленных больных ШЛУ туберкулёзом лёгких дополнительные спектры ЛУ МБТ выявлялись не более, чем к 3-м противотуберкулезным препаратам (89,8%), в том числе к Пиразинамиду (38,8%),

Протионамиду (38,8%), Циклосерину (8,1%). У ранее леченных – к 3 и более препаратам (73,2%), в том числе к Пиразинамиду (75,1%), Циклосерину (33,5%), Бедаквилину (5,5%), Линезолиду (4,0%). При рецидивах – к 3-м и более химиопрепаратам (61,9%), в том числе чаще к Пиразинамиду (61,9%), Циклосерину (24,0%), Бедаквилину и Линезолиду по 4,8 %. У впервые выявленных больных ШЛУ-ТБ лёгких частота применения в составе комплексного лечения пневмоперитонеума составила 87,8%, клапанной бронхоблокации – 69,4%, оперативного лечения– 75,5%. У ранее леченных больных–75,1%, 43,3%, 72,6% соответственно. При рецидивах заболевания – 61,9%, 47,6%, 61,9% соответственно. У больных впервые выявленным ШЛУ-ТБ лёгких оперативное лечение чаще применялось через 2-4 месяца лечения (61,2%), у ранее леченных больных–чаще через 6-8 месяцев (79,5%), у больных с рецидивами–через 6-8 месяцев лечения (76,9%). Эффективность комплексного лечения больных впервые выявленным ШЛУ-ТБ легких с применением режимов химиотерапии, включающих одновременно Линезолид, Бедаквилин и фторхинолоны, к 4 месяцам терапии была статистически значимо выше по сравнению с пациентами, получавшими режимы химиотерапии без Бедаквилина (соответственно 66,7% и 36,4%; 40,0%; $p<0,05$). Эффективность комплексного лечения ранее леченных больных при одновременном применении Линезолида, Бедаквилина и Моксифлоксацина позволяет добиться наиболее высоких результатов по прекращению бактериовыделения к 8-ми месяцам лечения по сравнению с другими режимами (соответственно 85,7% и 65,8%; 70,3%; $p<0,05$). При рецидивах заболевания эффективность данного режима составляет 80,0% по сравнению с другими режимами, не содержащими Бедаквилин – 75,0 и 75,5% соответственно. Эффективность комплексной химиотерапии, включая оперативное лечение и клапанную бронхоблокацию, к окончанию интенсивной фазы составила: по абацилированию у впервые выявленных больных – 83,7%, ранее леченных – 76,2%, при рецидивах заболевания – 76,1%; по ликвидации полостей – у 71,1%, 56,1% ($p<0,05$) и 50,0% ($p<0,05$) соответственно.

Заключение. Современное лечение ШЛУ-ТБ лёгких предполагает комплексный подход с использованием коллапсотерапевтических и хирургических методов. Своевременное применение хирургии у больных ШЛУ-ТБ лёгких является резервом в повышении эффективности комплексного лечения, сокращает сроки и улучшает прогноз заболевания. Сохраняя принцип индивидуального подхода, у впервые выявленных больных оно может применяться после 2-4 месяцев интенсивной предоперационной подготовки, включая коллапсотерапию и клапанную бронхоблокацию.

ИЗУЧЕНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ РЕЗЕРВНОГО РЯДА В ЛЕЧЕНИИ УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

24

Мухтеремова В.Н.[1], Рахимов Д.Б.[2]

[1]Ташкентский Педиатрический Медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) по-прежнему представляет собой кризисную ситуацию и угрозу безопасности в области здравоохранения. Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза у детей

сопряжено с определёнными трудностями, включая возрастные ограничения в применении препаратов резервного ряда, необходимость непрерывного приёма лекарственных препаратов на протяжении 18-20 мес.

Цель исследования. Изучить влияние химиотерапии препаратами резервного ряда на результаты лечения детей с лекарственно-устойчивым туберкулёзом.

Материалы и методы. В течение 2019-2020 гг. проведено исследование для оценки переносимости и эффективности стандартных курсов химиотерапии у 25 детей в возрасте 5-17 лет с подтверждённым или вероятным легочным МЛУ-туберкулёзом на базе детского отделения РСНПМЦФиП. В исследование включены дети и подростки обоего пола в возрасте 5-17 лет с впервые выявленным туберкулёзом органов дыхания с установленной устойчивостью МБТ к Изониазиду и Рифампицину (HR) или только к Рифампицину (R) или из контакта с больным МЛУ ТБ. У всех исследуемых больных отсутствовало тяжелое сопутствующее заболевание (ВИЧ, сахарный диабет в стадии декомпенсации, эпилепсия).

Результаты. Из 25 пациентов, включенных в исследование у 16 (64,0%) диагностирован туберкулёз ВГЛУ, у 4 (16,0%) - первичный туберкулёзный комплекс (ПТК), у 2 (8,0%) - ограниченный экссудативный плеврит, у 3 (12,0%) пациентов в возрасте 14-17 лет диагностирован инфильтративный туберкулёз в фазе распада. 22 (88,0%) пациента до выявления заболевания находились в контакте с больными с МЛУ/ШЛУ туберкулёзом. На учете у врача фтизиопедиатра в диспансерном отделении состояло 19 (76%)детей. Длительность контакта варьировала от 2 до 3 лет.

МБТ в образцах мокроты обнаружены у 2 детей и 3х подростков. В 3 случаях из 5 устойчивость МБТ регистрирована к HR; Стрептомицину (S) и Пиразинамиду (Z).

Схема химиотерапии составлена с учетом устойчивости и чувствительности МБТ, полученных у больного ребёнка, а при отсутствии МБТ по данным предполагаемого источника инфекции. Длительность курса химиотерапии, в среднем, составляла 12-16 месяцев в зависимости от клинической формы туберкулеза, фазы процесса, динамики на фоне лечения, переносимости лекарственных препаратов.

В целом, дети и подростки удовлетворительно переносили схемы химиотерапии. Переносимость оценивали по клиническим признакам (тошнота, рвота, слабость, плохой аппетит) и лабораторным показателям (эозинофилия, повышение АСТ и АЛТ). Побочные явления на противотуберкулёзные препараты с временной отменой и последующей их заменой наблюдались у 3 (11,8±2,2%) из 25 детей, у которых на фоне жалоб отмечалось повышенные показатели трансаминаз. По данным КТ обследования органов дыхания через 2-3 месяца от начала лечения у 2-х детей и 3-х подростков с наличием инфильтрации в легочной ткани, отмечена значительная положительная динамика легочного процесса. После 2-х месяцев лечения МБТ при исследовании мокроты всеми доступными методами - не обнаружено.

Заключение. По результатам проведенного клинического обследования детей и подростков с МЛУ ТБ констатировано, что курсы химиотерапии продолжительностью 12-16 месяцев, с ограниченными туберкулёзными процессами при установленной или предполагаемой МЛУ возбудителя являются эффективными.

25

ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ

Хакимов М.А.[1], Ташпулатова Ф.К.[2], Абдусаломова М.И.[2], Дадаходжаева Л.С.[2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

[2]Ташкентский медицинский педиатрический институт, Ташкент. Узбекистан

В условиях общей напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу в мире наметилась тенденция к увеличению в числа детей с резистентными формами туберкулеза (ТБ), которые часто сопровождаются нежелательными явлениями на противотуберкулезные препараты.

Цель исследования. Изучить частоту и характер нежелательных явлений (НЯ) на противотуберкулезные препараты у детей.

Материалы и методы. В исследование включены 302 детей ТБ в возрасте 1-17 лет, находящихся на стационарном лечении в детской фтизиатрической клинической больнице Ташкентской области и в детском отделении РСНПМЦФиП МЗ РУз. Среди пациентов, обследованных чаще встречались подростки от 11 до 17 лет (46,6%), мальчиков 52,6% и девочек – 47,3%.

Результаты. При комплексной терапии 302 детей туберкулезом у 135 (44,7%) пациентов выявлены НЯ на противотуберкулезные препараты (ПТП). Среди различных синдромов НЯ на противотуберкулезные препараты, нарушения функции желудочно-кишечного тракта установлены у 40,8%, лекарственные гепатиты - у 32,0%, аллергии и токсические нефропатии - у 20,4% и нейротоксические синдромы - у 16,5% детей ТБ. Изучение степени тяжести НЯ на ПТП показали, что легкая степень тяжести НЯ встречались у 43,7%, средняя степень тяжести НЯ – у 51,5% больных, реже наблюдали тяжелую степень НЯ (4,8%). Средней степени тяжести НЯ установлены у 75,0% пациентов с резистентными формами ТБ. НЯ легкой степени тяжести выявлены у 60,3% лиц с чувствительными формами ТБ. При количественном изучении НЯ на ПТП у детей ТБ нами установлено, что одно НЯ выявлялось у 65,0%, два НЯ – у 17,5% и три НЯ – у 12,6% больных. В процессе химиотерапии одно НЯ обнаружено в 1,7 раза чаще у пациентов с чувствительными формами ТБ, чем у лиц с резистентными формами ТБ (76,2±5,3% и 45,0±7,8% соответственно, $P < 0,05$). Анализируя факторов риска НЯ у детей ТБ выявили, что относительно высокий риск возникновения НЯ установлен у девочек (СШ = 2,31; 95% ДИ 1.27-4,21) и у лиц, получающих ПТП 2-го ряда (СШ = 4,938, 95% ДИ 2,22-10,9). Среди детей и подростков с различными формами ТБ высокий риск возникновения НЯ отмечен у лиц с резистентными формами ТБ (СШ = 19,7; 95% ДИ 7,104-54,92), из них более высокий риск установлен у пациентов с МЛУ формой ТБ (СШ = 29,16; 95% ДИ 7,563-112,4) и с ШЛУ формой ТБ (СШ = 49,0, 95% ДИ 2,53-948,67).

Заключение. Проведенное исследование позволило выявить новые закономерности течения ТБ у детей на современном этапе без и с НЯ на ПТП. Установлены частота и спектр НЯ на ПТП у детей туберкулезом от 1-х месяца до 18 лет с выделением особенностей развития заболевания. С целью раннего выявления НЯ на ПТП следует обеспечить систематический мониторинг за функциональным состоянием печени и наблюдение невролога, оториноларинголога, кардиолога и офтальмолога в процессе лечения.

26 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ И ЭХОГРАФИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК

Алимов А.Р., Хакимов М.А.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

На современном этапе диагностика туберкулеза почек (ТП) приобретает исключительное значение. Лучевые методы обследования заняли прочное место в диагностике и дифференцировании ТП. К рентгенологическим методам, используемым традиционно, добавились эхография, компьютерная и магнитно-резонансная томография. ТП.

Цель исследования. Изучить чувствительность, специфичность и эффективность рентгенологических и эхографических данных в диагностике туберкулеза почек.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-лабораторное и лучевое обследование 344 больных ТП. Рентгенологическое исследование почек включало в себя обзорную и экскреторную урографию. Эхография почек проводилась на аппарате “ACUSON P300” (Германия), работающего в режиме реального времени с использованием линейного, секторального, конвексного датчиков с частотой 3,5–5,0 МГц. Диагностическую эффективность примененных нами исследований рассчитывали по Grange J.M., Laslo A. (1990).

Результаты. Для систематизации эхографической семиотики и выявления эхографических критериев туберкулезного поражения почек были комплексно обследованы 344 больных. Согласно эхографическим исследованиям, при различных формах ТП увеличение размеров почки выявлялись в 41,8%, неровность контуров почки – в 75,9% случаев. Довольно часто у больных ТП отмечены поражения чашечно-лоханочного комплекса: деформация чашечно-лоханочной системы в 79,1%; уплотнение – в 67,2%; склерозирование – в 63,1%, «петрификаты» в паренхиме почки – в 50,3%, полостные образования в паренхиме почки в 51,2% случаев. Сравнительный анализ эхографических и рентгенологических методов показал, что четкие эхографические признаки ТП были установлены в 76,2% случаях, рентгенологические – в 51,2% случаях. При ограниченных формах ТП четкие эхографические признаки определялись до 45,7% и рентгенологические – до 75,7% случаев. При распространенных формах ТП выявлялись эхографические четкие признаки ТП до 83,6% случаях, рентгенологические – до 44,9%. При поликавернозных и фиброзно-кавернозных формах ТП четкие эхографические признаки встречались почти у всех (90,7%) больных, а четкие рентгенологические признаки - только у 1/3 больных ($P<0,01$). При туберкулезном нефроциррозе четкие эхографические признаки установлены у 90,5% больных, - рентгенологические четкие признаки заболевания выявлены лишь в 14,3% случаев. Четкие признаки ТП установлены при эхографии в 76,2%; а при экскреторной урографии – в 51,2% случаев. При запущенных деструктивных формах ТП четкие эхографические признаки выявляются чаще (86,8%), чем рентгенологические – (51,2%).

Заключение. Эхография является высокоинформативным методом выявления туберкулеза почек, методом дифференциальной и топической диагностики. Точность метода в диагностике ТП составляет 78,5%, специфичность – 89,7%. Эхографические признаки ТП прямо зависят от глубины патоморфологических изменений. Проведенные нами сравнительные исследования показали высокую информативность эхографии почек в выявлении ТП.

27 К ВОПРОСУ О ТАКТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ И НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ СПОНДИЛИТОВ

Вишневский А.А., Наумов Д.Г., Карпушин А.А.
ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии», Санкт-Петербург. Российская Федерация

Инфекционные спондилиты (ИС) - это этиологически разнородная группа заболеваний, характеризующаяся поражением структурных элементов позвоночника (тел позвонков, межпозвонковых дисков, связочного аппарата, межпозвонковых суставов), включающая вызванные любым бактериальным агентом инфекционные поражения, либо являющиеся осложнением хирургического вмешательства или манипуляции на позвоночнике. Несмотря на относительно редкую встречаемость ИС, частота составляет 1,0 ÷ 2.5 случая на 100 000 населения. В ряде случаев от 5,8 до 14,6% случаев заболеваний осложняются сепсисом, а в 1,2 ÷ 8% приводят к летальным исходам.

Материалы и методы. Дизайн – моноцентровая когорта. Набор клинического материала выполнен на базе Научно-клинического центра патологии позвоночника ФГБУ СПб НИИФ МЗ РФ с 2018 по 2021. В СПБ НИИФ ежегодно проводится хирургическое лечение у 600-700 пациентов с инфекционными спондилитами. Из них в 35-45% составляют неспецифические остеомиелиты позвоночника (НОП), 45-55% - туберкулезные спондилиты (ТС), 10-15% -последствие ранее перенесенных ИС. Разработанная в СПБ НИИ фтизиопульмонологии тактическая классификация для подострых и хронических форм ИС базируются на определении стадии заболевания, объема деструкции, степени неврологических нарушений. Нестабильность позвоночника изучали по адаптированной для ИС шкале SINS. Состояние пациентов до и после операции оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), шкалам ASIA, ODI и SF-36.

Результаты. Терапия острых форм ИС базируется на комплексном подходе и сочетает в себя применение таргентной химиотерапии, методов детоксикации (включая экстракорпоральные методики) и синдромальную хирургию в соответствии с тактической классификацией E.Pola (2017). Своевременная 6-8 недельная антибиотикотерапия позволяет купировать острый НОП у 52-75% пациентов. Основой для назначения антибактериальных препаратов является идентификация возбудителя и его лекарственной чувствительности/устойчивости, которая базируется на результатах посевах крови и исследований пунктата абсцесса или трепанбиопсии позвонков. Химиотерапия ТС регламентируется режимами, базирующимися на стандартах ВОЗ и Национальных клинических рекомендаций РФ. Хирургическое лечение спондилита рекомендуется с целью купирования воспалительного процесса, восстановления стабильности и опороспособности позвоночника. Показаниями к хирургическому

лечению являются паравертебральные абсцессы, гнойные затеки, в т.ч. при септическом состоянии у гемодинамически стабильных больных; неэффективная антибактериальная терапия с прогрессированием заболевания или сохранением клинических жалоб, появление/прогрессирование или сохранение неврологических нарушений при доказанном сдавлении спинного мозга эпидуральным абсцессом, секвестрами и т.д.; хроническое течение спондилита, сопровождающееся клиническими жалобами - болями в спине, свищами, температурой, прогрессированием деформации, а также лабораторной активностью. Не рекомендуется проводить хирургическое лечение пациентов, находящихся в крайне тяжелом соматическом, угрожающем жизни, состоянии с целью предупреждения неблагоприятных результатов лечения (ASA 4 ст, при септических состояниях и т.д.).

При нарастающих неврологических нарушениях в условиях компрессии спинного мозга абсцессов и разрушенными телами позвонков оперативное лечение проводится по неотложным показаниям. Санацию очага проводят как самостоятельную операцию или как этап реконструктивной операции, используя открытую, малоинвазивную или эндоскопическую технику. Следует отметить, что ляминэктомию в качестве самостоятельной операции проводят только при остро развившихся неврологических нарушениях (давность – менее 48 часов) и доказанной компрессии спинного мозга. При ИС с нестабильностью позвоночника ламинэктомию без последующей инструментальной стабилизации не проводят. Заднюю инструментальную фиксацию при спондилите, не осложненном вторичной деформацией позвоночника рекомендуется проводить с использованием малоинвазивных методов (MISS – технологии).

Восстановление стабильности позвоночника достигают путем реконструкции передней колонны позвоночника с использованием аутотрансплантатов (гребень крыла подвздошной кости, ребра, большеберцовая кость), аллотрансплантатов или небиологических комбинированных имплантов (титановых типа Pyramesh или пластмассовых кейджей с аутокостью Задняя фиксация дополняется чрезкожной или открытой инструментальной фиксацией. Транспедикулярные винты непосредственно на уровне разрушенных позвонков не применяют.

Коррекция деформации позвоночника обеспечивается путем проведения различных типов остеотомий и инструментальных фиксаций позвоночника, которые проводятся из заднего доступа одномоментно или поэтапно. При кифозах выполняются мобилизирующие остеотомии (по Smith-Peterson или педикулярную субтракционную вертебротомию (PSO).

Заключение. Разработанная в СПБ НИИ Фтизиопульмонологии тактическая классификация для подострых и хронических форм ИС базируются на определении стадии заболевания, объема деструкции, степени неврологических нарушений, нестабильности позвоночника. Современная хирургия ИС базируется на применении этапных санирующих и декомпрессивно-стабилизирующих вмешательств. В комплексное лечение НОП входит обязательная 6-8 недельная таргентная антибиотикотерапия, а при ТС –терапия проводится в соответствии с требованиями Национальных клинических рекомендаций (2021) Проведение малоинвазивных и симультанных оперативных вмешательств позволяет уменьшить объем интраоперационной кровопотери, улучшить функциональные результаты и сократить время пребывания пациента в стационаре.

28

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА ГРУДО-ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА ИЗ КОМБИНИРОВАННЫХ ПЕРЕДНЕ-БОКОВЫХ И ЗАДНЕ-ПЕРЕДНЕГО ДОСТУПАХ

Карпушин А.А., Вишневский А.А., Наумов Д.Г.

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии», Санкт-Петербург. Российская Федерация

Цель исследования: анализ результатов различных вариантов реконструктивно-восстановительных операций, проведенных по поводу туберкулезного спондилита Th12-L1.

Методы исследования: Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 17 случаев инфекционных спондилитов туберкулезного (ТС) грудо-поясничного отдела позвоночника (Th12-L1). у взрослых, перенесших вмешательство с января 2018 по декабрь 2020 г. У 4 (23.5%) пациентов реконструктивно-восстановительная операция на позвоночнике проводилась из дорсального доступа (Группа А), 13 (76.4%) были этапно оперированы из переднего и заднего доступов к позвоночнику (Группа В). Контрольная группа (группа С), была представлена 12 пациентами, которым выполнялись реконструктивно-восстановительные операции из передне-бокового доступа без задней фиксации.

Всем пациентам проведена клинико-лучевая оценка до и после операции (через 2 недели и 1 год). Степень выраженности болевого синдрома у больной определяли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), степень нарушения дееспособности определяли по индексу Освестри (ODI). Оценка неврологических нарушений до и после операции оценивалась по шкале ASIA/IMSOP, нестабильности позвоночника – по адаптированной для спондилитов шкале SINS (2012), параметры сагиттального баланса изучали по глобальным рентгенограммам и КТ исследованиям (программа Surgimap).

Результаты: клиническое излечение и коррекция кифоза были достигнуты у 17 пациентов (100%). Показатели VAS и ODI были значительно улучшены в обеих группах после операции (ср. знач. =43%). В исследовании обнаружены значительные различия в группах во времени операции, интраоперационной кровопотери, коррекции угла кифотической деформации по Cobb. Существенных различий в показателях VAS и ODI между группами не было обнаружено ($p>0.05$).

Заключение: Хирургическое лечение туберкулезного спондилита как из заднего, так и передне-бокового доступов одинаково эффективны при туберкулезном поражении переходного грудо-поясничного отдела позвоночника (Th12-L1). Однако среднее время операции ($p<0.001$) кровопотери ($p<0.001$) и сроки пребывания пациента в больнице ($p<0.004$) при использовании заднего доступа значительно меньше, чем при использовании комбинированного передне-заднего подхода. Кроме того, применение заднего доступа у пациентов с ригидными сагиттальными деформациями позвоночника позволяло в большей степени (на 47% в группе В по сравнению с пациентами группы С) корригировать поясничный лордоз и, тем самым, улучшить параметры сагиттального баланса.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ СПОНДИЛИТА

29

Махмудова З.П.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Определить частоту и характер неврологических осложнений у больных туберкулезом позвоночника.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного обследования 192 больных туберкулезным спондилитом, находившихся на лечении в отделении хирургии костно - суставного туберкулеза РСНПМЦФиП МЗРУз.

Результаты: возраст больных варьировал от 20 до 70 лет, в среднем составил 42 года. Мужчин было 102 (53,1%), женщин – 90 (46,9%). По локализациям: поясничный отдел позвоночника был поражен у 70 (36,5%) больных, пояснично-крестцовый - у 40 (20,8%), грудопоясничный - у 40 (20,8%), грудной -у 22 (11,5%), шейно – грудной отдел у 10 (5,2%) и шейный отдел - у 10 (5,2%) больных. У 154 (80,2%) больных, включенных в исследование, установлены неврологические осложнения различного характера. Неврологическое нарушение типа А установлено у 2 (1,0%) больных, что характеризуется анестезией и плегией ниже уровня поражения; тип В - у 3 (1,6%) больных, для которых характерно было неполное нарушение чувствительности ниже уровня поражения и отсутствие движения; тип С – у 10 (5,2%) случаев с неполным нарушением чувствительности, слабыми движениями, силой мышц недостаточной для ходьбы; тип Д – у 60 (31,3%) больных - неполное нарушение чувствительности ниже уровня поражения, имеются движения и сила мышц, достаточна для ходьбы, но с посторенней помощью; тип – Е – у 79 (41,1%) больных - без нарушения чувствительности и движений ниже уровня поражения, но с выраженной радикулопатией. В дооперационном периоде, несмотря на проведение адекватной антибактериальной терапии на фоне ортопедического режима у 3 (5,0%) больных типа Д и у 8 (10,1%) больных Е типа наблюдались усугубление неврологического статуса в виде слабости в нижних конечностях, нарушение мочеиспускания и склонность к запорам. При обследовании у 64 (33,3%) больных установлена кифотическая деформация. Нестабильность позвоночного столба отмечалась у 143 (74,5%) больных. Паравертебральные абсцессы отмечались у 116 (60,4%) больных и эпидуральные абсцессы - у 75 (39,0%) больных.

Заключение. В настоящее время в Республике туберкулезное поражение позвоночника в 50-80% случаев выявляются в запущенной стадии и имеет распространенный и осложненный характер с глубокими анатомо-функциональными изменениями и наличием у 48,7% больных тяжелой степени спинномозговых нарушений.

30

ОЦЕНКА ИНФОРМАТИВНОСТИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПУНКЦИОННЫХ-ТРЕПАНАЦИОННЫХ БИОПСИЙ ПРИ ОГРАНИЧЕННЫХ ДЕСТРУКТИВНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ПОЗВОНОЧНИКА

Махмудова З.П.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оценка информативности пункционных-трепанационных биопсий для диагностики ограниченных деструктивных поражений позвоночника.

Материалы и методы. В 2018–2021 гг. 55 больным в возрасте от 20 до 77 лет, госпитализированным в костно-суставное отделение РСНПМЦ ФиП с подозрением на туберкулезный спондилит проведены диагностические подходы методами пункционными-трепанационными биопсиями. Дополнительно поставлены иммунодиагностические кожные тесты туберкулиновый и Диаскинтест.

Результаты: данные биопсии позволили установить диагноз в 47 из 55 диагностических случаях у взрослых. Патологический процесс локализовался в шейном отделе у 5 пациентов, грудном отделе - в 17 случаях, в грудопоясничном – в 11, в поясничном – у 13 и пояснично-крестцовом отделе позвоночника - у 9 пациентов. Неинформативными признаны материалы 8 биопсий. Туберкулезный спондилит подтвержден лишь у 21 из 55 пациентов с подозрением на туберкулезный спондилит (у них же выявлены кислотоустойчивые бактерии при бактериоскопии пунктата), неспецифическое воспаление – у 10 больных. У остальных 16 больных гистологически и иммуногистохимически верифицирован опухолевый процесс, включая метастаз аденокарциномы (у 5 пациентов), примитивная нейроэктодермальная опухоль (PNET) у 2 больных, остеосаркома (у 1 больного), неходжкинская лимфома (у 2 больных), 1-го объемное образование с неизвестным первичным очагом (у 1 больного), с метастазом в головной мозг, на VC 4, рак верхней доли правого легкого с метастазом на поясничный VL4 позвонок (2 больных), плазмацитома (у 1 больного), mts недифференцированный рак (1 больной) и у 1 больного хондросаркома G-3. Расхождение цитологического и гистологического заключений касалось 1 случая опухолевого поражения.

Заключение. Закрытые чрескожные трепанобиопсии позвонков – информативный, относительно безопасный метод интервенционной диагностики поражений позвоночника, который следует использовать для предоперационной дифференциации воспалительных (туберкулезного и неспецифического спондилита), травматических и опухолевых заболеваний, сопровождающихся деструкцией сегментов позвоночника. Диагностическая информативность метода при ограниченных деструктивных процессах достаточно высока и составляет у взрослых 75,0 %. В структуре моносегментарных деструкций позвоночника с подозрением на туберкулезный спондилит преобладают неспецифические спондилиты у взрослых и опухолевые поражения, в том числе злокачественные.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ СПОНДИЛИТА

31

Махмудова З.П.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Определить диагностическую информативность лучевых методов у больных туберкулезом позвоночника.

Материалы и методы. Проведен анализ комплексного обследования 192 больных туберкулезным спондилитом, находившихся на лечении в отделении хирургии костно-суставного туберкулеза РСНПМЦ Ф и П МЗ РУз, включающего современные подходы лучевой визуализации.

Результаты: возраст больных варьировал от 20 до 70 лет, в среднем составил 42 года. Мужчин было 102 (53,1%), женщин – 90 (46,9%). Туберкулезный спондилит впервые выявленный отмечен у 144 (75,0%) больных, ранее состоявшие на диспансерном учёте – 48 (25,0%) больных. По локализациям: поясничный отдел позвоночника был поражен у 70 (36,5%) больных, пояснично-крестцовый -у 40 (20,8%), грудопоясничный - у 40 (20,8%), грудной -у 22 (11,5%), шейно-грудной отдел -у 10 (5,2%) и шейный отдел - у 10 (5,2%) больных. У 24 (12,5%) больных установлен генерализованный туберкулез с поражением позвоночника и легких. При обследовании у 64 (33,3%) больных установлена кифотическая деформация. Нестабильность позвоночного столба отмечена у 143 (74,5%) больных, паравертебральные абсцессы - у 116 (60,4%) больных и эпидуральные абсцессы - у 75 (39,0%) больных. По данным МРТ у 38 (50,7%) больных отмечался разгар спондилитической фазы. Спондилит диагностирован у 19 (25,4%) больных на фоне радикулопатии; у 15 (20,0%) пациентов – на фоне развития спинномозговых расстройств; у 4 (5,3%) больных – при образовании и вскрытии абсцессов. У 37 (49,3%) больных на основании клинико-лучевых данных установлено затихание спондилитической фазы. Клинически у этих больных интоксикационный синдром были менее интенсивным, и на первый план выступали боли в позвоночнике при нагрузке вследствие нестабильности позвоночника, а в 6 (8,0%) случаях туберкулезный спондилит выявлен после проведенной МСКТ по поводу болезненности и утомляемости мышц поясницы.

Заключение. МРТ и МСКТ позволяет установить стадию и активность специфического процесса в позвоночнике, а также осложнения в виде нестабильности позвоночного столба, паравертебральных и эпидуральных абсцессов.

ЛИМФАДЕНОПАТИЯЛАРНИНГ ДИАГНОСТИКАСИДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВЛАР

32

Мўминова З.А.

Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент. Ўзбекистон

Мавзунинг долзарблиги. Туберкулёзли лимфаденитни диагностикасида хатоликлар 26,2%гачани ташкил этади (Пантелеев А.М., 2011). Ноонкологик лимфаденопатияларнинг 30%и бирламчи онкологга мурожаат қилади, ноонкологик

лимфаденопатия билан мурожаат қилган беморларнинг 50% идагина нозологик диагноз қўйилади (Меликян А.Л. ва б. 2018й.). «Ноонкологик лимфаденопатия» ташхиси қўйилган беморларнинг 10%ида такрорий биопсияда ўсма ёки таснифланмайдиган кам учровчи патология ташхиси қўйилади (Егорова Е.К., Ковригина А.М., 2017).

Тадқиқотдан мақсад. Замонавий ёндашувлар асосида мақбул усуллардан фойдаланиб лимфаденопатияларни ташхислаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. 2012-2021 йилларда Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази ўпкадан ташқари аъзолар жаррохлиги бўлимида “Периферик лимфа тугунлари туберкулёзига шубҳа” дастлабки ташхиси билан текширув ва даволанишда бўлган 490 нафар бемор маълумотлари тахлил қилинди. Микробиологик, морфологик, инструментал, клиник лаборатор текширув усуллари қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. Микробиологик, морфологик, инструментал, клиник лаборатор текширувлар хулосалари бўйича беморларнинг 79,2%и (n=388)га туберкулёзли лимфаденит, 20,8% и (n=102)га нотуберкулёз лимфаденопатия хулосаси берилди.

Нотуберкулёз лимфаденопатия аниқланган беморларнинг (n=102) 59%и (n=60) эркак, 41%и (n=42) аёл жинсига мансуб. Беморларнинг ўртача ёши 37,4 ёш. Ёш тоифаси бўйича энг кўп улуш 18-30 ёшдаги беморларга тўғри келиб, 31%ни (n=32) ташкил этди. Беморлар доимий яшаш жойи бўйича энг кўп мурожаат бўлган худудлар Тошкент шахри ва Тошкент вилояти хиссасига тўғри келиб, ушбу худудлардан мос равишда 36,3% (n=37) ва 12,7% (n=13) бемор марказимизга мурожаат қилган. Ёндош касалликлардан, 33% (n=34) беморда сурункали бронхит, 26,5% (n=27) беморда анемия ва 14,7% (n=15) беморда ОИВ аниқланган. Беморлар шикоятлари, тугунли ёки шишли хосила мавжудлиги билан 100% (n=102) бемор, холсизлик кузатилаётганлигига 91% (n=93) бемор, локал оғриқ кузатилаётганлиги билан 57% (n=58) бемор ва тана хароратининг ошишига 26,5% (n=27) бемор шикоят қилган. Беморларнинг кўпчилигида, яъни 61,8%и (n=63)да жараён 1-6 ой ичида ривожланган, 20,6%и (n=21)да жараён 6 ойдан 1 йилгача бўлган муддатда ривожланган. Туберкулёзга қарши курашиш муассасаларига юборилгунича беморларда ташхисни аниқлаштириш бўйича турли хил инвазив усуллар қўлланилган, жумладан, 25,5% (n=26) беморда диагностик пункция, 5,9% (n=21) беморда очиқ усулда биопсия олинган ва гистологик тахлил ўтказилган; беморларнинг кўпчилигида, яъни 59,8% (n=61)да инвазив усуллар бажарилмаган, яъни туберкулёзга гумон қилишда ноинвазив усуллар хулосаларига асосланилган. Беморларнинг объектив белгиларидан, 72,5% (n=74) беморнинг ахволи қониқарли ва ўрта оғирлик холатида; 89,2% (n=91) беморнинг тана харорати меъёрдалиги аниқланган. Тугунли хосилалар локализацияси асосан бўйин, қўлтиқ ости, ўмров усти ва чов сохаларига тўғри келиб, мос равишда 61,8% (n=63), 35,3% (n=36), 21,6% (n=22) ва 20,6% (n=21)ни ташкил этган. 66,7% (n=68) беморда тугунлар носимметрик, 33,3% (n=34) беморда эа симметрик равишда жойлашганлиги аниқланди. 102 нафар беморнинг 67 нафарига Манту синамаси қўлланилган ва улардан 3 нафарида мусбат, 7 нафарида эса гиперэргик реакция кузатилган. 102 нафар беморнинг 21 нафарига Диаскинтест қўлланилган ва улардан 1 нафарида мусбат, 4 нафарида эса гиперэргик реакция кузатилган. 100% (n=102) бемор балғами микроскопик тахлил қилинган ва уларнинг барчасида “Туберкулёз микобактерияси манфий” эканлиги аниқланган. Ташхисни аниқлаштиришда 98% (n=100)

беморда инвазив усуллар қўлланилган, жумладан, 48% (n=49) беморда эксцизион биопсия, 29,4% (n=30) беморда инцизион (очиқ усулда) биопсия ва 11,8% (n=12) беморда абсцессотомия, некрэктомия амалиётлари бажарилган. Ўтказилган текширувлар хулосаларига кўра беморларга якуний ташхис қўйилган, жумладан, 22,5% (n=23) беморга Ноходжкин лимфомаси, 15,7% (n=16) беморга Ходжкин лимфомаси, 14,6% (n=15) беморга метастатик зарарланиш, 12,7% (n=13) беморга носпецифик лимфаденит, 8,8% (n=9) беморга реактив гиперплазия хулосаси берилган.

Хулосалар. Бошқа аъзолар фаол туберкулёзи лимфаденопатия билан кузатилганда Диаскин тест ва Квантиферон синамаси хулосасидан қатъий назар лимфаденопатияни ташхислаш мақсадида гистологик тахлил ўтказиш мақсадга мувофиқдир; цитологик тахлил натижаси якуний ташхисни қўйишга асос бўла олмайди; лимфаденопатияда объектив маълумотлар туберкулёзли лимфаденитларни нотуберкулёз лимфаденопатиядан фарқлашда меъзон бўла олмайди; туберкулёзли лимфаденит бўйича якуний ташхис морфологик ва микробиологик таҳлиллар асосида қўйилади.

33 ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕЗУЛЬТАТОВ ТОТАЛЬНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА У БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА

Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Анализ результатов тотального эндопротезирования тазобедренного сустава больных с последствиями туберкулезного коксита.

Материалы и методы. Проанализированы результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у 50 больных. Из них женщины – 18(36%), а мужчины 32(64%). Возраст больных колебался от 28 до 60 лет. Средний возраст составил 41,5 лет. Критерии включения в исследование – неактивный, затихший туберкулезный процесс в тазобедренном суставе. С учетом дефекта поражения компонентов сустава и состояния костной ткани использовались двухполюсные эндопротезы (фирмы Зиммер, Германия). Показаниями для проведения операции служили остаточные очаги туберкулезного воспаления, нарушение функции сустава с постоянным болевым синдромом, выраженные контрактуры, порочное положение конечности. В 19(38%) случаях проводилось тотальное эндопротезирование пораженного сустава с цементированием, в 31(62%) случае компоненты эндопротеза установлены без вспомогательного вещества (медицинский цемент). Оценка качества жизни больных проводилась через 1 год после операции тотального эндопротезирования тазобедренного сустава по критериям MacNab.

Результаты. Для оценки качества жизни больных через 1 год после операции по критериям MacNab, таким как выраженность болевого синдрома, восстановление и полноценность двигательной функции в суставе, способность к труду, эффективность охарактеризована: отличный результат – отсутствие боли, ограничений движений в суставе нет; больной вернулся к обычной работе – отмечен у 20(40%) прооперированных пациентов; хороший результат – боли носят периодический характер, ограничения движений в суставе нет; возврат к облегченному труду – у 23(46%); удовлетворительный

– некоторое облегчение боли и ограничений движений после операции, работать не способен в 5(10%) случаях; неудовлетворительный – боли и ограничение движений такие же, как и до операции; необходима повторная операция 2(4%) пациентам.

После проведения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава восстановление функций отмечалось в пределах – разгибание/сгибание от 180^0 до 135^0, отведение до 55-60^0, приведение 10-15^0, внутренняя ротация до 85^0, наружная ротация до 35^0, также фиксировались такие симптомы как исчезновение хромоты, отсутствие болевого синдрома.

У 43(86%) пациентов отмечены благоприятные исходы после эндопротезирования тазобедренного сустава, что позволило пациентам вести полноценный образ жизни, вернуться к обычной работе. У 5(10%) больных результат операции отмечен как удовлетворительный в виду сохранившейся периодической боли и хромоты. У 2(4%) пациентов спустя 8-10 месяцев с момента проведенной операции из-за неправильного распределения нагрузки диагностирован вывих головки эндопротеза, что зафиксировано как неблагоприятный исход, требующий повторного вмешательства.

Заключение. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у больных неактивным туберкулезным кокситом имеет благоприятный результат. Ликвидация посттуберкулезных дефектов в тазобедренном суставе, своевременное восстановление опороспособности нижней конечности благоприятно влияет на физиологическое состояние параллельных суставов и позвоночника. Значительно улучшается качество жизни пациентов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава. Короткие сроки реабилитации, в том числе и социальной, позволяют работоспособным пациентам своевременно восстановить привычный образ жизни.

34 ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЁЗА ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Назиров П.Х., Тўйчиев Н.Н.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить эффективность хирургического лечения больных с осложненными формами туберкулеза поясничного отдела позвоночника.

Материалы и методы. Проведен анализ данных у 60 впервые выявленных больных, находившихся на лечении РСНПМЦФиП. Давность заболевания – от 1 месяцев до 1 года. Наблюдались неврологические расстройства от корешкового синдрома: - у 21 (35,0%) и до глубоких парезов и плегий с нарушением функции тазовых органов - у 39(65,0%) больных. Предоперационная подготовка от 1 до 1,5 месяцев включала комплекс антибактериальной, патогенетической терапии в ортопедическом режиме. Больные разделены на 2 группы: 1-я (основная) группа 30 (50,0%) больных, у которых целью пластики пораженного отдела позвоночника использован титановый кейдж. 2-я (контрольная) группа: -30(50,0%) больных - с использованием аутокости (из крыла подвздошной кости), взятой во время операции. Поражение 2-х и более позвонков установлено в 1-й группе – у 16 (53,3%), более 3-х позвонков – у 14 (46,6%) больных и во 2-й группе – у 18 (60,0%) и у 12 (40,0%) соответственно. Нестабильность позвоночного столба отмечалась в 1-й группе у 28(93,3%) и во 2-й группе - у 30(100,0%) больных.

Кифотическая деформация позвоночника - в 1-й группе у 14 (46,6%) больных и во 2-й группе - у 18 (60,0%), натечные абсцессы (m. psoas) отмечены у всех больных, в том числе - односторонний у 27 (45,0%) и двусторонний – 33(55,0%). У 60 (100%) больных диагноз верифицирован гистологическими методами и подтвержден специфический процесс в позвоночнике.

Результаты. Оперативные вмешательства проводили по общепринятой методике переднее-боковым доступом и с учетом локализации абсцесса: левосторонний доступ: - у 33(55,0%) и правосторонний доступ – у 20 (33,3%) и хирургическим доступом с целью абсцессотомии (из m. psoas) - 7(11,6%) случаев. Выполнена некрэктомия пораженных тел позвонков с декомпрессией спинного мозга и ревизией твердой мозговой оболочки, устранением кифотической деформации с фиксацией позвонков. В послеоперационном периоде в ортопедическом режиме на фоне противотуберкулезной терапии, с учетом лекарственной чувствительности, проводили иммобилизацию пораженного отдела поясничного отдела позвоночника в течение 1,5 месяцев в 1-ой группе и 2 месяцев - во 2-ой группе больных. В обеих группах больным назначена патогенетическая терапия, в комплекс лечения включали массаж и лечебную гимнастику до 3-х недель. После операции по заключению рентгено-томографического мониторинга отмечено устранение нестабильности позвоночного столба и формирование костного блока на уровне пораженных позвонков через 6 месяцев у 25(83,3%) из 1-ой группы и у 18 (60,0%) больных из 2-ой группы; через 10 месяцев - у 5 (16,6%) из 1-ой группы и 12 (40,0%) больных из 2-ой группы. Фиксация поясничного отдела позвоночника с помощью ортопедического тутора осуществлялась до рентгенологической констатации образования костного блока. У всех больных отмечено купирование неврологической симптоматики.

Заключение. У больных с осложненными формами туберкулеза поясничного отдела позвоночника применение титановых кейджей при стабилизирующих операциях повышают эффективность комплексной терапии и сокращают пребывание пациента на стационарном этапе лечения.

35

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗНОМ КОКСИТЕ

Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х., Туйчиев Н.Н., Бабаев А.С., Махмудова З.П., Анисимова Т.П., Газиев З.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: совершенствование хирургического и антибактериального лечения туберкулеза тазобедренного сустава путем разработки системы мероприятий, повышающих его эффективность.

Материалы и методы. Материалом для исследования послужили данные клинического наблюдения 50 больных с туберкулезом тазобедренных суставов, лечившихся в костно-суставном отделении РСПМЦ ФиП в период 2013-2022 гг. Для изучения особенностей клинического течения специфического коксита, эффективности антибактериальной терапии и хирургических вмешательств проводились клинико-рентгенологические, лабораторные исследования, специализированные исследования

оценки степени восстановления мышечной деятельности в области сустава с помощью миографии. Среди 50 больных женщины составляли 19 (38,0 %) случаев, а мужчины - 31 (62,0%). Возраст больных колебался от 20 до 55 лет. Средний возраст составила 36,4 лет. Клинические проявление болезни проявлялись глубокими нарушениями или полным отсутствием функции сустава. Из 55,9% больных, страдающими стойкими хроническими болями в суставе, отмечались у 25,4% больных деструкция в головке бедренном кости, у 12,3% больных ограничение движение сустава. У 22 (73,3%) больных было отмечено укорочение нижних конечностей от 3,0 см до 7,5 см. Давность заболевания составляла от 5 до 11 лет. У всех больных проведено динамическое комплексное современное диагностическое и лучевое (КТ, МРТ, МСКТ) обследование. Всем больным до и после операции назначено схематично комплексное специфическое противотуберкулёзное терапию в течение 2-3 месяцев.

Результаты. У большинства больных отмечались боли в тазобедренном суставе и тяжелые нарушения опорно-двигательной функции поврежденной конечности (выраженная атрофия, сгибательная контрактура в тазобедренном суставе и резкое ограничение движений). При этой патологии нарушается опорная функция нижней конечности из-за очага деструкции в области головки и вертлужной впадины. У 17 больных отмечались сильные боли в области тазобедренного сустава даже в покое, остальные пациенты испытали боли в основном при нагрузке, и только у 3-е больных не ощущали боли из-за полного рассасывания головки и шейки бедренной кости. 38 больных пользовались двумя костылями, 12 больных - одним костылем либо тростью.

У 3-х больных с торпидно текущими формами туберкулеза тазобедренного сустава был функционирующий свищ на фоне консервативного лечения. Чем дальше развивается процесс в суставе, тем больше прогрессируют трофические расстройства и деформации.

Из обследованных нами больных у 17 (34%) до поступления в клинику были произведены радикальные оперативные вмешательств в виде некрэктомии тазобедренного сустава, фистулонекрэктомии, абсцессотомии, частичной резекции тазобедренного сустава с удалением деструктивных очагов и синовиальных оболочек. Из 17 операбельных больных в10 (58,8%) случаев получили удовлетворительные результаты. После операции интенсивность болей уменьшалось в раннем периоде, амплитуда движений конечности достигало ближе нормы.

Заключение. Продолжение консервативно-ортопедического лечения больных прогрессирующим туберкулезным кокситом при наличии показаний к операции приводит к нарастанию деструктивных процессов в суставе. Раннее радикальное хирургическое вмешательство на суставе увеличивает амплитуду подвижности. Своевременная радикальная операция обеспечивает значительное улучшение качества жизни заболевших, что выражается в двукратном уменьшении индекса Лекена в отдаленном периоде.

36

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БОЛЬНЫХ АКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗНОГО КОКСИТА В ВИДЕ ТОТАЛЬНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Назиров П.Х., Рустамов Ф.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Тотальное эндопротезирование становится одним из основных методов лечения заболеваний и повреждений тазобедренного сустава, позволяющих восстановить его функцию, избавить от боли и возвратить пациента к активному образу жизни**.** Известны методики применения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при лечении последствий туберкулезного коксита, т.е. через 2-5 лет после снятия больного с диспансерного учета. Имеются немногочисленные работы, в которых обсуждаются сроки возможного эндопротезирования тазобедренного сустава при активном туберкулезном коксите, при условии продолжительной пред- и послеоперационной противотуберкулезной терапии.

Цель исследования: определение подходов эффективности эндопротезирования тазобедренного сустава при активном туберкулезном коксите.

Материалы и методы. Изучены результаты хирургического лечения 30 больных, оперированных в костно-суставном отделении РСНПМЦ ФиП с 2018 по 2022 гг. по поводу туберкулезного коксита. Возраст когорты от 20 до 68 лет, средний возраст составил 44 года. Все пациенты проходили тщательное клиническое обследование. При установлении диагноза в качестве первого этапа лечения больным назначали 4 противотуберкулезные препараты (HRZE) в течение 2-х месяцев

Результаты. У всех больных отмечали постепенное ухудшение функции тазобедренного сустава, в различной степени была выражена сгибательно-приводящая контрактура бедра, болевой синдром, что вынуждало больных пользоваться опорой - костыль, трость, а также ограничивать передвижения. При этом, следует учитывать, что за время развития болезни, помимо разрушения элементов сустава, происходит ещё и изменение функции окружающих его мышц. В результате ограничивается внутренняя ротация и абдукция, а позднее - экстензии, флексии, наружной ротации и аддукция. Одновременно с развитием контрактур снижаются и силовые характеристики мышц за счёт сближения их точек прикрепления. Также развивается укорочение пораженной конечности, что приводит к развитию сколиоза и поясничного гиперлордоза.

Рентгенологически констатировали деструктивные изменения головки и шейки бедренной кости и вертлужной впадины. По данным МРТ, КТ и рентгенологических исследований детализировали очаги деструкции в вертлужной впадине, их локализацию и размеры, толщину дна впадины над очагом, содержимое очага деструкции.

При установлении диагноза ТБ в качестве первого этапа лечения больным назначали 4 противотуберкулезные препараты (HRZE) в течение 2-х месяцев. Одновременно больным проводились предоперационные реабилитационные мероприятия:

- обучение упражнениям динамического и статического характера, позволяющим оптимизировать функцию дыхания перед предстоящим наркозом;

- ознакомительное разучивание упражнений, которые будут даны больному в ранний послеоперационный период (движения в голеностопных, коленных, тазобедренных суставах; изометрические напряжения мышц бедра, живота, ягодиц).

-укрепление мышц викарной нижней конечности и рук, так как в послеоперационном периоде предстоит ходьба с подвижной опорой (ходунки, костыли).

Применяли эндопротезы китайского и итальянского производства. Крепление элементов эндопротеза осуществляли на специальных шурупах и медицинских цементах. Очаги деструкции в вертлужной впадине обрабатывали ложками и специальными фрезами до кровоточащей костной ткани. Весь полученный операционный материал подвергался бактериологическому и гистологическому изучению. В последующем в комплексе послеоперационной функциональной реабилитации проводилось противотуберкулезное лечение 4 препаратами (H75R150Z400E275) в течение 4-6 месяцев после операции и послеоперационные реабилитационные мероприятия, лечебная гимнастика.

Заключение. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава при активном туберкулезе на фоне комплексной этиотропной и патогенетической терапии до и после операции благоприятно влияет на восстановление утраченной функции сустава и улучшение качества жизни.

37 УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТУБЕРКУЛЁЗ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Рахматов М.М., Алимов С.В., Усмонова Ш.Ш.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Своевременное выявление и лечение туберкулёза внелегочных локализаций (ТВЛ) продолжает оставаться актуальной и сравнительно мало исследованной задачей современного здравоохранения. В высокоразвитых странах доля ТВЛ в заболеваемости туберкулёзом составляет 20—40%, с преобладанием, как правило, урогенитального ТВ. В нашей стране, в период 2006-2016 гг. удельный вес ТВЛ в заболеваемости всеми формами туберкулёза составлял от 9,90% до 16,70%. В структуре заболеваемости различными формами ТВЛ ТВ костно-суставной системы - 46,7-61,2%, урогенитальный ТВ –15,8-21,5%, ТВ периферических лимфоузлов - 15,2-28,4%, ТВ глаз – от 0,9-3,8%, ТВ ЦНС- от 0,1-0,7%, прочие формы ТВЛ - от 3,3-5,9%. В структуре заболеваемости ТВЛ в РУз в период 2006-2016 гг. преобладал ТВ костно-суставной системы; урогенитальный ТВ и ТВ периферических лимфоузлов занимают, соответственно, второе и третье места.

Вместе с тем, значительный разброс показателей заболеваемости различными формами ТВЛ, в частности урогенитальным ТВ в разрезе областей – наибольшие показатели наблюдаются в Наманганской области, обусловили проведение данного исследования с анализом ситуации на примере Наманганской области.

В Наманганской области в 2006-2016 гг. удельный вес ТВЛ в заболеваемости всеми формами туберкулёза составлял от 21,7% до 35,9%. В структуре заболеваемости различными формами ТВЛ: от 30,4% до 41,7% составлял ТВ костно-суставной системы – от 30,4 до 42,2% - урогенитальный ТВ, от 18,2 до 31,9% ТВ периферических

лимфоузлов, от 0,9 до 1,5% ТВ глаз, прочие формы ТВЛ -0,8-5,0%. В области в 2006-2007 гг. было зарегистрировано 6 случаев ТВ ЦНС, в последующие годы – ни одного.

Таким образом, в структуре заболеваемости ТВЛ в Наманганской области, в 2006-2016 гг. первое место занимал урогенитальный ТВ, ТВ костно-суставной системы и ТВ периферических лимфоузлов – соответственно, второе и третье места. Удельный вес ТВЛ в заболеваемости туберкулёзом и его структура в Наманганской области, близки и/или соответствуют приведенным выше показателям развитых стран, что, несомненно, является успехом проводимых в течение длительного времени работниками здравоохранения области противотуберкулёзных мероприятий. Это обусловлено, на наш взгляд, совокупностью следующих факторов: наличие в области развитой материально-технической и кадровой базы для оказания лечебно-диагностической помощи больным с ТВЛ; тесное сотрудничество врачей противотуберкулёзной службы области с ведущими специалистами по внелегочному туберкулёзу РСНПМЦФиП, которые ежегодно осуществляют десятки выездов в область с проведением операций, консультаций больных, учебных презентаций и мастер-классов; осуществление в области реального взаимодействия врачей общей лечебной сети (урологов, хирургов, гинекологов и др.) и специалистов по внелегочному туберкулёзу областного специализированного учреждения в выявлении случаев ТВЛ, с соблюдением преемственности на всех этапах обследования больных.

38

ТЕЧЕНИЕ ОСТЕОРЕПАРАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ НА ФОНЕ ВЛИЯНИЯ ПОСТОЯННОГО ЭЛЕКТРИЧЕСКОГО ПОЛЯ ЭЛЕКТРЕТА В ЛЕЧЕНИИ МОДЕЛИРОВАННОГО КОСТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Сердобинцев М.С.[1], Виноградова Т.И.[1], Баранов А.В.[1], Лаврова А.И.[1], ДьяковаМ.Е.[1], Эсмедляева Д.С.[1], Блюм Н.М.[2], Догонадзе М.З.[1], Кафтырев А.С.[1], Заболотных Н.В.[1], Баулин И.А.[1], Полякова В.О.[1], Яблонский П.К.[1]

[1]ФГБУ «СПб НИИФ» Минздрава России

[2] ООО «Межрегиональный лабораторный центр»

Исследованы остеорепаративные процессы костной ткани у 30 кроликов, которым в дистальном метадиафизе бедренной кости моделировали туберкулезный остит по оригинальной методике. 3 животных были интактными (группа 1), в группе 2 (n=12) животные не получали лечения, 9 кроликам группы 3 выполнена некрэктомия и пластика дефекта костным аутотрансплантатом, животным группы 4 (n=9) - некрэктомия и перифокальное введение электрета, индуцирующего квазистатическое электрическое поле и 6 животным (группа 5) осуществлена некрэктомия, аутокостная пластика дефекта и перифокальная имплантация электрета. Животные 3, 4 и 5 группы получали противотуберкулезное лечение. Контрольные точки мониторинга результатов лечения – 1, 2 и 4 месяца после оперативного лечения. Анализ остеорегенеративных процессов и регресс специфического воспаления оценивали морфологическими и биохимическими методами (ферменты пуринергической системы - активность общей аденозиндезаминазы и ее изоферментов, активность эластазы, уровень реактантов острой фазы: церулоплазмина, гаптоглобина, α1-кислого гликопротеина и альбумина). Прослежена эволюция туберкулезного воспаления костной ткани в контрольные сроки. Установлено, что только сочетание противотуберкулезного лечения, выполненной некрэктомии,

пластики постнекрэктомического дефекта аутотрансплантатом и перифокальной имплантации электрета позволило уже к 2 месяцам наблюдений достичь полный регресс активности туберкулезного процесса в кости и замещения ее дефекта зрелой трабекулярной тканью.

Таким образом, электрическое поле электрета на основе анодного оксида тантала с отрицательным зарядом внешней поверхности в хирургическом лечении экспериментального туберкулезного остита ускоряет процессы остеорепарации и снижает активность туберкулезного воспаления.

39 УМУРТҚА СИЛИДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТИЗИМИДАГИ ФУНКЦИОНАЛ БУЗИЛИШЛАРИ

Туйчиев Н.Н., Назиров П.Х.

Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент. Ўзбекистон

Умуртқалар сили касаллигида ошқозон-ичак тизими функционал бузилишлари ҳозирги кунгача кам ўрганилган бўлиб, алоҳида маълумотлар кўрсатиб ўтилган (Назиров П.Х., Ўразбаев А.А. 2017).

Материал ва услублар. Клиник-лаборатор ва рентгенотомографик текширувлар тахлили ОИТ мотор-харакат функцияси бузилишини ўрганиш хисобланди. Беморлар икки гурухга: 60 нафар (60,0%) сил спондилити билан оғриган ва ошқозон-ичак тизимида функционал бузилишлари аниқланган беморлар 1-гуруҳни ва 40 (40,0%) сил спондилити билан оғриган ва ошқозон-ичак тизими функционал бузилишлари йўқ беморлар 2-чи гурухни ташкил қилди. Қиёсий гуруҳ сифатида 20 нафар соғлом шахслар 3-гуруҳни ташкил қилди. Ўртача ёш нисбати 37,2±1,2 ёшни ташкил қилди. ОИТ мотор-ҳаракат функцияси секинлашган, тезлашган ва аралаш турдаги бузилишлари ўрганилди ва умуртқа поғонасидаги яллиғланиш жараёнига пропорционал ҳолатда баҳоланди. Ошқозон-ичак тизими мотор-ҳаракат функцияси Интерскан-250 (Германия) 3,5-5 МГц частотали чизиқли датчикли ультратовуш аппаратида F.Tympner усулида аниқ вақт режими давомида ўрганилди. Ошқозон-ичак тизими мотор-ҳаракат функцияси меъёр кўрсаткичи суюқликка нисбатан 8.0<=T/2<=21.5 кўрсаткичда аниқланди. Ошқозон-ичак мотор-ҳаракат функцияси секинлашган ҳолатда ярим чиқариш даври аҳамияти вақт кўрсаткичи 30+/-10.2 дақиқада, мотор-ҳаракат функцияси тезлашган - 6.2+/-1.8 дақиқада, мотор-ҳаракат функцияси меъёрли кўрсаткичида -12. 1+/8.9 мин баҳоланди. Иккала, яъни 1- гуруҳда 65,0%, 2- гуруҳда 45,0% ҳолатда сил жараёни заҳарланиш белгилари, клиник лаборатор ва рентгенотомографик кўрсаткичларининг ёмонлашуви билан кечди ва иккала гурухда тўлиқ қайта тиклаш турдаги жаррохлик амалиёти ўтказилди. Жаррохлаш амалиёти давригача ошқозон-ичак тизими мотор-харакат функцияси бузилишлари қайд этилмаган 2-гуруҳнинг 18 (27,5±2,3%) нафарида ошқозон-ичак тизими барвақт диспепсияси ҳолати, яъни овқатдан сўнг эпигастрал соҳасида нохуш хиссиёт 5(9,1±1,2) нафарида, кекириш 4 (6,7±2,1), 9 (21,1±1,2) холатда эса кўнгил айнаши симптоматикаси қайд этилди. ОИТ чуқур функционал ўзгаришлари сил касаллигининг умуртқа поғонасида тарқоқ ва оғир кўринишда кечиши ва узоқ муддатли силдан захарланиш билан тушунтирилади.

Хулоса. Умуртқа силида ошқозон-ичак тизими функционал бузилишлари сил жараёнининг умуртқа поғонаси қайси сегментида жойлашувига ва орқа мия функцияси бузилиш даражасига боғлиқ ҳисобланади. Умуртқа силида ошқозон-ичак тизими функционал бузилишлари асосий касалликнинг клиник кечишини оғирлаштиради.

40

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРЕДНЕГО ПАРАРЕКТАЛЬНОГО ЭКСТРАПЕРИТОНИАЛЬНОГО ДОСТУПА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ПОЯСНИЧНОГО И ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛОВ ПОЗВОНОЧНИКА

Усмонов И.Х., Бозоров Ш.И.

Бухарский государственный медицинский институт, Бухара. Узбекистан
Бухарский областной центр фтизиатрии и пульмонологии, Бухара. Узбекистан

Цель исследования. Совершенствовать подходы к хирургическому лечению туберкулёза поясничного и пояснично-крестцовых отделов позвоночника.

Методы исследования. В 137 (100%) случаях наблюдения проведена радикально-восстановительная операция (РВО) поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника с применением переднего параректального доступа. Возраст пациентов варьировал от 19 до 78 лет, средний возраст составил 49,2 года. Локализация туберкулёзного поражения позвоночника отмечалась в поясничных – VL3, 4, 5 и пояснично-крестцовых отделах VL5-VS1 у 125 (91,2%) больных. В 26 (19,0%) случаях проведено билокальное спондилодезирование сегментов позвоночника. Эффективность операций изучена в раннем (до 30 дней) и позднем послеоперационном периодах (от 6 месяцев до 4 года).

Результаты. Выраженность болевого синдрома в первые сутки после операции составила у всех больных до 4 баллов; продолжительность и интенсивность болевого синдрома до месяца – до 1 балла у 62 (45,3%), до 2 баллов у 67 (48,9%), до 3 баллов у 8 (5,8%) и до 4 баллов не отмечено; - до года наблюдения - 0 баллов у 115 (83,9%), 1 балл у 18 (13,2%), 2 балла у 4 (2,9%), 3 и 4 балла – нет; а более года наблюдения - 0 баллов у 132 (96,4%), 1 балл у 5 (3,6%); 2, 3 и 4 балла – не наблюдались. Неврологические расстройства степени A, B, C, D – не наблюдались в раннем и позднем периодах наблюдения. Степень E – без нарушения чувствительности и движений ниже уровня поражения, с измененными рефлексами наблюдались после хирургического лечения до месяца у 35(25,5%), до года – у 14(10,2%), а более года – у 3 (2,2%) больных. Степень R – наличие корешкового синдрома отмечено после РВО до месяца у 21 (15,3%), до года – у 8 (5,8%), а более года – у 2 (1,5%) больных.

Основным недостатком передних хирургических доступов являются сложности техники выполнения, недостаточности квалифицированных хирургов, которые могли бы работать в магистральных сосудах.

Заключение. Использование переднего параректального доступа при РВО туберкулёзного спондилита поясничного и пояснично-крестцового отделов позволяет достичь обнаружения тел позвоночника без ятрогенных травм мышц передней стенки живота. Выполнение переднего параректального доступа и обнаружение передних отделов позвоночника требует от хирурга высокой квалификации и глубокого знания анатомического строения этой области. Использование переднего параректального

доступа при хирургическом лечении туберкулёза поясничного и пояснично-крестцового отделов позвоночника значительно сокращает риски нежелательных осложнений, таких как пролапс мышц передней стенки, послеоперационная грыжа, грубый послеоперационный рубец, дискомфорт и нарушение чувствительности в кожной зоне ниже операционного разреза, псоит, слабость мышц нижней конечности и боли.

41 ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПОЖИЛЫХ ЛИЦ

Хакимова Р.А., Абдуманапова Р.К., Юсупов Н.О.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Цели исследования: изучить особенности течения и структуру туберкулеза мочевыделительной системы у лиц пожилого возраста.

Материалы и методы. Изучены истории болезней 128 пациентов, пролеченных в урогенитальном отделении Андижанского областного центра фтизиатрии и пульмонологии в течение 3 лет. В исследование включены 109 пациентов в возрасте от 65 до 76 лет, доля женщин – 65(59,6%).

Результаты. Ранней жалобой почти у всех больных была дизурия- 80% пациентов; у (69,2%) одновременно беспокоила постоянная боль в поясничной области, к сожалению эту боль связывали с возрастом. У 26,9% пациентов установлен диагноз- почечная колика. 28 мужчин наблюдались в поликлинике длительное время по- поводу хронического простатита. В общем анализе мочи выявлена пиурия в 74% и гематурия- 60%. При цистоскопии установлено нарушение резервуарной функции мочевого пузыря в 87 %, язвы слизистой пузыря - в 63%; у 35% больных- туберкулезный цистит, у 55,6% больных- язвенный цистит, у 8% - микроцистис. У лиц пожилого возраста проба Манту дала положительный результат только у 35% пациентов, в то время как Диаскинтест у этих же больных был положительным в 76,1%. Микобактерии туберкулеза бактериоскопическим методом выявлены у 28% пациентов, ПЦР в реальном времени у 56 выявлены БК, в том числе у 1 пациента установлена устойчивость к рифампицину.

Заключение. Для уменьшения ошибок в диагностике туберкулеза мочевыделительной системы необходимо в общей лечебной сети уделять особое внимание пациентам пожилого возраста, страдающих резистентным к стандартной терапии пиелонефритом, циститом, простатитом, на пациентов с упорной дизурией. Использовать все доступные методы диагностики туберкулеза - Диаскинтест и ПЦР в реальном времени. Обеспечить своевременную консультацию фтизиоуролога.

42 ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПОЧЕК

Хакимов М.А., Абдурахманов Д.К., Исматов Б.Н., Набиев С.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

В настоящее время более чем у половины больных (50,8%) туберкулез почек (ТП) диагностируется в поздней и запущенной стадиях. «Золотым» стандартом, безусловно

подтверждающим диагноз «туберкулез» любой локализации, служит обнаружение микобактерии туберкулеза (МБТ).

Цель исследования. Сравнительно изучить возможности лабораторной диагностики туберкулеза почки.

Материалы и методы. Для сравнительного изучения лабораторной диагностики проведены обследования из групп риска 137 пациентов в клинике РСНПМЦФиП МЗ РУз. Наряду с использованием общепринятых методов диагностики проведено исследование 137 образцов утренней порции мочи с целью выявления МБТ при помощи микроскопических, культуральных и молекулярно-генетических методов исследований.

Результаты. В ходе обследования у 53 больных был диагностирован туберкулез почки; у 84 – хронический неспецифический пиелонефрит. При комплексном лабораторном исследовании 53 больных ТП туберкулезную микобактериурию выявили у 23 (43,4%) пациентов. Среди больных ТП ограниченные формы заболевания встречались у 36 (67,9%), распространенные формы – у 17 (32,1%) пациентов. Клинико-лабораторными исследованиями установлено, что тупые боли в пояснице отмечены у 28 (52,8%), дизурия - у 32 (60,3%), туберкулезная микобактериурия - у 23 (43,4%), лейкоцитурия – у 39 (73,6%) и гематурия – у 32 (60,4%) больных. Туберкулезная микобактериурия встречалась чаще при туберкулезном папиллите почек (34,8%) и при поликавернозной форме ТП (21,7%), реже - при кавернозной форме ТП (17,4%) и при туберкулезном нефроциррозе (13,0%). Сравнительное изучение различных методов исследования у больных ТП показало, что при микроскопическом исследовании туберкулезная микобактериурия выявлялась в 2,2 раза чаще у лиц с ограниченными формами ТП, чем у пациентов распространенными формами ТП (18,2% и 8,3%, соответственно, P <0,001). Наоборот, при культуральном исследовании туберкулезная микобактериурия наблюдалась в 1,5 раза реже у больных с ограниченными формами ТП, чем у пациентов с распространенными формами ТП (27,3% и 41,7%, соответственно, P <0,001). При молекулярно-генетическом исследовании достоверных различий не выявили среди больных с ограниченными и распространенными формами ТП с туберкулезной микобактериурией (54,5 и 50,0% и %, соответственно, P>0,5). У больных ТП туберкулезную микобактериурию выявили молекулярно-генетическим методом в 4 раза чаще и культуральным методом – в 2,7 раза чаще, чем микроскопическим методом (52,2%, 34,8% и 13,0%, соответственно, P <0,001).

Заключение. Определения микобактерии туберкулеза в моче молекулярно-генетическим методом дают возможность получить хорошие результаты, сопоставимые с другими методами. Окончательный диагноз туберкулеза почки может быть поставлен по совокупности клинико-рентгенологических данных, результатов бактериоскопического, бактериологического, молекулярно-генетического исследований. Молекулярно-генетический метод является эффективным и быстрым методом диагностики ТП. Сравнение эффективности использования молекулярно-генетического метода для выявления МБТ в моче, дифференциальной диагностике ТП демонстрирует более высокие диагностические качества.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ

43

Хакимов М.А., Мухтаров Д.З., Абдурахманов Д.К., Исматов Б.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Туберкулезная микобактериурия является достоверным, патогномоничным признаком туберкулеза мочевых путей (МПТ). Выявление микобактерии туберкулеза необходимо не только для достоверной диагностики ТМП, но и для эффективного его лечения с учетом резистентности. Не у всех больных туберкулезом мочевых путей удается выявить микобактерии туберкулеза в моче даже при использовании всех современных методов бактериологического исследования (Я.А.Меркурьева с соавт., 2008; М.А. Хакимов с соавт., 2015).

Цель исследования. Оценить возможности бактериологических исследований в диагностике туберкулеза мочевых путей.

Материалы и методы. В основу данной работы положены результаты обследования 165 больных с целью подтверждения у них МПТ. Для решения поставленных задач проведено исследование 325 образцов клинического материала (утренняя порция мочи, эякулят, секрет предстательной железы, отделяемое из свищей) на наличие туберкулезной палочки методами бактериоскопии, посева и полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Результаты. Изучив частоту микобактериурии от формы заболевания, мы получили данные, констатирующие при ограниченных формах ТМП обнаружение микобактерий туберкулеза у 37,5% больных, а при распространенных формах – у 25,0% больных. Бактериоскопическим методом кислотоустойчивые палочки в образцах были обнаружены у 23 (28,8%) из 80 больных. Бактериологическим методом в 2,1 раза чаще выявили микобактерии туберкулеза в образцах и составили 59,5%. При исследовании образца методом ПЦР у 18 (41,9%) из 43 пациентов с МПТ были выявлены ДНК микобактерии туберкулеза. Предложенные методы по своим диагностическим возможностям при туберкулезе мочевых путей, как видно из представленных данных, не превосходят бактериологические. При ограниченных формах ТМП ни один из обсуждаемых методов, кроме бактериологических, не позволяет с уверенностью подтвердить или исключить туберкулез.

Заключение. Для раннего распознавания туберкулеза мочевых путей необходимо проводить целенаправленное последовательное исследование патологических биообразцов с применением бактериоскопических, бактериологических и молекулярно-генетических методов, а также применять их многократно. Отрицательный результат поисков микобактерий туберкулеза в моче, сам по себе, не должен быть основанием для отрицания туберкулеза мочевых путей.

AYOLLAR JINSIY ORGANLARI TUBERKULYOZINI ANIQLAShDA NURLI DIAGNOSTIKANING AHAMIYATI

44

Xakimov M.A., Abduraxmanov D.K., Muxtarov D.Z., Sobirov Sh.Yu.
Respublika ixtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy amaliy tibbiyot markazi, Toshkent. O‘zbekiston

Genital tuberkulyoz, ayollar bepushtligining asosiy sabablaridan biri hisoblanadi. Ginekologik klinikalardagi 22 foizgacha bepusht ayollarda jinsiy organlar tuberkulyozi aniqlanyapti. Genital tuberkulyozning klinik ko‘rinishi nospesifik bo‘lgani uchun diagnostika darajasi yuqori emas.

Tekshirishning maqsadi. Ayollar jinsiy organlari tuberkulyozining diagnostikasida nurli tekshiruv usullarining ahamiyatini o‘rganish.

Tekshirishning materiali va usullari. Genital tuberkulyozning nurli diagnostikasini o‘rganish maqsadida reproduktiv tizimida buzilishlari bo‘lgan 389 nafar ayollarni o‘rganib chiqildi, ulardan 56 nafari genital tuberkulyoz bo‘lgan bepusht mijozlar va 333 nafari tuberkulyoz etiologiyasi yo‘q bepusht ayollar. Bemorlarga kompleks klinik-laborator va nurli usullar bilan tekshiruvlar o‘tkazildi.

Natijalar va muhokamalar. Genital tuberkulyoz bilan xastalangan ayollarning 49 (87,5%) nafarida menstrual faoliyatning buzilishi kuzatildi. 389 ayollarni kompleks tekshirilganda tuberkulyoz mikobakteriyalari 56 (14,4%) nafar ayollarda ajratib olindi. Ulardan 40 (71,4%) nafari molekulyar-genetik usul bilan, 13 (23,2%) tasi – mikroskopik usul va 3 (5,4%) nafari bakteriologik usul bilan aniqlandi. Genital tuberkulyoz bemorlari orasida tuberkulyoz salpingiti 37,5% va bir vaqtda – tuberkulyoz salpingiti va tuberkulyoz endometriti 42,9% uchradi. 56 nafar genital tuberkulyoz bemorlarning endometriy va tuxumdonlari gistologik tekshirilganda, nospesifik yallig‘lanish barcha mijozlarda, bezli giperplaziya – 14 (25%), endometrioz – 22 (39,3%), endometriy va tuxumdonlarning tuberkulyoz o‘zgarishi faqat – 6 (10,7%) nafar bemorlarda aniqlandi. Genital tuberkulyoz ayollar orasida Mantu namunasining ijobiy natijasi 33 (58,9%), giperergik – 15 (26,8%) va shubhali – 8 (14,3%) nafar bemorda kuzatildi. Diaskintestga ijobiy natijalar 18 (32,1%) nafar ayollarda aniqlandi. Exografik tekshirilgan bemorlarning 18 (32,1%) nafarida bachadon orqa bo‘shlig‘ida yallig‘langan ekssudat borligi aniqlandi. Mijozlarga gisterosalpingografiya o‘tkazilganda 41 (73,2%) nafar ayollarda tuberkulyozga xos belgilar qayd etildi, ularning 18 (32,4%) nafarida servikal kanalning uzayganligi va kengayganligi, 24 (42,6%) – nafarida bachadon bo‘shlig‘ining qisman yoki to‘liq obliteratsiyasi, 34 (60,7%) bemorda esa – bachadon naychalarining ampulyar qismida gidrosalpinks, divertikulsimon kengayish aniqlandi. Bachadon naychalarining “chekadigan trubka” tipidagi deformatsiyasi genital tuberkulyoz bo‘lgan 21,4% ayolda aniqlandi. “Marjon” tipidagi bachadon naychalarining belgilari genital tuberkulyozga xosdir. Bachadon naychalarining “Marjon”, “chyotka” tipidagi o‘zgarishlari 33,9% genital tuberkulyoz bemorlarda aniqlandi.

Xulosalar. Genital tuberkulyoz tuberkulyoz ayollarning 73,2% da birlamchi bepushtlik aniqlandi. Genital tuberkulyozni aniqlashda klinik-laborator tekshiruvlar qatorida, gisterosalpingografiya va exografiya ma’lum bir ahamiyatga ega bo‘lib, endometriy va tuxumdonning laparoskopiya va biopsiyasi diagnostik bemorlarni tekshirishda eng muhim usullardan hisoblanadi. Tservikal kanalini, endometriy bioptatini, menstrual qonni, ajralgan kazeoz massalarni molekulyar-genetik usullar bilan tuberkulyoz mikobakteriyalariga tekshirish,

genital tuberkulyoz bilan assotsiatsiyalashgan reproduktiv buzilishlarning erta diagnostikasi samarasini oshiradi va mikroskopiya usuliga nisbatan tuberkulyoz mikobakteriyasini aniqlashni 48,2% ga va bakteriologik usulga nisbatan 66,0% ga oshiradi. Shunday qilib, reproduktiv organlar tuberkulyozini erta aniqlash bilan, uning to‘liq spesifik kimyoterapiyasini o‘tkazish, ayollarda fertillikni saqlab qolish va xayot sifatini yaxshilash imkonini beradi.

45 ДЕСТРУКТИВ ЎПКА ТУБЕРКУЛЁЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК КЎРСАТКИЧЛАРИНИ ЎРГАНИШ

Абдукаримов М.У., Усмонов И.Х.
Бухоро давлат тиббиёт институти, Бухоро. Ўзбекистон

Долзарблиги. Деструктив ўпка туберкулёзи билан касалланган янги ташхис қўйилган беморларни даволаш самарадорлиги ўпка туберкулёзи билан биринчи аниқланган беморларга нисбатан анча паст. Деструктив ўпка туберкулёзи билан янги ташхис қўйилган беморлар орасида ўлган беморларнинг улуши ўпка туберкулёзи билан янги ташхис қўйилган беморларга нисбатан сезиларли даражада юқорилиги фтизиатрлар олдида турган муаммо бўлиб қолмоқда.

Тадқиқот мақсади: деструктив ўпка туберкулёзининг эпидемиологик кўрсаткичларини ўрганиш.

Материаллар ва методлар. Ретроспектив тадқиқотда Бухоро вилоят фтизиатрия ва пулмонология марказида деструктив ўпка туберкулёзи билан касалланган 72 нафар ёши 21 ёшдан 80 ёшгача (ўртача ёши-52,2) бўлган беморлар ўрганилди. Улардан эркаклар сони n=51 (70,8%) бўлиб ўртача 54 ёш. Аёллар эса n=21 (29,2%) бўлиб ўртача 48 ёш. Барча беморларда туберкулёз микобактерияларини текшириш учун балғам намуналари бактериоскопик, бактериоскопик усуллар ва Gene-Xpert, Gene-Xpert/Ultra ва HAIN тест курилмалари ёрдамида ПЦР диагностикаси лаборатория текшируви ўтказилди. Кўкрак қафаси рентгенологик ва МСКТ текширувларидан ўтказилди. Клиник ташхис қуйидагиларга асосланади: биринчи навбатда БК+/БК- бактериологик лаборатория таҳлили натижаларига, иккинчидан инструментал тадқиқот натижаларига асосланади.

Натижалар. 72 нафар бемор орасида бирламчи ва иккиламчи мурожаатлар нисбати, мос равишда n=15 (27,8%) ва n=57 (72,2%). Жинслар бўйича ажратилганда, 51 нафар эркак орасида бирламчи ва иккиламчи беморларнинг кўрсаткичлари мос равишда n=9 (12,5%) ва n=42 (58,3%), 21нафар аёллар орасида орасида эса n=6 (8,3%) ва n=15 (20,8%). Беморларнинг 27 нафарида жаррохлик амалиёти бажарилган, шундан эркаклар n=15 (55,6%), аёллар n=12 (44,4%) нафар. Жаррохлик амалиёти бажарилган беморлар орасидан: ўпакнинг атипик резекцияси n=9 (33,3%) нафар беморда, торакомиопластика n=3 (11,1%) нафар беморда, торакоцинтез n=6 (22,2%) нафар беморда, апиколиз+торакоцинтез n=1 (3,7%) нафар беморда, лобэктомия+торакопластика n=5 (18,5%) нафар беморда, плероэктомия ва декортикация+торакопластика n=3 (11,1%) нафар беморда бажарилган. Туберкулёз касаллигининг биринчи белгилари пайдо бўлишидан бошлаб фтизиохирург билан беморларни даволашгача бўлган вақт оралиғи, дастлабки даволаниш билан оғриган беморларда бу кўрсаткич 2 ойдан 80 ойгача, ўртача 52,1 ойни ташкил этди. Иккиламчи даволаниш билан оғриган беморларда бир хил кўрсаткич 1 ойдан 9 ойгача, ўртача 5,4 ойни ташкил этди.

Хулоса. Юқоридаги маълумотларга асосланиб, шуни айтишимиз мумкинки, деструктив ўпка туберкулёзи билан касалланган беморлар хирургик муолажага кеч мурожаат этиб келишлари ва деструктив ўпка туберкулёзи касаллигига кеч ташхис

қўйилганлиги ва ушбу тизимнинг туберкулёз касаллигини даволаш самарадорлигининг пастлиги бизнинг давримизнинг долзарб муаммолари бўлиб қолмоқда.

46

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАТС ОТСРОЧЕННОЙ ТОРАКОПЛАСТИКИ ПРИ ПОСТПНЕВМОНЭКТОМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Бабаджанова Н.А., Туйев Ш.Э., Исломова О.Р.
Бухарский областной центр фтизиатрии и пульмонологии, Бухара. Узбекистан

Цель исследования. Оценить эффективность ВАТС отсроченной торакопластики при постпневмонэктомическом синдроме.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 10 больных, из них у 5-ти выполнена ВАТС отсроченная торакопластика после пневмонэктомии (основная группа) и 5 больных – без дополнительных вмешательств (контрольная группа); 6 мужчин и 4 женщин. Длительность заболевания туберкулезом составляла от 2 до 8 лет. По локализации процесса: двустороннее поражение у 4 больных, одностороннее - у 6 больных. У 80% больных рентгенологическая картина соответствовала фиброзно-кавернозному туберкулёзу, у 10% - цирротическому туберкулёзу и у 10% инфильтративному туберкулёзу, осложненному пиопневматораксом. В основной группе больных 60% (n=3) были МЛУ-ТБ и 40% (n=2) – чувствительный ТБ; в контрольной группе 80% (n=4) больных чувствительный ТБ и 20% (n=1) - МЛУ-ТБ.

В основной группе у 3 больных выполнены этапные операции со вторым этапом через 20-25 дней после пневмонэктомии и у 2-х больных - через 1,5 месяца в связи с сопутствующим заболеванием. В контрольной группе при классическом методе лечения после гемифиброторакса пациенты выписаны из стационара. Всем больным во время операции установлен контрольный дренаж на уровне III ребра спереди для аспирации экссудата и санаций растворами Димексида и Рифампицина

Результаты. На вторые сутки после операции пациенты отмечали жалобы на сердцебиение и дискомфорт в области грудной клетке, при рентгенологическом контроле отмечено смещение средостения в сторону патологического поражения.

После ВАТС отсроченной торакопластики отмечено исчезновение симптомов реакций сердечно-сосудистой и дыхательной систем. При повторном осмотре после выписки не отмечено жалоб со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы. При рентгенологическом обследования после ВАТС отсроченной торакопластики отмечено расположение средостения по средней оси. В контрольной группе у 3-х больных были жалобы на дискомфорт в области грудной клетке и горле и у 2-х - на сердцебиение; при обзорной рентгенографии сохранялось смещение средостения в сторону патологического поражения.

Заключение. ВАТС отсроченная торакопластика является окончательным этапом операции для устранения постпневмонэктомического синдрома и предотвращает обострение туберкулезного процесса в единственном легком.

УСТРАНЕНИЕ БРОНХОПЛЕВРАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПУТЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

47

Маюсупов Ш.Э., Сабиров Ш.Ю., Эрмаков Э.Ф., Насритдинов Б.И., Камалов С.Р., Каххаров С.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. После резекции легкого бронхиальный свищ встречается в 4-25% случаев. Остаточная плевральная полость (ОПП) наблюдается от 2% до 10 % случаев. После пневмонэктомии частота развития бронхиальных свищей может достигнуть до 19,2%. Летальность после несостоятельности культи главного бронха достигает 50-70%. Эмпиемы с бронхоплевральными свищами после пневмонэктомии возникают в 2-17%, без свища - в 3-13% случаев.

Материалы и методы: в отделение торакальной хирургии РСНПМЦ ФиП за период 2020-2021 гг. оперировано 12 больных по поводу послеоперационных бронхоплевральных осложнений. Мужчины 7 (58%), женщины 5 (42%). Средний возраст 35,6 л. Резистентность к ПТП обнаружена методоми GeneXpert; HAIN test; MGIT у 11 (91,5%) больных, в том числе ШЛУ у 4 больных и МЛУ - у 7 больных, чувствительность к ПТП была сохранена у 1 больного. До поступления в нашу клинику 1(8,3%) больному 4-х кратно выполнены разного рода операции по устранению осложнений, 2(16,6%) больным – 3-х кратно, 2 (16,6%) больным – 2-х кратно и 7 (58,3%) больным - однократно. У 5 (41,6%) больных осложнения развились после пневмонэктомии, у остальных 7 (58,4%) после резекции легких. Осложнения в виде: остаточная полость (ОП) и бронхиальный свищ (БС) и торакостомия (Т) было у 4 (33,3%) больных, ОП и БС - у 5(41,6%) больных и у 3(25%) больных было только ОП. Эмпиема встречалась у 8 больных (66,6%).

Результаты: в клинике 4 (33,3%) больным выполнены этапные операции и остальным больным одноэтапная операция по устранению осложнений.

При макросвищах (свищ d>0,4 см) после пневмонэктомии или множественных свищах с необратимыми изменениями в паренхиме оставшегося легкого выполнена трансстернальная окклюзия главных бронхов без вскрытия полости перикарда у 4 (33,4%) больных (справа -2 и слева- 2). Этим больным через 1,5-2,5 месяца выполнена плевропневмонэктомия (2 больных) и удаление дистальной культи главного бронха у одного больного. Эффективность составила 91,6%, постоперационные осложнения встречались у одного больного в виде рецидива БС.

ВАТС торакопластика проведена у 5 (41,6%) больных (справа -2; слева -3), с ОП у 4 больных и с ОП и БС у 1 больного. Эффективность составила 100%, осложнений не отмечено. Общая эффективность составила 94,4% (n=11), постоперационные осложнения встречались в 8,3% (n=1) случаев, послеоперационная летальность не наблюдалась.

Заключение. Эффективность хирургического лечения после операционных бронхоплевральных осложнений у больных деструктивными формами туберкулеза легких зависит от многих факторов, но среди них особое значение имеет факторы: резистентности микобактерий к ПТП, виды ранее выполненных оперативных вмешательств, выраженность осложнений (БС, ОП и Т) и общий статус больного. В таких

случаях активная хирургическая тактика оправдана и должно подбираться персонально. Эффективность разработанных нами операций, таких как трансстернальная трансмедиастинальная окклюзия ГБ с пластикой остатками клетчатки из тимуса и ВАТС торакопластика, высокая и может рекомендоваться в широкое практическое применение не только в хирургии туберкулеза легких, а также и при других заболеваниях легких, либо при подобных осложнениях.

48

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Насритдинов Б.И., Маюсупов Ш. Э., Собиров Ш.Ю., Эрмаков Э.Ф., Камалов С.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Злокачественное и тяжелое течение туберкулеза легких с наклонностью к быстрому прогрессированию и распаду встречается при неправильном лечении диабета или позднем выявлении туберкулеза. Комбинированное лечение – оперативное лечение с химиотерапией туберкулеза легких с сопутствующим сахарным диабетом в настоящее время недостаточно изучено. Данное исследование проводилось с целью повышения эффективности лечения туберкулеза у данной категории больных.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2021 гг. в отделении торакальной хирургии РСНПМЦ ФиП среди 460 оперированных больных с деструктивными формами туберкулеза легких у 21 (4,6%) больного наблюдался сопутствующий сахарный диабет. Возраст пациентов варьировалось от 20 до 60 лет, в среднем 44,2 года. Мужчины – 10 (47,6%) и женщины - 11 (52,4%) больных. Давность туберкулезного процесса - от 5 месяцев до 7 лет. Больным проведено комплексное клинико-лабораторное обследование, включающее биохимический профиль крови, гликированный гемоглобин и гликемический профиль, бронхоскопию, МСКТ, УЗД, бактериологическое исследование мокроты методом – G-Xpert, HAIN, MGIT.

Результаты. До операции у 16 (76%) больных в мокроте микроскопическим методом обнаружено МТБ, среди которых у 3 больных обнаружен чувствительный ТБ и у 4-х (19%) больных МЛУ/ШЛУ ТВ. У 2 (9,5%) больных МЛУ/ШЛУ ТВ подтвержден образцами операционного материала. Осложнение сахарного диабета встречались в 80,9% (у 17 больных), из которых нефропатия 5 (23,8%), невропатия-11 (52,4%), ангиопатия-9 (43%) и ретинопатия-13 (62%). Все больным в пред- и послеоперационном периоде были назначены противотуберкулёзные препараты и антидиабетическое лечение. 16 (76,2%) больным сахарным диабетом 2 типа проведена инсулинотерапия - инсулином короткого и продленного действия, средняя суточная доза короткого и продленного инсулина составила 16 Ед и 24 Ед, соответственно. Из 16 (76,2%) больных которые получали инсулинотерапию 9 (42,8%) больным дополнительно были назначены сахаро-снижающие препараты per os. Остальные 7 (33,3%) больных принимали только пероральные сахароснижающие препараты. На фоне таргетной сахароснижающей терапии 21 больному выполнено 34 оперативных вмешательств: пульмонэктомия 2 (5,9%), лоб/билобэктомия – 7 (20,6%), атипичные/анатомичные резекции легких 11 (32,3%), комбинированные резекции легких – 4 (11,8%),

торакоскопический/торакоцентез – 7 (20,6%) и трансстернальные окклюзия главного бронха – 3 (8,8%) больным. В послеоперационном периоде у 2 (9,5%) больных наблюдались гипогликемические состояния, которые связаны не достаточным приёмом пищи и у 6 (28,6%) больных наблюдались осложнения, обусловленные основным процессом и характером вмешательства: эмпиема щелевидной остаточной полости с бронхиальным свищем у 1 (4,8%) больного, дыхательная недостаточность – у 3 (14,3%) и вторичное заживление раны – у 2 (9,5%). Все осложнение были ликвидированы после консервативного лечения.

Заключение: Адекватная предоперационная подготовка больных СД, включающая применение противодиабетических препаратов с одновременным приемом противотуберкулезных препаратов, улучшает результаты непосредственного хирургического лечения деструктивных форм туберкулеза легких. Хирургическое лечение при сочетании туберкулеза и сахарного диабета является высокоэффективным методом лечения и способствует выздоровлению 90% оперированных больных.

49

ЎПКА ТУБЕРКУЛОМАСИ БУ - ОРГАНИЗМДАГИ “МИНА”

Обилов А.У., Шарипов А.Б., Равшанов М.Х., Жовлиев В.С.
Қашқадарё вилоят фтизиатрия ва пулмонология маркази, Карши. Ўзбекистон

Диаметри 1,5 см дан катта айланасимон шаклли капсулага ўралган казеоз хосилалар туберкулома ҳисобланади. Ўпка сили орасида 4-6% учраб асосан 20-40 ёшдаги беморлар орасида кўп учрайди. Ўпка туберкуломаси ўпканинг яллиғланган сили, ўпканинг ўчоқли, диссеминацияланган силларидан кейин ҳосил бўлиши мумкин.

Ишнинг мақсади. Ўпкасида туберкулома аниқланган беморларни кузатиш ва даволаш тактикасида эътибор қилиш керак бўлган жиҳатларини ўрганиш, жаррохлик муолажасидан кейин казеоз массадан сил таёқчаларини топиб уларнинг АБП ларга турғунлигини ўрганишдан иборат.

Материал ва услублар: ўпка туберкуломаси ташхиси билан жаррохлик операцияси ўтказилган 34 нафар бемор ўрганилди. 19 (56%) нафари аёл ва 15(44%) нафари эркак. Беморларнинг ёши бўйича ўрганилганда 19 ёшдан 66 ёшгача бўлиб, 20 ёшдан 40 ёшгача бўлганлар 26 нафар (76%) ини ташкил қилади.

Натижалар. Беморларнинг барчасига жаррохлик операциясини ўтказилди. Атипик резекция -18 (53%) беморда, сегментэктомия – 6(17%) беморда, лобэктомия – 9(26%) беморда, плевропулмонэктомия -1 беморда бажарилди. Операция давомийлиги 1 соат 25 минутдан 4 соат 18 минутгача ташкил қилди. Баъзи беморларда операция вақтининг чўзилиши ўпкасида конгломератли бир нечта туберкулома борлиги, қўшимча касаллиги ҳамда бир беморда туберкулома ва ригидли плеврит шаклланганлиги боис атипик резекция ва қисман плевра декортикация операцияси бажарилди. Жараён жойлашиши бўйича ўрганилганда чап томонлама 14 та ўнг томонлама 11та икки томонлама 9 та беморда аниқланди. Бир беморда ўпка 1-2 сегментларида туберкулома ҳамда жигарида эхинокок кистаси аниқланган ушбу беморни бир пайтда аввал ўпкадаги туберкулома кейин жигар эхинококэктомия операцияси амалга оширилди. Иккита беморда ўпкасида онкологик касаллик тасдиқланди. Шулардан биттасида ҳам ўпка раки ва ўпка туберкуломаси тасдиқланди. Беморларда касаллигининг давомийлиги ўрганилганда 8 йилдан 2 ойгачани ташкил қилди. 5 бемор профилактик кўрик пайтида аниқланган. 3

беморда дастлаб ўпкасида яллиғланган сил ва даволангандан кейин ўпкасида туберкулома шаклланган. Макропрепаратдан олинган патологик материал барча беморларда лабораторияда текширилган натижалар ўрганилиб 29 % беморларда «Gene-Xpert МБТ-мусбат, Rif-турғун» натижаси олинган ва резерв препаратлар билан даво муолажалари буюрилган. Бошқа беморларда рифампицинга сезгирлик сақланган.

Хулоса: ўпка туберкуломасини бежизга муаллифлар "организмдаги порохли бочка", "организмдаги мина" деб таърифлашмаслиги юқоридаги изланишдан ҳам кўриниб турибди. Ўпкадага ҳар қандай чегараланган зич ҳосилалар жарроҳлик операциясига кўрсатма бўлиб ҳисобланади. Операцион материал албатта сил микробига ва унинг дориларга сезгирлигига текширилиши зарур. Беморларда бирламчи туберкулома аниқланганда балғамида сил микобактерияси топилмайди шу сабабли дориларга сезгирликни аниқлаш имконияти йўқ. Шунинг учун туберкуломани ўз вақтида жаррохлик операциясини ўтказиб ва адекват даво тактикаси.

50

ЗНАЧИМОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ИЗЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА ЛЕГКИХ

Холбоев Э.Н., Абулкасимов С.П., Абдукаримов М.У.
Бухарский областной центр фтизиатрии и пульмонологии, Бухара. Узбекистан

Цель исследования. Оценить значимость и информативность выявления микобактерий туберкулеза в операционном материале у пациентов без бактериовыделения.

Материалы и методы. За период 2015-2022 годов прооперировано 127 больных деструктивными формами туберкулеза без бактериологического подтверждения. Патологические образцы операционного материала подвергнуты бактериологическому и гистологическому анализу для этиологической верификации патологического процесса.

Результаты. Частота процессов деструктивного характера поражения легких без бактериоскопического и бактериологического подтверждения туберкулеза в практике хирурга составляет 23% (127 из 553 оперированных пациентов). В структуре рентгенологической лучевой семиотики поражения легких составляли: гомогенное затемнение 67,7% (n=86), каверна в одном сегменте - 19,6% (n=25), фиброзно-кавернозные изменения 12,6% (n=16). По данным поражений выполнено 111 атипичных резекций сегментов легких (87,4%), 10 лобэктомий (7,9%), 4 комбинированных резекций (3,14%), 1 билобэктомия и 1 пульмонэктомия (0,78%). Бактериологическое подтверждение туберкулезного процесса по образцам операционного материала в 85% (108 из 127 случаев) - молекулярно-генетическим методом Gene-Xpert и в 15% (19 из 127 случаев) - Hain-test. По результатам операционных образцов в 92,9% (118 из 127 случаев) установлен рифампицин чувствительный ТБ, в 5,5% (7 из 127 случаев) –МЛУ и 1,6% (n=2) –ШЛУ.

Заключение. Успех лечение туберкулёза легких без выделения микобактерии туберкулёза проблема, требующая всеобщей мобилизации для бактериологической верификации. Хирургическое лечение деструктивных форм поражения легких должно определяться обязательным подходом бактериологического исследования операционных образцов для подтверждения и определения чувствительности, что является

высокоэффективным методом диагностики и способствует выздоровлению оперированных больных.

51

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДВУСТОРОНОГО ДЕСТРУКТИВНИОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Эрмаков Э.Ф., Маюсупов Ш.Э., Собиров Ш.Ю., Насритдинов Б.И., Камалов С.Р., Каххаров С.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Двусторонний туберкулез легких составляет от 1,5 до 3% всех больных с туберкулезом, а среди оперируемых больных - около 30,0 %. Проблемы хирургического лечения не решены до конца. Открытыми остаются вопросы, когда оперировать больного, с какой стороны, в один этап или в несколько этапов, каким доступом, какое объем резекции необходим.

Цель исследования. Разработать тактические подходы и показания к хирургическому лечению двустороннего деструктивного туберкулеза легких.

Материалы и методы. С начала 2020 года прооперировано 105 больных с двусторонним деструктивным туберкулезом легких. Мужчины 59% (62 человек) и женщины 41% (43 человек), средний возраст больных составил 32,2 (от 16 до 66) лет. Солитарные двусторонние туберкуломы встречались у 20 (19%) больных, множественные двусторонние туберкуломы - у 23 (21,9%) больных, туберкулома в сочетании с фиброзно-кавернозным туберкулезом - у 24 (22,8%) больных, двусторонней фиброзно-кавернозный туберкулез(ФКТ) -у 18 (17,1%) больных, разрушенное легкое + туберкулома - у 20(19%) больных. В 24 случаях двустороннее поликавернозное поражение легких сочеталось с туберкулезной эмпиемой или плевритом. У 61(58%) больного диагностирован МЛУ/ШЛУ ТБ, а у остальных 44(42%) - чувствительные форма МБТ. Операцию определяли сроками рассасывания перифокального воспаления на фоне ПТП в течение от 1 до 5 месяцев, со стороны с меньшим поражением легких и с предполагаемым меньшим объемом резекции, быстрой выполнимостью и малой травматичностью. При одномоментных резекциях суммарный объем резекции обеих легких, не превышал 7 сегментов, а при этапных резекциях, объем первого этапа ≤ объема 3-5 сегментов.

Результаты. Большинства больным (86%) выполнены открытие этапные операции торакотомным доступом, 15 больным - одномоментные резекции обеих легких. Этапные операции выполняли в промежутке 3-4 недели. По мере возможности выполняли резекции с раздельной обработкой анатомических структур легкого. 36(34,3%) больным выполнены двусторонние сегментарные резекции, 32(30,5%) больным - сегментэктомия + лобэктомия и двусторонние лобэктомии - у 21(20%) больных. У 15(14.3%) больных сегментарную резекцию сочетали с пневмонэктомией и у 1(0,95%) больного была выполнена сегментарная резекция + плевропневмонэктомия. В общей сложности, у 105 больных выполнено 246 оперативных вмешательств, где доля ВАТС отсроченной торакопластики для коррекции объема гемиторакса составила 36(34,3%). Послеоперационные осложнения встречались у 9(8,5%) больных, летальность у одного больного (0,9%), эффективность хирургического лечения 97,5 %. Наибольший процент

послеоперационных осложнений отмечен в группе больных, перенесших многоэтапные операции и частые пневмонии.

Заключение. Количество больных с двусторонними формами туберкулеза возрастает с увеличением пациентов с лекарственно-устойчивой формой МБТ. Оперативное вмешательство у данных пациентов рекомендовано начинать со стороны меньшего поражения. Это дает возможность использовать остаточные функции наиболее пораженного легкого и формировать стратегию «чем меньше объем резекции, тем меньше послеоперационные осложнения и летальность», относительно быстрая реабилитация больного послеоперационном периоде, что способствует развитию у больных позитивного отношения к следующий операции.

ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СОСУДИСТОГО ЭНДОТЕЛИЯ И СИСТЕМ ГЕМОСТАЗА И ФИБРИНОЛИЗА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

52

Абдуллаев Р.Ю.[1], Комиссарова О.Г.[1,2], Коняева О.О.[1], Романов В.В.[1]

[1]ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва. Российская Федерация

[2]Российский национальный исследовательский медицинский университет (РНИМУ) им. Н.И.Пирогова, Москва. Российская Федерация

Цель исследования: изучение в сравнительном аспекте корреляционных связей между метаболической активностью сосудистого эндотелия и показателями систем гемостаза и фибринолиза у больных туберкулезом легких, сочетанного с разными типами сахарного диабета.

Материалы и методы. Было обследовано 287 пациентов, которые были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 69 больных туберкулезом легких в сочетании с сахарным диабетом 1 типа (СД1). Вторую группу составили 87 больных туберкулезом легких в сочетании с СД 2 типа (СД2). В третью группу вошел 131 больной туберкулезом легких без СД. Метаболическую активность сосудистого эндотелия оценивали по уровню оксида азота ($NO^{\cdot}$), эндотелина -1 (Э-1) и фактора Виллебранда (ФВ) в сыворотке/плазме крови. Оценку состояния системы гемостаза проводили по показателям активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ), тромбиновому времени (ТВ), протромбиновому индексу (ПИ), фибриногену (Ф), фибринстабилизирующему фактору (ФСФ), антитромбину III (АТIII) и Д-димеру (ДД).

Результаты. Корреляционный анализ показал, что у пациентов всех трех групп между значениями $NO^{\cdot}$ и Э-1 выявлялась отрицательная зависимость, т.е. снижение первого и рост второго являлись звеньями одного процесса – развития дисфункции эндотелия (r = -0,307; -0,217; -0,22). При этом только при СД1 типа $NO^{\cdot}$ обнаруживал отчетливую защитную функцию, тормозя рост ФВ (r = -0,297). У пациентов групп СД1 и СД2 рост Э-1 усугублял гиперкоагуляционный сдвиг, тормозя антисвертывающую активность АIII (r = -0,273; -0,224; -0,276). При этом у больных с СД 1 типа между показателями Э-1, с одной стороны, и значениями Ф и ДД, с другой, выявлялись прямые связи (r = 0,241 и 0,20). Рост ФВ влиял на интенсивность внутрисосудистого свертывания крови (ВСК) у больных с СД 1 типа (с ДД r = 0,316), ускорял процесс свертывания крови при СД 2 типа (с ТВ r = 0,313) и обнаруживал максимум связей с проявлениями гиперкоагуляционного синдрома в группе сравнения (с Ф, ФСФ, АТIII и ДД коэффициент корреляции (r) составил соответственно 0,454; 0,285; 0,332; - 0,235; 0,464 и 0,224). У пациентов обеих групп продолжительность АПТВ увеличивалась при снижении активности протромбинового комплекса (с ПИ r = - 0,537; - 0,394 и -0,333). У пациентов двух групп (СД1 и СД2) при росте ПИ увеличивался АТIII (r = 0,236; и 0,376). При этом ПИ обнаруживал негативную зависимость от разных компонентов гиперкоагуляционного синдрома, что подтверждало факт его потребления в процессах

ВСК (при СД 1 типа коэффициент корреляции с ФСФ r =– 0,25; при СД 2 типа с ДД r = -0,33.

Заключение. Корреляционный анализ показал, что развитие дисфункции эндотелия у больных туберкулезом легких с сопутствующим СД являлось единым процессом, в котором были взаимосвязаны снижение уровня NO˙ и гиперпродукция Э-1. При этом защитное действие NO˙ по отношению к сохранению целостности сосудистого эндотелия и торможению ВСК отчетливо выявлялось только при СД 1 типа. Рост уровня антигена ФВ в циркуляции ускорял процесс свертывания крови и стимулировал ВСК.

53

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА С И ВИЧ.

Аладова Л.Ю.[1], Шукуров Б.В.[1], Магзумов Х.Б.[1], Бегматов Б.Х.[2], Бабаджанова Ф.У.[2], Касымова М.Б.[2], Раимкулова Д.Ф.[2], Эргашев Б.М.[1]

[1]Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент. Узбекистан

[2]Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучение клинико-биохимических особенностей коморбидного сочетанного течения туберкулеза, вирусного гепатита С у детей ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Исследование проводилось в период 2013-2018 гг. на базе отделения ВИЧ-инфекции НИИ Вирусологии МЗ РУз. Под нашим наблюдением находилось 112 детей с диагнозом «ВИЧ- инфекция» в возрасте от 2 до 7 лет, из них у 35,7% (40 детей) определены маркеры HCV- инфекции - анти - HCV методом ИФА и RNA HCV методом ПЦР. Из 40 ко-инфицированных вирусным гепатитом С и ВИЧ у 8 детей (20%) был выявлен туберкулез. Они составили 1 (основную) группу наблюдения. 32 ВИЧ- инфицированных ребенка, имеющие только ко-инфекцию вирусного гепатита С (ВГС), составили 2 группу наблюдения (группа сравнения).

Результаты. По общему количеству жалоб различий между группами получено не было. Однако у детей основной группы чаще отмечались повышенная утомляемость и общая слабость (50% и 25% соответственно), тогда как в группе сравнения преобладали нарушенный сон (20%), эмоциональная лабильность (40%), раздражительность (45%), рассеянность и невнимательность 70%.

Подъемы температуры тела до субфебрильных цифр имели место только у детей, инфицированных туберкулезом, тогда как в группе ко-инфицированных только вирусным гепатитом С (ВГС) повышения температуры тела за период нахождения в стационаре не отмечалось. Также у всех детей с ко-инфекцией туберкулезом и ВГС отмечалась общая потливость. Снижение аппетита встречалось примерно с одинаковой частотой, как в первой, так и во второй группах.

У всех больных с сочетанной инфекцией туберкулезом имело место недостаточное развитие подкожного жирового слоя и наблюдался яркий красный дермографизм, в то же время у детей группы сравнения данные проявления встречались реже (60%) - у 24 детей, соответственно. Увеличение лимфатических узлов отмечалось у всех детей основной группы и в 37,5% случаев (12 детей) в группе сравнения.

У всех больных основной группы увеличение размеров печени и повышение её эхоплотности по данным УЗИ, а также нарушение функциональных печеночных проб было в разы более выраженное, чем у больных группы сравнения. Это связано с негативным влиянием на печень туберкулезной интоксикации и токсико-аллергическим влиянием противотуберкулезных лекарственных препаратов. В связи с этим, терапию хронического вирусного гепатита С препаратами интерферонов целесообразно отложить до окончания лечения туберкулеза.

Биохимические показатели - синдром цитолиза, мезенхимально-воспалительный и холестатический синдром регистрировались в обеих группах наблюдения. Это связано с тем, что у детей с ВИЧ- инфекцией, помимо поражения ткани печени вирусами гепатитов, существует ряд других факторов, оказывающих влияние на функцию органа.

Заключение. У детей с ко-инфекцией ВИЧ и ВГС частота встречаемости туберкулеза составила 20%. Присоединение туберкулезной инфекции усугубляет морфологические и функциональные нарушения со стороны печени у больных ко-инфекцией ВИЧ и ВГС.

54

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ ЗА 2011–2021 гг

Афанасьев Е.И., Савинцева Е.В.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск. Российская Федерация

Актуальность. Распространение ВИЧ-инфекции, как одного из самых значимых медико-биологических факторов риска на туберкулез, оказывает существенное влияние на заболеваемость туберкулезом. Многие исследователи подчеркивают, что вероятность заболевания туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией выше более чем в 50 раз, в отличие от лиц с ВИЧ-негативным статусом в следствие различных причин.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу легочных и внелегочных локализаций у больных с ВИЧ-инфекцией и у лиц, имеющих отрицательный ВИЧ-статус с 2011 по 2021 гг. в Удмуртской Республике (УР) Российской Федерации.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный сравнительный анализ основных эпидемиологических показателей по туберкулезу у больных с ВИЧ-инфекцией и у лиц, имеющих отрицательный ВИЧ-статус. Построены графики и таблицы. Глубина исследования с 2011 по 2021 гг. Исследования проводились объективными методами по данным официальных годовых отчетов БУЗ УР «РКТБ МЗ УР».

Результаты. В период с 2011 по 2021 гг. в УР динамика показателей заболеваемости как туберкулезом органов дыхания (с 65,4 до 28,7 на 100 000 населения), так и туберкулезом внелегочных локализаций (с 2,0 до 0,3 на 100 000 населения) имела нисходящую направленность (снижение на 56,1 % и 85,0 % соответственно). Показатели распространенности туберкулеза органов дыхания за исследуемый период изменились с 152,7 до 65,8 на 100 000 населения, или на 59,9 %. Показатели распространенности туберкулеза внелегочных локализаций за последние 11 лет также снизились с 11,6 до 0,6 на 100 000 населения, или на 94,8 %. Показатель смертности от туберкулеза в УР

изменился на 76,2 % с 15,1 до 3,6 на 100 000 населения. На фоне роста показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией (с 33,6 в 2011 г. до 85,2 на 100 000 населения в 2017 г. и дальнейшим снижением до 60,7 на 100 000 населения) в УР происходит стремительный рост показателей заболеваемости и распространенности сочетанной патологии ВИЧ/ТБ (показателя заболеваемости с 4,7 до 8,9 на 100 000 населения в 2018 г. (на 89,4 %) с небольшим снижением до 6,6 в 2021 г. (на 25,8 %); вырос показатель распространенности с 10,9 до 17,8 на 100 000 населения в 2019 г. (на 63,3 %), и небольшим снижением до 16,9 соответственно в 2021 г. (на 5,1 %.). Показатель смертности больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом от ВИЧ-инфекции в УР вырос с 2,4 в 2011 г. до 7,8 на 100 000 населения в 2019 г., что составило 225,0 %. За последние два год наблюдения данный показатель снизился до 4,0 на 100 000 населения (на 48,7 %).

Заключение. Наблюдается негативное влияние ВИЧ-инфекции на эпидемический процесс по туберкулезу в УР. В настоящее время показатель заболеваемости сочетанной патологией ВИЧ/ТБ ежегодно возрастал (40,4 %) и достиг значения 6,6 на 100 000 населения в 2021 г в УР. Показатели распространенности и смертности сочетанной патологией ВИЧ/ТБ также имеют восходящую тенденцию (рост на 55,0 % и 66,7 % соответственно). Данная картина наблюдается на фоне увеличения показателей заболеваемости ВИЧ-инфекцией за исследуемый период (80,7 %) и снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу (56,1 %, 59,9 % и 76,2 %). Однако, следует отметить, что последние 3 года наблюдения фиксировался спад основных эпидемиологических показателей по ВИЧ/ТБ.

55 ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ РУ-ТБ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Демидик С.Н., Алексо Е.Н., Вольф С.Б.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно. Республика Беларусь

Актуальность. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является значимым фактором риска развития туберкулеза легких. Сочетание этих заболеваний снижает эффективность терапии, нередко приводит к инвалидности и летальному исходу (Ханин А.Л., 2017).

Цель исследования. Провести оценку эффективности лечения рифампицин-устойчивого туберкулеза (РУ-ТБ) у пациентов с ХОБЛ и без значимых отягощающих факторов риска.

Материалы и методы. Обследован 81 пациент с РУ-ТБ. Основную группу (ОГ) составил 31 пациент с РУ-ТБ и ХОБЛ. Группа сравнения (ГС) – 50 пациентов с РУ-ТБ без значимых факторов риска. Всем пациентам ОГ и ГС диагноз туберкулеза легких был установлен по клинико-рентгенологическим данным и в 100% случаев подтвержден результатами бактериологических и/или молекулярно-генетических исследований. Пациенты получали индивидуальные схемы химиотерапии с учетом лекарственной устойчивости микобактерий. Оценка исходов лечения проводилась в соответствии с принципами когортного анализа после окончания лечения через 24 месяца. Использовались критерии: «успешное лечение» – сумма случаев с исходами «излечение» и

«лечение завершено»; «не успешное лечение» – случаи туберкулеза с исходами «неэффективное лечение», «смерть», «потеря для последующего наблюдения» .

Результаты. При сравнительной оценке клинических характеристик пациентов ОГ и ГС с РУ-ТБ установлено, что пациенты ОГ были значимо старше, чем пациенты ГС. Средний возраст пациентов ОГ составил 54,1±10,6, против 44,8±8,9 в ГС ($p<0,05$). Сравнительный анализ распространенности специфического воспаления в легких показал, что туберкулез носил распространенный характер у 80,6% пациентов ОГ против 42,0% в ГС ($p<0,05$). Исходно наличие полостей распада (каверн) в легких методом компьютерной томографии было подтверждено в ОГ и в ГС у 51,6% и 30,0% пациентов соответственно ($p<0,05$).

При сравнительном анализе эффективности лечения в группах пациентов с РУ-ТБ без отягощающих факторов и с ХОБЛ установлено значимое влияние наличия ХОБЛ на показатель «успешное лечение». Критерий «успешное лечение» был достигнут лишь у 60,0% пациентов ОГ, против 88,0% случаев в ГС ($p<0,05$). Отмечено, что благоприятный исход лечения – «излечен» был установлен у 52,0% пациентов ОГ, в то время как в ГС – у 76,0% ($p<0,05$). Следует отметить, что у пациентов ОГ на фоне основного курса лечения в семь раз чаще зарегистрирован исход «смерть» ($p<0,05$).

Заключение. Наличие у пациента ХОБЛ приводит к более тяжелому течению РУ-ТБ легких и значимо снижает показатель эффективности терапии – «успешное лечение».

56

ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

Каюкова С.И., Улюмджиева В.А., Карпина Н.Л.
ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», Москва. Российская Федерация

Актуальность. Диагностика и лечение туберкулеза во время беременности являются одними из самых сложных разделов фтизиатрии, поскольку этот вопрос сопряжен с необходимостью безопасного материнства и обеспечением минимальных рисков для плода. Изучение клинико-лабораторных аспектов течения туберкулеза органов дыхания (ТОД) у женщин во время беременности и послеродовом периоде представляет несомненную научно – практическую значимость.

Цель исследования. Оценить особенности течения туберкулеза органов дыхания у женщин во время беременности и послеродовом периоде.

Материалы и методы. В течение 2010-2021гг. на базе ФГБНУ «ЦНИИТ» нами проведено обследование и лечение 156 пациенток репродуктивного возраста, больных ТОД, которые были поделены на две группы: 1-ая группа – 81 женщина с сочетанием туберкулеза и беременности; 2-ая группа – 75 пациенток с наличием ТОД. Проведено стандартное исследование, принятое в клиниках фтизиатрического и акушерского профиля. Статистический анализ полученных данных проводили с помощью скриптов на языке программирования R версии 3.5 в среде R Studio.

Результаты. У женщин в обеих группах достоверно чаще регистрировали впервые выявленный ТОД-62(77%) и 66(88%) по сравнению с его рецидивами-19 (23%) и 9(12%) ($p\leq0,003$). При этом среди пациенток 1-ой группы достоверно чаще регистрировали поздние рецидивы ТОД -12 (63), в то время как во 2-ой группе таковых не наблюдали – 0(0%) ($p\leq0,003$). Ранние рецидивы ТОД, напротив, достоверно чаще отмечали у женщин

2-ой группы в отличие от 1-ой группы-9(100%) и 7(37%) (p≤0,003). У пациенток с сочетанием ТОД и беременности в отличие от женщин с ТОД статистически значимо чаще регистрировали характерную клиническую симптоматику-47 (58%) и 26(35%) (p≤0,04), инфильтративную форму туберкулеза-21(26%) и 4(5%) (p≤0,001), сочетание с другими локализациями специфического процесса-21(26%) и 8(11%) (p≤0,02) и высокую частоту обнаружения МБТ в мокроте-42(52%) и 21(28%) (p≤0,003). Исходами настоящей беременности у женщин 1-ой группы чаще были роды- 65(80%), реже-прерывание беременности-16(20%) (p≤0,001). Течение беременности у пациенток с ТОД характеризовалось частотой акушерских осложнений в 19(29,2%) случаях; родами в срок-62(95%), через естественные родовые пути-53(81%), незначительным количеством осложнений в родах и послеродовом периоде-2(3%) и 3(5%). Все новорожденные родились живыми, с медианой веса-3000 гр. [3150;3400] и длины-52 см [50;52], оценкой по шкале Апгар-8-9 баллов, без патологии-62(95%).

Заключение. Сочетание туберкулеза органов дыхания и беременности ассоциировано с обнаружением впервые выявленного ТОД, наличием выраженной клинической симптоматики, развитием инфильтративной формы с поражением внелегочной системы и высокой частотой бактериовыделения. Однако, при коллегиальном и высоко профессиональном ведении пациенток данной категории клинически реальными событиями являются снижение частоты акушерских осложнений и благоприятные перинатальные исходы.

57 КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ: БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Курмаева Т.В., Каюкова С.И.
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва. Российская Федерация

Актуальность. Больные туберкулезом органов дыхания (ТОД) более чем в 50% случаев имеют клинически значимые сопутствующие состояния, осложняющие проведение специфической химиотерапии и ухудшающие прогноз заболевания. В структуре коморбидной патологии значительное место занимает патология печени, которая может носить фоновый характер или развиваться на фоне химиотерапии, что отражается на течении туберкулезного процесса.

Цель исследования. Изучить структуру патологии печени и желчного пузыря у больных туберкулезом органов дыхания (ТОД)

Материалы и методы. Обследовано 73 больных ТОД, находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях ФГБНУ «ЦНИИТ» в период 2019-2021гг. Медиана возраста составила 39 лет. Медиана пребывания в стационаре – 113 койко-дней. Критерии включения: возраст старше 18 лет, наличие: туберкулеза органов дыхания, патологии печени и/или патологии желчного пузыря; отсутствие: ВИЧ-инфекции, онкологических и психических заболеваний. Преимущественное поражение печени рассчитывали по формуле: R=(аланинаминотрансфераза/N)/(щелочная фосфатаза/N), где N – верхняя граница нормы для каждого показателя. При R>5 тип поражения гепатоцеллюлярный, R<2 – холестатический, R от 2 до 5 – смешанный.

Результаты. В структуре сопутствующей патологии печени и желчного пузыря у больных ТОД превалировали лекарственное поражение печени – 35 (44,9%) ($p<0,05$) и хронический вирусный гепатит С – 17 (23,3%), хронический холецистит – 29 (39,7%), другие поражения печени и желчного пузыря имели место в единичных случаях: хронический вирусный гепатит В – 1 (1,4%), хронический вирусный гепатит В и С – 1 (1,4%), острый холецистит – 1 (1,4%), желчекаменная болезнь – 4 (5,5%). Анализ преимущественного поражения печени показал преобладание гепатоцеллюлярного типа – 29 (39,7%) в отличие от холестатического – 5 (6,8%) и смешанного – 12 (16,4%) типов. По данным ультразвукового исследования у больных ТОД регистрировали: увеличение размеров печени – 28 (38,4%), повышение эхогенности – 15 (20,5%), объемное образование печени по типу гемангиомы – 4 (5,5%), признаки жирового гепатоза – 9 (12,3%), деформацию желчного пузыря – 26 (35,6%), полип желчного пузыря – 4 (5,5%), признаки сладжа – 3 (4,1%), конкременты в желчном пузыре – 4 (5,5%). Среди клинических форм ТОД у больных с сопутствующей патологией печени и желчного пузыря преобладали инфильтративная – 24 (32,9%) и фиброзно-кавернозная – 13 (17,8%) формы, а также туберкулемы – 11 (15,1%); реже регистрировали очаговую – 7 (9,6%), диссеминированную – 6 (8,2%) и кавернозную – 5 (6,8%) формы туберкулеза. Бактериовыделение и деструкцию легочной ткани наблюдали у 26 (35,6%) и 46 (63%) больных соответственно. Наиболее тяжелое течение специфического процесса среди больных ТОД с сопутствующей патологией печени и желчного пузыря отмечалось у больных с хроническими вирусными гепатитами: преобладание фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ) – 6 (31,6%), частота бактериовыделения в 7 (36,8%) наблюдений, высокий уровень лекарственной устойчивости (ЛУ) возбудителя к ПТП – 10 (52,6%) и деструкция легочной ткани – 13 (68,4%).

Заключение. В структуре больных ТОД с сопутствующей патологией печени превалировали лекарственное поражение печени и хронический вирусный гепатит С; с сопутствующей патологией желчного пузыря – хронический холецистит. Для больных ТОД с хроническими вирусными гепатитами отмечалось преобладание распространенных форм специфического процесса, сопровождающихся бактериовыделением с высоким уровнем ЛУ возбудителя, а также деструкцией легочной ткани.

58

ЛЕКАРСТВЕННО- УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНОСТЬЮ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТИПА

Кучкарова М.Ф. кизи, Батырова Б.Т., Орипов Ш.Ю., Хасанов А.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Цель исследования: изучить частоту встречаемости резистентных форм (МЛУ/ ШЛУ) туберкулеза у больных с коморбидным состоянием сахарным диабетом второго типа.

Материалы и методы. У 258 пациентов ТБ с коморбидностью по сахарному диабету второго типа изучена характер лекарственной устойчивости микобактерий методами ПЦР: GeneXpert Rif и Hain test, а также бактериологическим методом.

Результаты. Из 258 больных туберкулезом в сочетании с сахарным диабетом 2 типа у 196 (76%) пациентов наблюдался первые выявленный туберкулез, 56 пациентов раннее леченные и состояли на учете по заболеванию ТБ в течение 2-4 лет, у 6 пациентов диагностирован рецидив туберкулезного процесса. 201 пациент, включенный в разработку, были в возрасте 20- 45 лет. У 213 больных сахарный диабет предшествовал туберкулезу и давность заболевания, которого составила от 3 до 5 лет. Среди впервые заболевших туберкулезом - наибольшую группу составили больные инфильтративным туберкулезом легких - 110 (56,1%) человек. Фиброзно-кавернозный туберкулез был диагностирован у 50 (25,5 %). Деструктивные изменения в легких были выявлены у 169 больных (86,2%). Бактериовыделение выявлено у 229 (88,7%) пациентов.

Среди впервые заболевших туберкулезом множественная лекарственная устойчивость выявлена у 9 (4,5%) больных, у 1 пациента установлена широкая лекарственная устойчивость. У больных ТБ ранее леченных туберкулеза с коморбидным статусом СД 2 типа множественная устойчивость наблюдалась у 12 (21,4%) и широкая лекарственная устойчивость диагностирована у 3 (5,3%) пациентов. Эффективность лечения ТБ в группе больных ранее леченных и рецидивами оказалась низкой как в результате течения основного заболевания и его клинической формы, так и состоянием декомпенсированного диабета. 3 пациента с широкой лекарственной устойчивостью и декомпенсированным диабетом, несмотря на комплексное лечение умерли на 3 – 5 месяце лечения.

Заключение. Частота выявления множественной и широкой лекарственной устойчивости у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, состоящих на учете в разы выше, чем у впервые заболевших, что диктует необходимость качественно проводить лечение с включением различных препаратов, направленных на уменьшение остаточных явлений и ускоряющих процесс репарации.

59 ТЕЧЕНИЕ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОНЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Массавиров Ш.Ш., Ходжаева М.И., Абдугаппаров Ф.Б., Онгарбаев Д.О.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Сегодня туберкулёз является одной из самых распространенных инфекций в мире. Одновременно эпидемия ВИЧ/СПИД обострила не до конца решенные проблемы, среди которых важнейшее место занимает туберкулез: везде, где отмечается широкое распространение ВИЧ-инфекции, увеличивается и число случаев туберкулеза.

Цель исследования: изучение клинико-рентгенологических особенностей течения и эффективность лечения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Изучено 145 больных, пролеченных в ГКБФиП в 2015 году. Пациенты разделены на две группы: 1 группа (основная) – 95 ВИЧ инфицированных больных туберкулезом (ВИЧ/ТБ), из них у 12 (12,6%) больных ВИЧ-инфекция обнаружена впервые в клинике ГКБФиП, 2 группа (контрольная) 50 больных с туберкулезом легких без ВИЧ-инфекции. Всем больным проведено клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование с определением чувствительности к

противотуберкулезным препаратам и ИФА на вирусы герпеса, цитомегаловирусную инфекцию, HBS-Ag и HCV-Ag.

Результаты. При наблюдении 95 больных ВИЧ/ТБ выявлены особенности клинико-рентгенологические течения и эффективности лечения туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции. Частота выявления инфильтративного туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных больных составляет 33 (34,7%), диссеминированного туберкулеза легких - 16 (16,8%) и фиброзно-кавернозного туберкулеза - 7 (7,4%) случаев. Mycobacteria tuberculosis была обнаружена у 45 (47,3%) пациентов, распад легочной ткани – у 57 (60,0%) больных.

Заключение. Туберкулез на фоне ВИЧ-инфекции приобретает более тяжелое клиническое течение, сопровождается рядом осложнений и сопутствующими заболеваниями, в том числе СПИД – ассоциированных, и характеризуется высокими показателями летальности.

60

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ ФОНИДА ЎПКА ТУБЕРКУЛЕЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА МИКОЗНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ (ТАВСИФИ)

Массавиров Ш.Ш., Парпиева Н.Н., Абдугаппаров Ф.Б., Джурабаева М.Х.
Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент. Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги. Оҳирги вақтларда замбуруғли касалликларнинг сони сезиларли даражада ошиб бораётганлиги аниқланмоқда (ОИВ-инфекцияси билан бирга юза қаватлар микози, шунингдек оғир кечувчи висцерал микозлар). Бу холат кўп омиллар билан боғлиқ, яъни кенг таъсир доирага эга антибиотикларни амалий тиббиётда кенг қўлланилиши, мавжуд дори воситаларига қўзғатувчиларнинг чидамлилигини ривожланиши. (Жаднов В.З., Минаева С.В. 2001, Хауадамова Г.Т. ва хаммуалиф. 2005).

ШФваПКШ маълумотларига кўра йилига даволанган беморларнинг 200 га яқинида ОИВ-инфекцияси аниқланади, бу даволанган барча беморларнинг ўртача 20 %ини ташкил этади. Юқорида айтилганидек, ОИВ-инфекцияси туберкулез билан бирга кечганда беморларда иммун тизими фаолияти сусаяди, стацинар шароитда 3 ойдан 5 ойгача туберкулезга қари антибактериал препаратларни қабул қилади, бу эса ўз навбатида замбуруғли касалликларни рпвожланишига олиб келади.

Тадқиқод мақсади: ОИВ-инфекцияланган ўпка туберкулези билан касалланган беморларда микоз диагностикаси ва клиник кечишининг ўзига хослиги ҳамда профилактикасини ўрганиш.

Материал ва текшириш усуллари. 2015 йил давомида ШФваПКШда умумий 1427 нафар беморларнинг касаллик тарихи ўрганилди, ОИВ-инфекцияси фонида ўпка туберкулезиниг микоз билан биргаликда кечган 135 нафар бемор аниқланди ва текширилди. Барча беморларнинг балғами ва патологик материалларида замбуруғларни аниқлаш мақсадида бактериоскопик текширув ўтказилди.

Тадқиқод натижалари: беморларнинг асосий қисмини эркаклар – 110 (81,5%) ва 25 (18,5%) эса аёллар ташкил этди. Ижтимоий холати текширилган шу нарса маълум бўлдики, 54 (40,0%) наркоманиядан азият чекиши, 71 (52,6%) беморлар қамоқхонадан озодликка чиққанлиги ва 86 (63,7%) беморда алкоголизм аниқланди.

Ўпка туберкулезининг клиник шакллари қуйидагича, яллиғланган - 45 (33,3%) беморларда, тарқоқ туберкулез - 27 (20,0%) беморда, ўчоқли ўпка туберкулези - 21 (15,6%) беморда, ўпка туберкулезининг деструктив шакллари - 15 (11,1%), кўкрак ичи лимфа тугунлари туберкулези – 10 (7,4%), туберкулез плеврити – 10 (7,4%), периферик лимфа тугунлари туберкулези – 3 (2,2%), ўпка туберкулемаси – 2 (1,4%) хамда биттадан казеоз зотилжам ва туберкулез менингити тақсимланди.

Балғамда бацилла ажралиши 73 (54,1%) беморларда, ўпкада десруктив ўзгаришлар 81 (60,0%) беморда аниқланди. Текширишлар натижасида ОИВ-инфекцияси фонида ўпка туберкулезиниг микоз билан биргаликда кечган беморларнинг 113 (83,7%) да нафас аъзолари тизимининг микози, 4 (2,9%) беморда микоз сийдикда аниқланган булса, 3 (2,2%) беморда эса қин сурмасида микоз топилди.

ОИВ-инфекцияланган беморларда туберкулез жараёни стандарт схема асосида даволанди. Барча беморларнинг даво схемасига замбуруғга қарши препаратлар қўшилди. Жумладан, 37 (30,8%) бемор замбуруғга қарши препарат фуцисни вена ичига қабул қилган бўлса,83 (69,2%) беморлар дифлюзолни перорал қабул килишди.

Давонинг самарадорлиги клиник-рентгенологик ва лаборатор маълумотларга асосланди: итоксикация симптомларининг йўқолиши, бактерия ва замбуруғ ажралишини тўхташи, парчаланиш бўшлиқларининг ёпилиши ва яллиғланиш жараёнининг лаборатор кўрсаткичлари даво охирида меъёрлашганлиги.

Комплекс даволаниш натижасида 80 (59,3%) беморда ижобий динамика, 24 (17,7%) беморда ўзгаришсиз холат ва даволаниш даврида 2 (1,4%) беморда умумий ахволини оғирлашиши хамда 29 (21,5%) беморда ўлим холати кузатилди.

Хулоса, ўпка туберкулези ОИВ-инфекцияси билан бирга кечганда, оғиз-ютқинни кандидоз билан зарарланиш частотаси юқори бўлиши аниқланган бўлса, ОИВ-инфекцияси фонида ўпка туберкулезига кандидознинг қўшилиши натижасида иммуногомеостаз тизимини бузилишига олиб келади, бу холат эса даво самарадорлигига салбий таъсир этиши маълум бўлди.

61

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Саипова Н.С.[1], Парпиева Н.Н.[2]

[1]Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент. Узбекистан

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель иследования: оценить клиническую эффективность глутатиона в комплексной терапии заболеваний кожи в условиях коморбидности с туберкулезом различных локализаций и другой соматической патологией.

Материалы и методы. Клинические наблюдения проводились у 195 больных с ТЛ, находящихся на лечении в РСНПЦФиП РУз. В исследования были включены социально адаптированные пациенты в возрасте от 20 до 50 лет (из них 105 женщин и 90 мужчин) с сопутствующими мультифакториальными заболеваниями кожи (нейродерматозы, микозы, вирусные и бактериальные заболевания кожи). Больные получали специфическую противотуберкулезную терапию, а также в комплексной терапии назначали Глутатион в дозе 600 мг один раз в день в течение недели, вводили внутривенно.

Результаты. В процессе лечения отмечена положительная динамика клинических и лабораторных показателей на 75% по сравнению с исходными значениями, повышение качества жизни пациентов. У больных наблюдалось улучшение самочувствия, уменьшение симптомов интоксикации, кашля. В процессе терапии побочных реакций на лекарственные средства комплекса специфической терапии и терапии сопровождения не выявлены.

Заключение. Учитывая общие патогенетические факторы возникновения ТБ и ХМД целесообразно включение в комплекс лечения больных с туберкулезом препаратов полифункционального действия, с гепатопротекторными, антиоксидантными, иммуномодулирующими свойствами одним из таких препаратов является Глутатион.

62 ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Хакимов А.А., Мухамедов К.С., Ходжаева М.И., Каюмова С.С., Онгарбаев Д.О., Маматов Л.Б., Эргашова Г.М., Абдугаппаров Ф.Б., Халим-зода Л.М.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

В настоящее время потребность в работе с пациентами, страдающими сопутствующими заболеваниями возрастает. Больные туберкулезом легких не являются исключением. Увеличение средней продолжительности жизни населения и удельного веса больных туберкулезом старшей возрастной группы приводит к поступлению в противотуберкулезные учреждения пациентов больных с коморбидной различной хронической бронхолегочной и сердечно-сосудистой патологией.

Цель исследования. Оценка частоты встречаемости случаев коморбидности хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), хронического бронхита (ХБ), артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС) у больных, впервые выявленным туберкулезом, направленных в противотуберкулёзные диспансеры Ташкента в течение 2021 года.

Материалы и методы. В простое одномоментное исследование были включены 139 впервые диагностированных больных ТБ, из которых 80 мужчин (57,6%) и 59 женщин (42,4%), обратившихся в противотуберкулезный диспансер. Критерии включения: впервые выявленное заболевание туберкулезом, взятые на учет в противотуберкулезном диспансере. Туберкулез диагностировали на основании клинических, лабораторных и рентгенологических данных.

Результаты. Диагноз ХОБЛ был подтвержден у 3 больных (2,15%). Среди которых у 2 больных на момент поступления был установлен ранее установленный диагноз ХОБЛ (66% от всех выявленных больных ХОБЛ и у 1 больного ХОБЛ диагностирована впервые на основании объективных и инструментальных исследований. Частота коморбидности по ХБ составила 11,5% (16 больных). Все пациенты были диагностированы на момент взятие на учёт. Диагноз АГ был подтвержден у 7 пациентов (5%), из них у 5 больных (71%) АГ уже была диагностирована на момент взятие на учёт, а у остальных 2 (28%) больных диагностирована впервые. Для подтверждения или уточнения диагноза дважды в сутки измеряли артериальное давление (АД), проводили суточное мониторирование

артериального давления и осмотр офтальмолога. ИБС была диагностирована у 6 больных (4,3%), у большинства больных был 1 функциональный класс (52,6%).

Заключение. Коморбидность по легочным и сердечным заболеваниям среди впервые выявленных больных составила 23%, где доля ХОБЛ – 2,15%, ХБ – 11,5%, АГ - 5%, ИБС – 4,3%. Это требует привлечения различных специалистов терапевтического профиля для улучшения общего состояния больных, повышения приверженности к противотуберкулезной терапии, сокращения сроков лечения туберкулеза и минимизации его последствия.

63

ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ

Хакимова Р.А., Насритдинов Ф.Э., Хакимов Н.С., Султанов Г.И.
Андижанский медицинский институт, Андижан. Узбекистан
Областной центр фтизиатрии и пульмонологии, Андижан. Узбекистан

Цель исследования: изучить частоту и характер туберкулезного поражения и его осложнений у пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Проведен анализ 98 историй болезни пациентов с ко-инфекцией туберкулез и ВИЧ, находившихся на лечении в областном центре фтизиатрии и пульмонологии. У 53 пациентов установлен легочный туберкулез и у 45 - внелегочные формы туберкулеза. Всем пациентам, включенным в данное исследование для подтверждения диагноза туберкулеза, проведено комплексное обследование: исследование патологического материала методом бактериоскопии, посевы на питательные среды, ПЦР в реальном времени GeneXpert Rif, рентгенологическое исследование, включающее обзорную рентгенограмму и компьютерную томографию; иммунодиагностические тесты: проба Манту и Диаскинтеста. При туберкулезе периферических лимфатических узлов или спондилита при наличии натечников, кроме вышеперечисленных использовали биопсию с последующим гистологическим исследованием.

Результаты. Туберкулез легких, установленный у 53 пациентов, из которых у 32 пациентов туберкулез выявлен легких одновременно с ВИЧ инфицированием, после установления статуса, а у остальных срок ВИЧ инфицирования составил до 2-3-х лет до развития туберкулеза. Клинические формы туберкулеза характеризованы инфильтративный туберкулез легких у 42 пациентов (у 15 больных с распадом и у 20 - с бактериовыделением); диссеминированный туберкулез - у 6 пациентов, из которых у 2 - БК+; фиброзно- кавернозный - у 2 больных и экссудативный плеврит -у 3 пациентов. Всего у 24 микобактерии обнаружены методом микроскопии, метод ПЦР выявлены микобактерии у 40, причем у 3 выявлена первичная устойчивость к препаратам первого ряда

Внелёгочные формы проявлялись: туберкулез периферических лимфатических узлов - у 28 пациентов; туберкулезный спондилит - у 19 пациентов и туберкулезный коксит - у 3 больных; туберкулез почек - у 3 больных.

Сопоставление тяжести течения внелегочного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных показало корреляционную зависимость от количества CD-4 клеток. Установлено, что при количестве CD-4 клеток до 500 в 1мкл случаи туберкулеза периферических лимфатических узлов и туберкулезного спондилита протекали без

осложнений, хотя у некоторых процесс был и распространенным и характеризовался поражением 2-,3- или 4-х групп периферических лимфоузлов., плотно - эластической консистенции размерами 1- 2 см, не спаянных с окружающей тканью. При туберкулезном спондилите наиболее часто наблюдалось поражение от 3-х до 5-ти позвонков и чаще в грудном отделе позвоночника.

При уровне содержания CD-4 клеток менее 200 кл/мкл у 24 больных наблюдались осложнения в виде натечников. Данное осложнение наиболее встречалось у пациентов с туберкулезом периферических лимфатических узлов (16 больных) и с туберкулезным спондилитом (8 пациентов).

У всех 45 больных с внелегочными формами туберкулеза исследования патологического материала методом бактериоскопии были отрицательны и ВК не обнаружены. При исследовании патологического отделяемого свищевых ходов методом GeneXpert Rif у 5 пациентов выявлены ДНК высоковирулентных микобактерий, у 2 пациентов выявлена устойчивость к Изониазиду и Рифампицину, т.е. множественная лекарственная устойчивость. Всем пациентам с внелегочным туберкулезом проведено рентгенологическое исследование, при этом у 7 пациентов был выявлен инфильтративный туберкулез без распада и бактериовыделения. 11 пациентам с лимфаденопатией проведена пункция натечника с гистологическим исследованием, при обнаружении казеозного некроза и гигантских клеток Пирогова-Лангханса верифицирован туберкулезная этиология натечников.

По результатам иммунодиагностики: проба Манту была у 12 из 45 пациентов слабоположительной, у 9 - сомнительной и у 24 больных - результат отрицательный. На противоположное предплечье ставился Диаскинтест, где результаты у 23 пациентов – слабоположительны, у 3 пациентов - гиперергическая ответная реакция и у 19 пациентов - отрицательны.

Заключение. У больных, ВИЧ- инфицированных наряду с легочным туберкулезом, нередко наблюдаются внелегочные формы туберкулеза. Наиболее часто из внелегочного туберкулеза выявлено поражение периферических лимфатических узлов. Уровень количества CD-4 определяет тяжесть течения внелегочного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. Наиболее информативными методами верификации туберкулезной этиологии натечников является проведения Диаскинтеста, ПЦР и гистологическое исследование материала, полученного при биопсии натечников.

64

ТЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Хакимова Р.А., Хакимов Н.С., Максумова Д.К., Хожиев М.М.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Цель исследования. Выявить частоту сопутствующих заболеваний у больных лекарственно устойчивыми формами туберкулеза легких.

Материалы и методы. Обследовано 98 пациентов с лекарственно устойчивыми формами туберкулеза легких. Превалировали мужчины, их было 61 (62,2%). Впервые заболевшие туберкулезом – 21 пациент и 77 пациентов, состоящих на учете по поводу туберкулеза в течение 2-4 лет.

Наличие сопутствующих заболеваний выявлены при сборе анамнеза, объективном исследовании и лабораторно-функциональным методам исследования, включая биохимические, ультрасонографические и функциональные методы диагностики.

Результаты. Среди впервые выявленных больных превалировали инфильтративный туберкулез, среди ранее леченных - фиброзно- кавернозный у 39 (50,6%) и инфильтративный туберкулез легких у 38 (49,4%). Множественная лекарственная устойчивость установлена у 89 больных, широкая лекарственная устойчивость-у 9 пациентов.

Сопутствующие заболевания были выявлены у 72 (73,4%) больных ТБ, в том числе сахарный диабет – у 19 (26,3%), ХОБЛ –у 10 (13,8%), болезни сердечно- сосудистой системы – у 12 (16,6%), анемия – у 14 (19,4%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 5 (7%), холециститы – у 3 (4,1 %), вирусные гепатиты В и С – у 5 (7%), ВИЧ инфекция – у 4 (5,6%) пациентов. Наличие сопутствующих заболеваний снижало эффективность лечения, а также приводило к непереносимости противотуберкулезных препаратов. Реже констатирован переход МЛУ ТБ в ШЛУ, что отмечено у 3 пациентов, включенных в исследование.

Заключение. Среди обследованных больных ТБ сопутствующие заболевания выявлены в 73,4% случаях, что в результатате высокого удельного веса формирования непереносимости ПТП, приводило к рискам развития широкой лекарственной устойчивости.

Данные факты указывают на необходимость раннего выявления сопутствующих заболеваний и проведение коррекции лечения либо формировние лечения «сопровождения» для сопутствующей патологии.

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF PULMONARY TUBERCULOSIS IN HIV – INFECTED PATIENTS

65 ***Khodjaeva M.I., Mukhamedov K.S., Massavirov Sh.Sh., Kayumova S.S., Mamatov L.B., Ergashova G.M., Ongarbayev D.O., Khakimov A.A., Abdugapparov F.B.***
Tashkent Medical Academy, Tashkent. Uzbekistan

The aim of this investigation is to examine the assessment of the effectiveness of treatment of tuberculosis in HIV-infected patients.

Materials and methods. In this paper, we studied 108 patients treated in Tashkent clinical hospital of phthisiology and pulmonology (TCHPHandP) in Tashkent in 2021. The patients were divided into two groups: Group 1 (basic) - 58 HIV-infected patients with tuberculosis (TB / HIV), of which 9 (15.5%) patients with HIV infection is detected in the clinic TCHPHandP, Group 2 (control) 50 patients with pulmonary tuberculosis without HIV infection. All patients underwent a complete clinical, radiological and laboratory examinations.

Results. The age and sex composition in both groups was identical. In both groups dominated males - 47 (81%) and 38 (76%), respectively, at age 30 to 39 years - 27 (46.6%) and 27 (54%) and from 40 to 49 years - 20 (34, 5%) and 15 (30%), respectively.

Clinical and radiographic infiltrative tuberculosis in group 1 was installed in 20 (34,4%) patients, focal - in 13 (22.4%), disseminated - in 10 (17.2%), pleural effusion - in 10 (17,7%), fibro – cavernous in 4 (6.8%), tuberculosis bronchoadenitis - in 1 (1,7%). In group 2 infiltrative tuberculosis is installed - in 28 (56%), pleural effusion 6 (12%), focal and fibro-cavernous

tuberculosis 5 (10%) and disseminated and cavernous pulmonary tuberculosis 3 (6%), respectively.

Patients with HIV/AIDS-related TB has identified a number of opportunistic diseases, 43 (74,1%) patients with oropharyngeal candidiasis is set, in 3 patients (5,2%) - generalized candidiasis, herpes viruses (HSV 1 and HSV 2) identified in 9 (15,5%) patients, CMV - in 6 (10,3%), in two cases (3,4%) Pneumocystis pneumonia, one patient had - Kaposi's sarcoma (1,7%).

All patients received standard chemotherapy, as well as pathogenetic and symptomatic therapy. All patients of the main group is assigned a daily intake of sulfamethoxazole / trimethoprim 160/800 mg before the end of a course of chemotherapy.

Treatment efficacy was assessed by bacteriological conversion and closure of cavernous lesions. In the main group in the sputum microscopy method BK detected in 24 (41,3%) patients in the control group - 32 (64%), but in the main group abacillary achieved only in 10 (41,6%) patients, compared with 28 (87,5%) in the control group. Closure of cavernous lesions was not in any case. Reducing the cavities above splits the control group than in patients with HIV infection and is 20 (%) and 7 (%), respectively.

The outcome of treatment in the control group: treatment efficacy of 98%: improvement of 49 (98%), without the dynamics 1 (2%), as in the main group the efficacy of treatment was only 72%: improvement in 16 (27,6%), no significant improvement 26 (44,8%), without dynamics 5 (8.6%) treatment disorders mode 2 (3,4%), died 9 (15,5%).

Conclusions: Tuberculosis in HIV - infection becomes more severe clinical course, accompanied by a number of complications and associated diseases, including AIDS - associated, and is characterized by high rates of mortality. The standard chemotherapy regimen is not effective enough, which is associated with severe immunodeficiency and the development of other opportunistic diseases.

66

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГЕПАТИТА С ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Ярмухамедова Н.А., Якубова Н.С., Джураева К.С.
Самаркандский Государственный медицинский университет, Самарканд. Узбекистан

Цель исследования: определение сравнительных клинико-эпидемиологических особенностей течения хронического вирусного гепатита С на фоне туберкулеза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 80 больных, находившихся на стационарном лечении в областном центре фтизиатрии и пульмонологии и в областной инфекционной больнице г. Самарканда, которые были разделены на 2 клинические группы, сопоставимые по возрасту и полу. 1-ю группу составили 40 больных с сочетанной инфекцией - туберкулез и хронический вирусный гепатит С (ХВГС), находившихся на стационарном лечении в областном центре фтизиатрии и пульмонологии в период с 2018 по 2021 г. Доля микст-туберкулеза и ХГС-инфекции в общем числе больных с туберкулезом легких составила 9,8%. Годовая динамика заболеваемости распределилась следующим образом: в 2018 г. (24,6%), в 2019 г. (37,2%), в 2021 г. (38,2%) больных. При анализе возрастного показателя больных установлено, что сочетанное течение туберкулеза с ХГС наблюдалось у 15,5% больных в возрастной группе от 15 до 25 лет, от 25 до 45 лет у 38,4% больных, от 45 до 60 лет у

35,9% больных, от 60 и более у 10,2% больных. Среди наблюдаемых пациентов больные мужского пола составили 63,4%, а женщины - 36,6% случаев. При анализе места жительства больных: городские жители составили 24,5%, а сельские – 75,5% заболевших. Вторую группу составили 40 пациентов с диагнозом ХГС, сопоставимых по возрасту и полу. Всем больным в динамике проводилось комплексное обследование, включающее суточное наблюдение и лабораторные методы исследования. Диагноз ХГС устанавливался на основании данных клинического анализа, результатов лабораторных, серологических и инструментальных методов исследования.

Результаты. Основным клиническим симптомом заболевания у всех обследованных больных был интоксикационный синдром, который проявлялся преимущественно слабостью, недомоганием, снижением аппетита, болями в правом подреберье и эпигастрии, тошнотой, однократной или многократной рвотой. Длительность хронического гепатита С у больных 1-й группы составила 1-3 года у 20% больных, 3-6 лет у 47,5%, 6-9 лет у 32,5% больных. У больных 2-й группы эти показатели составили 1-3 года у 10% больных, 3-6 лет у 37,5% больных, 6-9 лет у 52,5% больных.

Анализ основных клинических характеристик ко-инфекции (ТБ и ХГС) и изолированного течения ХГС показал, что боль и тяжесть в правом подреберье и эпигастрии были наиболее частыми симптомами и наблюдались с частотой 52,5% в группе 1 и 45% во 2-й группе. Снижение аппетита достоверно чаще встречалось в группе больных с сочетанным туберкулезом и ХГС (80%), по сравнению с изолированным течением ХГС (52,5%), астеновегетативный синдром проявлялся слабостью, вялостью, адинамией и регистрировался у 70%. больных 1-й группы и у 47,5% больных 2-й группы. У всех обследованных больных отмечались изменения со стороны органов пищеварения: тошнота и рвота наблюдались у больных в группе с сочетанным течением ХГС и ТБ с частотой 37,5 %, так и при изолированном течении ХГС с частотой 17,5%. Гепатомегалия у больных 1-й группы этот симптом выявлялся чаще (65%), чем у больных 2-й группы (45%). Нарушение обмена билирубина, которое характеризовалось желтушным синдромом и изменением цвета мочи, проявлялось иктеричностью кожи и склер различной степени выраженности и интенсивности и регистрировалось у 47,5% больных 1-й исследуемой группы и у 37,5% больных 2-й группы. Зуд наблюдался у 47,5% больных 1-й группы, что оказалось достоверно чаще, чем у больных 2-й исследуемой группы - 32,5%.

Заключение. Особенности течения ХГС на фоне туберкулеза чаще встречаются у мужчин, в возрастной группе от 25 до 60 лет регистрируется преимущественно тяжелое течение заболевания, чаще наличие жалоб и объективных данных сочетается с интоксикацией и холестатическим синдромом средней степени тяжести. С увеличением продолжительности течения заболевания возрастает риск осложнений. Сочетание туберкулеза и поражения печени вирусной этиологии неблагоприятно и оказывает взаимно отягощающее действие. Четко выраженные изменения в печени часто ограничивают применение химиопрепаратов, необходимых для борьбы с туберкулезным процессом. С целью ранней диагностики и дифференциации от медикаментозных заболеваний печени больным туберкулезом необходимо контролировать функциональные пробы печени и проводить исследование крови на маркеры вирусных гепатитов.

IX ЛУЧЕВАЯ, ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

67 ЗНАЧИМОСТЬ ДОППЛЕРОГРАФИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЧЕК

Абдурахманов Д.К., Хакимов М.А., Исматов Б.Н., Алимов А.Р.
Республиканкий специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Лечение распространенных форм туберкулеза почек (ТП) является одной из сложных проблем фтизиоурологии. Из общего числа больных ТП наиболее существенной ошибкой оказалось завышение показаний к нефрэктомии у 23,5% пациентов при наличии прямых показаний к реконструктивно-восстановительным операциям (Зубань О.Н., 2008). Прежде чем решить вопрос о сохранении или удалении органа, необходимо выяснить резервные функциональные возможности почки.

Цель исследования. Обосновать доплерографическую значимость показаний к подходам хирургического лечения.

Материалы и методы. На базе РСНПМЦФиП клинико-лабораторному обследованию подвергнуты 77 больных ТП. УЗИ почек выполняли на аппарате SIEMENS ACUSON S 2000 (Германия). Использовался конвексный датчик с 4-2 МГц и с 7-4 МГц, в В-режиме и с режимом дуплексного допплеровского сканирования с цветовым картированием и допплерографией сосудов почек по общепринятой методике. У больных ТП проведены цветовое допплеровское картирование (ЦДК), энергетическая допплерометрия (ЭД), импульсноволновая допплерометрия (ИВД), оценивая функциональную сохранность почечной паренхимы, характер патологического процесса, его прогноз и эффективность проводимой терапии.

Результаты. Диагноз ТП был установлен на основании туберкулезной микобактериурии у 26 (34%), гистологического исследования – у 29 (37,7%) и клинико-рентгенологической картины - у 22 (28,5%) пациентов. Нами изучена визуализация ренальных сосудов при ультразвуковой ангиографии у 77 больных туберкулезом почек: при туберкулезном папиллите ренальный кровоток полноценный у 18 (69,2%) больных; при кавернозной форме ТП ренальный кровоток снижен у 11 (57,9%) и не определяется – у 3 (15,8%) пациентов; у больных с поликавернозной формой ТП и нефроцирозе ренальный кровоток не определялись у 20 (62,5%) пациентов. Из 47 больных произведены у 21 нефрэктомия, у 19 - чрескожные перкутанные нефростомии (ЧКНС), у 4 - пластика мочеточника, у 3 - пункции почки, у 3 лапароскопические нефрэктомии почки и у 2 нефропексии. Почечная функция восстановилась у 16 пациентов, у двух - несмотря на кавернонефростомию, почка погибла. У 21 больного была выявлена полная редукция сосудистой сети пораженной почки и была выполнена нефрэктомия. Данные патоморфологического исследования подтвердили гибель удаленной почки.

Заключение. Энергетическая допплерография сосудов паренхимы при ТП позволяет оценить наличие, фазу и распространенность воспалительных изменений. При ТП кровоток зависит от выраженности морфологических изменений. В наших наблюдениях имело место усиление кровотока в зоне инфильтрации, отсутствие кровоснабжения в области каверны, отсутствие васкуляризации при поликавернозных

формах ТП и нефроцирозе. Применение ультразвуковой ангиографии при деструктивных формах ТП позволяет определить тактику лечения. Ультразвуковая ангиография при кавернозных формах ТП информативна для определения уровня прохождения сегментарных ветвей, что важно при выполнении органосохраняющих операций, в частности резекции.

68 ВОЗМОЖНОСТИ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ

Анварова Е.В., Джурабаева М.Х., Парпиева Н.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Согласно современному представлению о патогенезе развития туберкулёз периферических лимфоузлов (ТПЛУ) можно рассматривать, как регионарный туберкулезный лимфаденит. Из существующих методов ультрасонографии, для дифференциальной диагностики очаговых изменений в ЛУ наибольший интерес может представлять мультипараметрическое ультразвуковое исследование (МП УЗИ), включающее в себя линейный В-режим, режимы цветового и энергетического допплеровского картирования, компрессионную эластографию, эластографию сдвиговой волной и ультразвуковое исследование с контрастным усилением.

Цель исследования: улучшение результатов неинвазивной ранней диагностики туберкулезного поражения периферических лимфатических узлов.

Материалы и методы. В исследование были включены результаты диагностики и лечения 62 пациентов в возрасте от 18 до 70 лет, направленных в РСНПМЦФиП с подозрением на туберкулез лимфатических узлов в период с 2018 по 2022 гг. Женщин было – 28 (45,2%), мужчин – 34 (54,8%). По возрасту больные распределялись следующим образом: от 18 до 44 лет – 4 (6,5%), от 45 до 59 лет – 29 (46,7%), от 60 до 74 лет – 24 (38,7%) и 75 лет и старше – 5 (8,1%).

Всем пациентам проводилось сканирование с целью выявления патогномоничных ультразвуковых признаков туберкулеза ЛУ на ультразвуковых аппаратах Siemens Acuson 2000, с конвексным и линейными датчиками, соответственно, с частотой 2–4 МГц, 5–10 МГц; для эластографии использовался аппарат Esaote MyLab 9eXP с линейныv датчиком (L 4-15).

Результаты. При ТПЛУ патологический процесс чаще всего локализовался в ЛУ шейной и подчелюстной области 61,1% - 95,7% случаев. Реже встречался туберкулезный лимфаденит в подмышечной 15,0% - 17,0% и паховой 7,0% - 8,0% областях.

При воспалительном процессе происходит реакция лимфатического узла как адекватный ответ на внедрение антигена. При этом дифференцировка структур лимфоузла остается неизменной. Данная стадия неспецифична.

В настоящее время для оценки жесткости лимфатических узлов используется система качественной оценки результатов компрессионной эластографии лимфатических узлов (M. Furukawa 2007 г): первый тип (мягкие), второй тип (умеренно мягкие), третий тип (умеренно жесткие), четвертый тип (жесткие).

Согласно Э.Н. Беллендир, можно выделить четыре стадии в развитии специфического процесса в ЛУ:

I стадия - начальная, пролиферативная стадия. Стадия пролиферации может не иметь УЗ-признаков туберкулезных гранулем. Содержимое подобных лимфатических узлов сходно с УЗ-признаками других гранулематозных заболеваний. Образование эхоплотной капсулы лимфатического узла свидетельствует о способности организма отграничивать туберкулезный процесс уже на ранней стадии.

II стадия - казеозная, без размягчения и распада. Анэхогенная зона вокруг капсулы свидетельствует о том, что вся структура лимфатического узла разрушена и замещена туберкулезными гранулемами, и нормальная функция лимфатического узла (лимфообращение) заблокирована с образованием застоя лимфы — лимфостаза. Такой эхографический признак, как пониженная перфузия и в самом лимфоузле, и вокруг него объясняется, во-первых, токсин туберкулезной палочки блокирует кровеносные капилляры, во-вторых, зона лимфостаза вокруг лимфоузлов значительна для снижения кровообращения.

III стадия - абсцедирующая; Появление анэхогенных зон в лимфатическом узле свидетельствует о начале стадии гнойного расплавления тканей (деструктивный процесс).

IV стадия - свищевая (язвенная). В динамике прогрессирование процесса приводит к расплавлению капсулы лимфоузла с выходом содержимого в окружающее пространство.

Заключение. Мультипараметрический метод ультразвукового сканирования обладает рядом преимуществ в силу неинвазивности и массовости, а усиление его эластографией позволяет усилить чувствительность и общую точность методики с успешным применением ее на самых ранних стадиях. Это, в свою очередь, предотвращает генерализацию и развитие тяжелых, нередко, фатальных осложнений туберкулеза периферических лимфатических узлов.

69 ОПРЕДЕЛЕНИЕ МАРКЕРОВ МИКРООРГАНИЗМОВ МЕТОДОМ ГАЗО-ХРОМАТО-МАС-СПЕКТРОМЕТРИЕЙ

Маматова Ш.Р., Исматова К.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Как показывают результаты многочисленных исследований, основными возбудителями бактериального острого риносинусита (ОБРС) с частотой встречаемостью являются Streptococcus pneumoniae (20–43%), Haemophilus influenzae (22–35 %) и Moraxella catarrhalis, у взрослых. Они могут быть обнаружены даже в низких концентрациях при помощи метода газовой хроматографии с масс-селективным детектированием ионов.

Цель исследования: идентификация вида микроорганизмов у детей раннего возраста с острым риносинуситом методом газо-хромато-мас-спектрометрией.

Материал и методы. Исследование проводилось в клинике ТашПМИ, в исследование было включено 76 больных детей от 3 мес до 3 лет. В качестве материала использовались смывы из носовой полости. Забор материала осуществлялся в асептических условиях. Проведен комплексный анализ 76 образцов смыва из носовой полости методом ГХ-МС. При подготовке к хромато-масс-спектрометрическому анализу пробу на ватном тампоне высушивают с добавлением равного по объему количества

метанола и подвергают кислому метанолизу в 1М HCl в метаноле. Условия хроматографирования: температура термостата - начальная – 60ºС 3 мин (изотермический режим); нагрев со скоростью 15ºС/мин (режим программирования температуры) до 250ºС и при 250ºС (изотермический режим) 3 мин.

Результаты. Выявлены наиболее характерные микроорганизмы у детей раннего возраста с острым риносинуситом: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenza, Staphylococcus aureus, Streptococcus viridans, β-гемолитический стрептококк группы А, Streptococcus mitis/oralis, Streptococcus sanguinis, Staphylococcus saprophyticus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus haemolyticus. Грам (-) флора исчезает из микробного пейсажа.

Заключение. Выявлены маркеры микроорганизмов методом газохроматомасс-спектрометрией из полости носа у детей раннего возраста с острым риносинуситом. Наболее резкое изменение характерно для следующих микроорганимов Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae Staphylococcus aureus, Streptococcus viridans. β-гемолитический стрептококк группы А, Streptococcus mitis/oralis, Streptococcus sanguinis, Staphylococcus saprophyticus, Staphylococcus epidermidis, Streptococcus haemolyticus которые описывают микробного пейсажа у детей раннего возраста с острым риносунуситом.

70

ВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Махкамов У.У., Рискиев А.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Частота диффузных поражений легких и плевры в последнее десятилетие нарастает. Гистологическое или бактериологическое подтверждение диагноза с морфологической его верификацией признается сегодня обязательным, особенно когда встает вопрос о дифференциации бронхолегочного поражения, включая и туберкулезное.

Продолжаются поиск и совершенствование различных инструментальных методов получения биопсийного матреиала ткани легкого, бронхов, плевры и лимфатических узлов. Наименьшая инвазивность и обременительность для больного, быстрота вмешательства являются главным требованием к меоду исследования.

За последние 10 лет во фтизиопульмонологии для диагностики бронхолегочных заболеваний у нас были разработаны видеоторакоскопические методы биоптических вмешательств при бронхолегочном обследовании больных.

Цель исследования: улучшить диагностику туберкулеза с помощью видеоторакоскопических исследований бронхолегочной системы.

Материалы и методы: Проанализированы данные видеоторакоскопического обследования с биопсией ткани 252 больных с различными патологиями органов бронхолегочной системы. Все полученные биопсийные материалы фиксировали нейтральным 10% формалином и после соответствующий обработки готовили гистологические блоки и окрашивали гистологические срезы методом окраски

гематоксилин-эозином. Использованы световые бинокулярные микроскопы фирмы Carl Zeiss.

Результаты исследования: Туберкулез органов грудной клетки установлен у 69 больных, неспецифический воспалительный процесс – у 99, эхинококковая киста – у 7, мезотелиома плевры - у 32, аденокарцинома легкого у 30, недифференцированная карцинома – у 8, неходжкинская лимфома – у 4, плоскоклеточная карцинома - у 2, гамартома - у одного больного.

Видеоторакоскопический метод биопсии бронхолегочной системы является относительно простым и безопасным методом, обеспечивающим исследование эндопульмональной цитограммы.

Заключение. Видеоторакоскопический метод позволяет своевременно и достоверно установить диагноз с морфологической и гистологической верификацией. Это позволяет назначить адекватную терапию в зависимости от этиологии патологического процесса и выбрать обоснованную тактику хирургического или консервативного лечения.

71

РОЛЬ ГИСТЕРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОК С НЕУДАЧНЫМИ ИСХОДАМИ ВРТ

Юлдашев М.А.[1], Парпиева Н.Н.[2], Зуфарова Ш.А.[3]

Частная медицинская клиника «Mediofarm ЭКО» г. Ташкент. Узбекистан[1]

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, г. Ташкент. Узбекистан [2]

Республиканский центр охраны репродуктивного здоровья населения, г. Ташкент. Узбекистан [3]

Туберкулез женских половых органов является одним из факторов, который отрицательно влияет на результативность программ вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). Гистероскопия используется как один из методов инструментальной диагностики данного заболевания.

Цель исследования: оценить роль гистероскопии в диагностике туберкулеза женских половых органов у пациенток с неоднократными неудачными исходами вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в анамнезе.

Материалы и методы исследования: нами было проведено гистероскопическое исследование 120 пациенткам с неоднократными неудачными исходами ВРТ в анамнезе. Также всем пациенткам данной группы был собран фтизиатрический анамнез, проведены иммунологические пробы Манту и Диаскин-тест, исследование отделяемого из половых путей на наличие микобактерии туберкулеза (МБТ) методами микроскопии, GeneXpert, посева (MGIT), ПЦР, гистологическое исследование биоптата и гистеросальпингография.

Результаты исследования: из 120 пациенток с неудачными исходами ВРТ в анамнезе, генитальный туберкулез различными методами был диагностирован в 32 (26,6%) случаях. Результаты гистероскопии были следующими: нормальная гистероскопическая картина эндометрия наблюдалась у 16 (13,3%) пациенток, хронический эндометрит – у 31 (25,8%), полипы эндометрия – у 12 (10%), гиперплазии различной степени – у 20 (16,6%), тонкий эндометрия диагностирован у 18 (15%),

аденомиоз I степени – у 15 (12,5%), синехии полости матки – у 4 (3,3%), «Т»-образная деформация полости матки отмечалась у 1 (0,9%), неполная перегородка полости матки – у 1 (0,9%) и субмукозная миома II типа – у 2 (1,6%) пациенток. В большинстве случаев диагностировался хронический эндометрит неспецифической этиологии и всего лишь в 2 (6,2%) случаях из 32 диагностированных пациенток с генитальным туберкулезом обнаруживались типичные признаки туберкулеза при проведении гистероскопии и последующем гистологическом исследовании биоптата. Редкость обнаружения характерных морфологических признаков туберкулезного воспаления в эндометрии объясняется его ежемесячным отторжением.

Выводы: отсутствие типичных гистопатологических признаков не исключает возможность туберкулезного поражения полости матки, в связи с чем необходимо комплексное обследование пациенток на туберкулез. Гистероскопия позволяем оценить состояние эндометрия у пациенток с неоднократными неудачными исходами ВРТ в анамнезе, а также дает возможность оценить исходы проводимой специфической и неспецифической терапии.

72 ДИСФУНКЦИЯ ЭНДОТЕЛИЯ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ОСНОВА ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Абдуганиева Э.А., Ливерко И.В., Гафнер Н.В., Ахатов И.М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Эндотелиальная дисфункция, развиваясь вследствии изменений, лежащих в патогенезе хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ), может повышать предрасположенность к тромбофилическим состояниям и как результат, тромбозам у данной группы пациентов.

Цель исследования. Определить ассоциации между глубиной развития дисфункции эндотелия и степенью развития тромбофилических состояний у больных ХОБЛ.

Материалы и методы. 65 пациентов с диагнозом ХОБЛ в соответствии с GOLD (2017). Фактор Виллебранда – определялся оптическим методом. Из коагуляционных маркеров определяли: фибриноген, растворимые фибрин мономерные комплексы и Д-димер.

Результаты. Отмечено повышение фактора Виллебранда, как маркера эндотелиальной дисфункции и стимулятора коагуляции, у больных ХОБЛ у 42 из 65 пациентов (64,6% случаев), в том числе умеренное повышение у 19,1% больных ХОБЛ (109,6 ± 0,31%), выраженное - у 14,3% больных ХОБЛ (115,8 ± 1,6%), резкое повышение - у 50% (132,6 ± 1,5%) больных и резко выраженное повышение фактора Виллебранда, составляющее 152,3 ± 1,9%, - у 16,7% больных ХОБЛ. Исследования показано, что увеличение степени выраженности нарушения фактора Виллебранда (от умеренного к резко выраженному уровню) сопровождается однонаправленным повышением уровней коагуляционных маркеров: фибриногена с 4,76±0,19 г/л до 7,3±0,25 г/л, РФМК – с 8,9±0,54 мг/100мл до 11,8±1,25 мг/100мл, Д-димера – 98,3±0,46 нг/мл до 111,8±2,3 нг/мл. Оценка направленности процесса гемокоагуляции у больных ХОБЛ показала, что при выраженном, резком и резко выраженном повышении показателя фактора Виллебранда отмечается 100% повышение уровней фибриногена, РФМК и Д-димера.

Заключение. Повышение основных показателей коагуляционного звена гемостаза с повышением уровня фактора Виллебранда возможно свидетельствует о прокоагулянтном действии дисфункции эндотелия, запускающим внутренний путь активации каскада коагуляции. Эндотелиальная дисфункция является ведущим механизмом стимулирующим гиперкоагуляционное состояние у пациентов с ХОБЛ, что возможно является причиной высокого уровня тромбозов у данной категории пациентов.

73

MTR GENINING ASP919GLY (A/G) POLIMORFIZMI SURUNKALI OBSTRUKTIV O‘PKA KASALLIGI BILAN OG‘RIGAN BEMORLARDA TROMBOFILIK HOLATLAR RIVOJLANISH OMILI

Abduganieva E.A., Liverko I.V., Gafner N.V.

Respublika ihtisoslashtirilgan ftiziatriya va pulmonologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent. O‘zbekiston

Surunkali obstruktiv o‘pka kasalligi (SOO‘K) O‘zbekiston Respublikasida keng tarqalgan noinfeksion kasalliklardan biri hisoblanadi. SOO‘K bilan og‘rigan bemorlarning kasalhonaga yotqizilishi yoki asosiy o‘lim sabablaridan biri bu trombofilik holatlardir. Bu holatlarning rivojlanish sabablarini aniqlash, ularni erta oldini olish chora-tadbirlariga imkon yaratadi.

Maqsad. Trombofiliya holatlariga moyillikni oshiruvchi MTR genining Asp919Gly polimorfizmini SOO‘K bilan og‘rigan bemorlarda uchrash chastotasini aniqlash.

Material va uslublar. Tadqiqotga SOO‘K tashhisi tasdiqlangan (GOLD, 2017) 49 bemor kiritilgan. Tekshirilayotgan gen polimorfizmining SOO‘K bilan og‘rigan bemorlarda rivojlangan trombofilik holatlar bilan bog‘liqligini tekshirish maqsadida bemorlar 2 guruhga ajratilgan: 1-guruh anamnezidan trombotik holatlar aniqlanmagan va 2-guruh, anamnezidan trombotik holatlar kuzatilgan bemorlar. Genetik tekshiruvlar polimer zanjir reaksiyasi usuli yordamida amalga oshirilgan.

Natijalar. MTR genining Asp919Gly (A/G) polimorfizmi SOO‘K bilan og‘rigan bemorlarda tahlili shuni ko‘rsatadiki, anamnezida trombotik holatlar bo‘lmagan bemorlarda mutant allel G 0,02% da aniqlangan bo‘lsa, anamnezida trombotik holatlar bo‘lgan bemorlarda bu ko‘rsatkich 22,9% hollarda aniqlandi. Metionin sintaza fermentining faolligi pasayishi orqali trombofilik moyillikka olib keluvchi A/G genotipi SOO‘K bilan og‘rigan bemorlarning trombotik anamnezga ega bo‘lgan guruhida 45,8%da, trombotik anamnezi bo‘lmagan bemorlarda esa 0,04%da aniqlandi.

Hulosalar. MTR genining Asp919Gly (A/G) polimorfizming trombofiliyaga moyillikni oshiruvchi mutant alleli va geterozigota genotipi SOO‘K bilan og‘rigan bemorlarning anamnezida trombotik hodisalar bor guruhida ko‘proq uchrashi aniqlandi, bu o‘z o‘rnida SOO‘K bilan og‘rigan bemorlarda trombofiliyalarning rivojlanishi tekshirilgan gen polimorfizmiga bog‘liqligidan dalolat berishi mumkin.

74

ОЗОНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ.

Ахмедов Ш.М.[1-2], Ливерко И.В.[1-2], Келдиёров Б.Ш.[1], Матрзаева Ш.Г.[1]

[1] Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: изучить эффективность озонотерапии в комплексном лечении больных ХОБЛ.

Материалы и методы: У 52 больных ХОБЛ, находящихся на лечении в пульмонологическом отделении РСНПМЦФиП, использовали метод озонотерапии, включающий различные способы его введения в течение 10 дней. Эффективность

озонотерапии у больных ХОБЛ оценивалась по динамике клинических проявлений, рассчитываемых по 3-х бальной системе, по показателям активности «острофазовых» проб, состоянию адаптационных реакций организма по методу Гаркави Л.Х. (1990). Группой контроля служили 24 больных ХОБЛ, получавших базисную терапию согласно стадии заболевания.

Результаты. Установлено достоверное снижение интенсивности основных клинических проявлений заболевания и симптомов интоксикации у больных, получавших озонотерапию. Отмечено уменьшение основного симптома ХОБЛ одышки с 2,37±0,08 до 1,0±0,06, кашля с 2,54±0,08 до 0,92±0,05. В группе контроля динамика клинических симптомов была не столь выраженной. Установлено достоверное снижение показателей активности «острофазовых» проб у больных ХОБЛ на фоне озонотерапии, проявляющееся снижением показателей сиаловой кислоты с 255,8±13,0 до значений 202,5±8,9 ($p<0,05$); серомукоидов с 252,5±11,6 до 197,5±9,37 ($p<0,01$); гаптоглобина с 122,42±6,5 до 103,7±6,2 ($p<0,01$). Использование озонотерапии у больных ХОБЛ приводило к восстановлению адаптационных реакций организма. Установлено, что частота полноценных реакций после лечения озоном составила 66,7%. Крайне неполноценные реакции (реакции стресса и реакции переактивации) у больных ХОБЛ после лечения не выявлялись, в группе контроля частота их встречаемости сохранялась до 14,3%. Частота встречаемости неполноценных реакций (неполноценная реакция тренировки, неполноценная реакция переактивации, неполноценная реакция спокойной активации) у больных ХОБЛ на фоне озонотерапии снижалась с 58,3% до 33,3%, а в группе контроля нарастала с 14,3% до 42,9%.

Заключение: Доказано противовоспалительное, антигипоксическое действие озонотерапии, способствовавшие улучшению клинико-функциональных показателей и адаптационных реакций у больных ХОБЛ.

75 ОЦЕНКА НУТРИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ахмедов Ш.М.[1-2], Ливерко И.В.[1-2], Гафнер Н.В.[1-2]

[1]Ташкентская медицинская академия г.Ташкент. Узбекистан

[2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Определить взаимосвязь нутритивных нарушений у больных ХОБЛ с клиническими проявлениями заболевания.

Материалы и методы. Клинико-функциональное обследование больных ХОБЛ базировано на оценке степени одышки по методу дискриминативных шкал одышки (Medical Research Council — MRC), определения типа обострения по наличию критериев Anthonisen (усиление одышки, увеличение продукции мокроты, увеличение гнойности мокроты). Характеристика питательного статуса проводилась по значению индекса массы тела (массо-ростовому коэффициенту, рассчитываемого как соотношение массы тела в кг на рост в квадрате). Критерии питательного статуса определены: нормальный – 20,0-25,9 кг/м^2; пониженное питание -19,0- 19,9 кг/м^2; недостаточность питания I степени – 17,5-18,9 кг/м^2; недостаточность питания II степени – 15,5-17,4кг/м^2; недостаточность

питания III степени – менее 15,5 кг/м^2. Для подтверждения диагноза и определения тяжести заболевания проводилась спирометрия на портативном аппарате «MicroLab».

Результаты. Установлена высокая частота нутритивных нарушений у больных ХОБЛ, проявляемых как нарушениями метаболического характера, обусловленные ожирением (34%), так и снижением питательного статуса (трофологическая недостаточность). 43% больных ХОБЛ имеют нарушения нутритивного статуса: от пониженного питания (21%) до недостаточности питания от I до III степени (11% и 4% соответственно), удельный вес которых нарастает с утяжелением стадии заболевания с 4,7% до 44,4%. Отмечено, что трофологическая недостаточность ассоциирована с синдромом утомления респираторных мышц, сниженной толерантностью к физической нагрузке в 6-МШТ, с проявлениями ДН и выраженностью обструктивного синдрома, что может служить патогномоничными признаками заболевания и риском его прогрессирования. Нарушение нутритивного статуса у пациента ХОБЛ является причиной изменения вентиляционного ответа на нагрузку, характеризуется уменьшением вентиляционного резерва, значительным повышением частоты дыхания без существенного повышения дыхательного объема при максимальной нагрузке и более высоким уровнем вентиляции мертвого пространства. Установлено, что больные ХОБЛ, имеющие недостаточность питания II-III степени представляют контингент высокого риска неблагоприятного прогноза заболевания с высокой частотой встречаемости предикторов смерти. Определена четкая зависимость влияния ХОБЛ на жизнь пациента от степени тяжести заболевания и форм ее фенотипических проявлений. С утяжелением степени тяжести заболевание чрезвычайно сильное влияние ХОБЛ на жизнь пациента нарастает в 2,4 раза и отмечается у 16,5% больных ХОБЛ средне-тяжелой и у 40,0% больных крайне-тяжелой ХОБЛ.

Заключение. Трофологическая недостаточность у больных ХОБЛ является неблагоприятным прогностическим маркером. Состояние здоровья пациента ХОБЛ с недостаточностью питания, снижается более значительно и влияние основного заболевания на жизнь пациента существенно возрастает.

ВЛИЯНИЕ ХОБЛ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

76 ***Мусаева Л.Ж., Акбарова Д.С., Пулатова Н.И., Абдусаматова Д.З., Арипджанова Ш.С.***

Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

Цель работы. Оценить влияние хронической обструктивной болезни легких на качество жизни у пациентов с постковидным синдромом на основе социологического опроса.

Материалы и методы. Были обследованы 60 пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) и постковидным синдромом, находившихся на стационарном лечении в многопрофильной клинике ТМА. Из обследованных - 43 (71,7 %) больных мужчины и 17 (28,3 %) женщин. Возраст больных варьировал от 48 до 75 лет (средний возраст — 60,7 лет), средняя длительность ХОБЛ составила 12 лет. Качество жизни (КЖ) определяли с помощью специального опросника SF-36 в соответствии с 36

пунктами. Для оценки влияния общих внешних факторов сравнивали показатели КЖ больных с группой здоровых (добровольцев) -20 человек.

Результаты. У пациентов с постковидным синдромом в сочетании с ХОБЛ было выявлено снижение КЖ по всем показателям по сравнению с контрольной группой. Среди параметров, формирующих физический компонент здоровья, в наибольшей степени были снижены показатели роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности (на 55,7 % по сравнению с контрольной группой), физической активности (на 34,5%) и общего состояния здоровья (на 35,2 %). Среди шкал, формирующих психологический компонент здоровья, худшими были показатели роли эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (снижение на 42,6 %) и жизненной активности (на 34,3 %). Снижение суммарного физического компонента качества жизни было связано с затруднениями в выполнении умеренных повседневных физических нагрузок (уборка, подъем и перенос небольших грузов) и с нарушениями передвижения (затруднениями при ходьбе, подъеме по лестнице, наклонах). Полученные результаты представляются закономерными и характеризуют ХОБЛ как патологию со значительным снижением КЖ и прогрессирующим ухудшением самочувствия больных. Скорее всего и постковидный синдром также ухудшает показатели физического компонента здоровья.

Заключение. Неспецифический опросник качества жизни SF-36 является достаточно информативным методом оценки степени снижения КЖ больных. У больных ХОБЛ с постковидным синдромом отмечалось значительное снижение оценок по всем показателям КЖ, особенно значительные ограничения при выполнении повседневной деятельности, обусловленной как физическим, так и психическим состояниями. Таким образом, ХОБЛ негативно влияет на оценку пациентами общего состояния и вызывает снижение жизненной активности.

77 СИНДРОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ-ГИПОПНОЭ СНА И ПРОГНОЗ ТЕЧЕНИЯ И ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ражабов Х.С., Ливерко И.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оценить прогноз 4-х летней выживаемости больных ХОБЛ с сопряженным синдромом обструктивного апноэ/гипопноэ сна (СОАГС).

Материалы и методы. У 62 больных ХОБЛ с диагностированным СОАГС методом полисомнографии проведены антропометрические измерения с определением массы тела, роста и расчётом индекса массы тела (ИМТ), инструментальные исследования параметров функции внешнего дыхания и оценкой кривой «поток-объем» на портативном аппарате «MicroLab», исследования толерантности к физической нагрузке с помощью 6-ти минутного шагового теста по рекомендациям P.L.Enright и оценочные тесты по валидизированным опросникам дискриминативных шкал одышки модифицированной шкалы Британского медицинского совета mMRC (GOLD,2017) и по оценке исхода заболевания использован индекс BODE (Celli et al.,2006).

Результаты. У пациентов ХОБЛ при наличии СОАГС отмечается осложненное течение заболевания с утяжелением степени интенсивности одышки до 3,6±0,5 баллах по mMRC, углублением функциональных обструктивных нарушений по параметрам $ОФВ_1$ до 35,6±3,1% от должного, снижением толерантности к физической нагрузке в тестах 6-МШТ 168,9±20,2 м, выраженным показателем максимальной десатурации 76,3±2,5 %, сниженным среднем показателем сатурации до 90,8±1,6%, достоверно большим числом обострений (2,6±0,2 раз в год) и госпитализаций в течении года до 2,3±0,4 раз. Оценка интегрального индекса BODE у пациентов ХОБЛ с СОАГС показывает, что 16,1% больных ХОБЛ с СОАГС имели 80% вероятность 4-х летней выживаемости и 33,9% больных - имели 18% вероятность 4-х летней выживаемости, у которых показатели максимальной десатурации составляли 66,3±0,8% и сатурации 89,5±0,9%. При оценке корреляционных связей между индексом BODE и параметрами сатурации (SaO_2) и максимальной десатурации у больных ХОБЛ, сопряженных с СОАГС установлено наличие обратной корреляционной связи сильной силы между BODE и показателем максимальной десатурации (r=-0,78) и обратной корреляционной связи средней силы с SaO_2 (r=-0,37). С утяжелением степени СОАГС растет удельный вес пациентов с низким процентом 4-х летней выживаемости с 29,4% до 84,2%. Отмечена достоверная корреляционная связь между показателями индекса BODE и индексом апноэ-гипопноэ (r=0,7). По результатам 12 летнего наблюдения (2008-2020 гг) за 45 больными ХОБЛ с СОАГС умерло 22,2% пациентов, из которых 2 больных ХОБЛ с СОАГС легкой степени (13,3%), 3 больных с умеренной степенью (20,0%) и 5 больных тяжелой степенью СОАГС (33,3%).

Заключение. СОАГС является одним из важных механизмов, утяжеляющих течение ХОБЛ, определяет низкий прогностический процент 4-х летней выживаемости и требует обязательных мер по реабилитации больных ХОБЛ и коррекции респираторной поддержки с помощью CPAP-терапии, направленной на повышение качества жизни больных ХОБЛ с СОАГС. Эти данные отражают значимость СОАГС в прогностических оценках качества течения заболевания ХОБЛ и жизни пациента.

78

ЧРЕЗМЕРНАЯ ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ - ПРЕДИКТОР ПСИХО-СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Ражабов Х.С., Ахмедов Ш.М., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оценить связь состояния чрезмерной дневной сонливости (ЧДС) у больных ХОБЛ с психосоматическим статусом и качеством жизни пациентов.

Материалы и методы. Объектом исследования были 200 больных ХОБЛ, получавших стационарное лечение в пульмонологическом отделении РСНПМЦФиП и прошедшие общеклиническое, лабораторное, функциональное, инструментальное обследования и скрининг тестирование с помощью опросника Эпфортской шкалы оценки дневной сонливости (ESS), как основного симптома при синдроме обструктивного апноэ-гипопноэ сна (СОАГС). В исследовании использован подход самооценки депрессивной симптоматики по шкале Zung и опросник SF-8 по оценке связанного со здоровьем

качества жизни. В структуре больных ХОБЛ, включенных в исследование 12,5% пациентов имели средне-тяжелое течение, 34,5%-тяжелое течение и 53,0% крайне-тяжелое течение согласно рекомендациям GOLD (2019).

Результаты: У 75,5% больных ХОБЛ встречается состояние чрезмерной дневной сонливости (ЧДС), которое достоверно выше среди больных крайне-тяжелой стадии (87,6%) и у женщин с ХОБЛ (88,5%). Значимая степень вероятности дремоты/засыпания отмечена в 43,0% случаях «при пассивном сидении в общественных местах», в 39,0%-«чтение сидя в кресле», в 47,4%-«во время отдыха в кровати днем», в 40,0%-«как пассажир в машине при движении без остановок в течении не менее чем часовой поездки по ровной дороге», в 41,7%-«сидя в спокойной обстановке после обеда без потребления алкоголя». Среди больных ХОБЛ с наличием состояния ЧДС в 57,6% случаях отмечается высокая вероятность диагноза синдрома обструктивного апноэ-гипопноэ сна, что зачастую сопровождается громким ночным храпом (96,7%), остановками дыхания во сне (91,4%), утренними головными болями или ощущениями не освежающего сна по утрам (79,5%), явлениями ночной полиурии и частых ночных просыпаний (70,2%) и увеличение массы тела за последние 3-5 лет (63,0%). Отмечено, что с нарастанием степени состояния ЧДС растет процент вероятности наличии СОАГС с 42,2% до 64,2%.

У больных ХОБЛ с сопряженным состоянием ЧДС в 100% имелись нарушения депрессивного характера, из которых в 33,5% случаях отмечена легкая степень, в 41,6% - умеренная и в 18,6% - тяжелая степень депрессивных нарушений. Для больных ХОБЛ с сильно выраженной степенью ЧДС характерны проявления тяжелых депрессивных нарушений (41,8%). С утяжелением интенсивности чрезмерной дневной сонливости нарастает частота встречаемости депрессивных нарушений умеренной (с 5,9% до 55,2%) и тяжелой (с 4,0% до 41,8%) степени выраженности.

Пациенты ХОБЛ с коморбидным состоянием ЧДС имели уровни качества жизни как по физическому, так и по ментальному компонентам ниже среднего значения 45,3±1,4 и 43,6±1,6 баллов. С утяжелением интенсивности ЧДС отмечается снижение качества жизни как по физическому, так и ментальному компонентам оценки снижаются до минимального уровня (31,6 и 33,5 баллов).

Заключение: Чрезмерная дневная сонливость является предиктором нарушений психосоматического статуса и качества жизни как по физическому, так и ментальному компонентам здоровья у больных ХОБЛ. Значительная и сильно выраженная степень состояния избыточной дневной сонливости у больных ХОБЛ могут расцениваться как маркеры высокой вероятности наличия у них коморбидности по синдрому обструктивного апноэ гипопноэ сна, что заведомо приводит к утяжелению течения ХОБЛ и требует изменений менеджмента ведения пациентов.

УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

79

Ташметова Г.Т., Мамбетниязов К.С.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: изучить уровень витамина Д у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. В исследование были включены 50 человек - 27 мужчин и 13 женщин с ХОБЛ в возрасте от 41 до 85 лет (средний возраст 64,18). Из пациентов, включенных в исследование, у 9 (6 мужчин и 3 женщин) (18%) отмечалась II (средне-тяжелая) стадия заболевания (ОФВ1 от 50% до 80% долж.), у 23 (46%) (16 мужчин и 7 женщин) - III (тяжелая) стадия (ОФВ1 от 30% до 50% долж.) и у 18 (36%) (14 мужчин и 4 женщин)- IV (крайне- тяжелая) стадия ХОБЛ.

В соответствие с фенотипами заболевания пациенты были разделены на 3 группы. В 1-ю вошли 27 (54%) человек (19 мужчин и 8 женщин) с эмфизематозным фенотипом ХОБЛ, во 2-ю – 7 (14%) пациентов (4 мужчин и 3 женщин) с бронхитическим фенотипом, в 3-ю 8 (16,1%) пациентов (6 мужчин и 2 женщин) со смешанным фенотипом ХОБЛ. У 8 пациентов отмечались ранние стадии ХОБЛ, где фенотипы еще не сформированы.

Результаты. Оценка уровня содержания витамина Д в сыворотке крови показало, что у большинства больных ХОБЛ имелся дефицит или недостаточное его содержание различной выраженности. Так, в целом выраженный дефицит выявлен у 16 (32%) исследованных лиц, а недостаточное содержание витамина Д установлено у 33 (66%) пациентов с различными стадиями ХОБЛ. Выраженный дефицит обнаружен, в основном, у больных с тяжелой и крайне-тяжелой ХОБЛ. Не отмечено зависимости дефицита витамина Д от фенотипического проявления болезни. По результатам исследования выраженный дефицит витамина Д отмечен в группе пациентов с эмфизематозным фенотипом в 29,6% случаев, с бронхитическим фенотипом - 28,6% и смешанным - 25%. Недостаточное содержание витамина Д отмечено у больных средне-тяжелого течения ХОБЛ в 62,9% случаев (n=9), тяжелого – в 73,9% (n=23) и крайне-тяжелого в 55,5% (n=10) случаев. Недостаточный уровень содержания витамина Д. при эмфизематозном фенотипе ХОБЛ отмечен в 62,9% (n=17) и бронхитическом – в 71,4%.

Заключение. Недостаточное содержание и дефицит витамина Вит Д – биомаркер, определяющий характер течения ХОБЛ, что обосновывает необходимость мер разработок коррекции данных изменений.

КЛИНИКО – ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОГНОЗ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ

80

Ташметова Г.Т.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить прогноз выжимаемости больных хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. У 340 больных ХОБЛ изучены клинико-функциональные составляющие, включающих основные параметры - ИМТ, MRC, 6-МШТ, $ОФВ_1$ определяющие прогностические критерии выживаемости больных ХОБЛ и оценки влияния заболевания на повседневную жизнь пациента.

Результаты. Было выяснено, что с утяжелением функциональной стадии нарастает степень выраженности клинических проявлений заболевания, в частности, интенсивность одышки с 0,9±0,3 до 3,5±0,4 баллов (по шкале MRC), на 58,3% снижаются показатели 6-МШТ и нарастают проявления нутритивной недостаточности, сопровождающиеся снижением на 25,5% показателя ИМТ, а также в 4 раза возрастает

степень влияния заболевания на жизнь пациента с уровня незначительного влияния (9,3±1,2 балла) до серьезного (35,1±1,4 балла). Анализ клинико-функциональных показателей с расчетом индекса BODE у больных ХОБЛ показал, что 25% больных ХОБЛ имели расчетный индекс BODE, определяющий вероятность 4-летней выживаемости до 80% (в градации 0-2 балла); 30% больных ХОБЛ имели вероятность 4-летней выживаемости 67% при расчетном индексе BODE в 3-4 балла; у 27,6% больных ХОБЛ - вероятность 4-летней выживаемости до 57% с расчетными данными индекса BODE в 5-6 баллов; у 17,4% больных ХОБЛ отмечена вероятность 4-летней выживаемости 18% по индексу BODE от 7 до 10 баллов. Оценка исхода заболевания по индексу BODE была сопоставлена с показателями результата CAT, определяющего влияние ХОБЛ на повседневную жизнь и здоровье пациента. По результатам исследования установлена высокая корреляционная связь индекса BODE с результатами CAT (r=0,83). Отмечено со снижением процента 4-х летней выживаемости отмечается тенденция усугубления серьезного влияния ХОБЛ на повседневную жизнь и здоровье пациента с 25,5% до 96,6%. Оценка влияния заболевания на повседневную жизнь пациентов ХОБЛ с установленной группой инвалидности показывает, что лишь 26,8% имеют незначительное или умеренное влияние на жизнь пациента по результатам CAT теста.

Заключение. У больных ХОБЛ с индексом BODE более 5 баллов и результатам CAT теста более 30 баллов, определяющим серьезное влияние на повседневную жизнь больных, высок удельный вес инвалидизирующих состояний. Констатирована высокая диагностическая значимость интегральных оценок индекса BODE и результатов теста CAT в вопросах раннего освидетельствования больных ХОБЛ.

ГИПОВИТАМИНОЗ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

81

Фаттахова Ю.Э.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) является одной из актуальных проблем здравоохранения. Дефицит и недостаточность витамина D часто встречаются у пациентов ХОБЛ. По данным имеющихся исследований, распространенность гиповитаминоза D у больных ХОБЛ колеблется в пределах 31–77% (Calle Rubio M. et al., 2022; Khatun U. F. et al., 2022). Согласно данным исследований, гиповитаминоз витамина Д может приводить к ухудшению состояний больных ХОБЛ, повышать частоту обострений и ухудшать прогноз заболевания.

Цель исследования: дать оценку распространенности дефицита и недостаточности витамина D у больных в обострение ХОБЛ.

Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациентов с документированным диагнозом ХОБЛ (GOLD, 2016), из которых 65 (87%) мужчин и 10 (13%) женщин, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии. Для подтверждения диагноза и определения степени тяжести заболевания проводилась спирометрия на аппарате «СМП-21/01-Р-Д» («Монитор», Россия). Всего в исследование были включены пациенты ХОБЛ тяжелого течения – 13 человек (17%) и пациенты ХОБЛ крайне-тяжелого течения – 62 человека (83%). Согласно

референсным значениям, наличие дефицита витамина D оценивалось уровнем 25(OH)D<20 нг/мл; недостаточность витамина D уровнем 25(OH)D 20–30 нг/мл; нормальное содержание витамина D >30 нг/мл (Holick M. F. et al., 2011).

Результаты. 48% (36 из 75 обследованных) больных имели сниженный уровень витамина D. 15% (11 из 75 обследованных) имели недостаточность витамина D и 33% (25 из 75 обследованных) - дефицит витамина D. Дефицит и недостаточность витамина D среди женщин встречались в 40% случаев, среди мужчин - в 49%. Средний уровень витамина D у всех обследованных больных составил 29,06±1,73 нг/мл (95%ДИ 25,6–30,79). Средний уровень витамина D у мужчин составил 28,89±1,83 нг/мл (95%ДИ 25,24–32,54), у женщин — 30,18±5,63 нг/мл (95%ДИ 17,42–42,94).

Заключение. Больные ХОБЛ в обострение составляют группу риска по дефициту и недостаточности витамина D, что связано с ухудшением характеристик заболевания, поэтому следует рассмотреть вопрос о профилактике гиповитаминоза витамина Д в данной когорте пациентов.

82 ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Фаттахова Ю.Э., Ливерко И.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) считается одним из самых распространенных хронических заболеваний в мире. Известно, что ХОБЛ имеет множество сопутствующих заболеваний, среди которых важную роль играют тревожно-депрессивные расстройства. Они могут приводить к снижению приверженности к лечению и снижению вероятности отказа от курения, что усугубляет течение основного заболевания, увеличивает частоту обострений и госпитализаций, может приводить к повышению рисков летального исхода (Atlantis E. et al., 2013).

Цель исследования: дать оценку частоты встречаемости тревожно-депрессивных расстройств у больных хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациентов с документированным диагнозом ХОБЛ (GOLD, 2016), из которых 87% (n=65) мужчин и 13% (n=10) женщин, находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии. Для подтверждения диагноза и определения степени тяжести заболевания проводилась спирометрия на аппарате «СМП-21/01-Р-Д» («Монитор», Россия). Всего в исследование были включены пациенты ХОБЛ тяжелого течения – 13 человек (17%) и пациенты ХОБЛ крайне-тяжелого течения – 62 человека (83%). Для выявления и оценки выраженности тревоги и депрессии пациентам проводилось психологическое тестирование с использованием опросника «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (Zigmond A. S. et al., 1983). Оценка данных, полученных при использовании госпитальной шкалы тревоги и депрессии, проводилась в баллах: 0–7 баллов — норма, отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии, 8–10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

Результаты. У 89% (n=67) среди общего количества пациентов были выявлены тревожно-депрессивные расстройства. Тревожные расстройства имели место у 68% (n=51), среди которых клинически выраженная тревога выявлена у 39% (n=20). Депрессивные расстройства были выявлены у 81% (n=61), при этом клинически выраженная депрессия наблюдалась у 46% (n=28). Сочетание тревожных и депрессивных расстройств среди общего количества пациентов наблюдалось у 60% (n=45). Тревожные расстройства среди пациентов ХОБЛ тяжелого течения наблюдались в 54% (n=7) случаев, при этом клинически выраженная тревога была выявлена у 57% (n=4). Депрессия среди пациентов ХОБЛ тяжелого течения наблюдалась в 54% (n=7) случаев, среди которых клинически выраженная депрессия встречалась у 43% (n=3). Тревожные расстройства среди пациентов ХОБЛ крайне-тяжелого течения наблюдались в 71% случаев (n=44), при этом клинически выраженная тревога - 36% (n=16). Депрессия среди пациентов ХОБЛ крайне-тяжелого течения наблюдалась в 87% случаев (n=54), среди которых клинически выраженная депрессия составляла 46% (n=25).

Заключение. Среди больных ХОБЛ наблюдается высокая частота встречаемости тревожно-депрессивных расстройств. Частота встречаемости повышается в зависимости от тяжести функционального класса заболевания ХОБЛ и приводит к срывам приверженности лечения и комплаенса.

83 ЧАСТОТА ГИПОМАГНИЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

Фаттахова Ю.Э., Ливерко И.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) представляет собой серьезную проблему общественного здравоохранения. Магний (Mg) имеет решающее значение во многих физиологических процессах, протекающих в организме. Магний обладает, главным образом, бронхорасширяющими свойствами в дыхательных путях. Было выявлено, что очень низкое потребление магния с пищей является фактором риска развития астмы и ХОБЛ (Song W. J. et al., 2012). Однако имеется неполная информация о частоте встречаемости гипомагниемии у больных ХОБЛ. В исследованиях некоторых ученых данный показатель колеблется от 33 до 57% (Makwana S. et al., 2022).

Цель исследования. Определить характеристики уровня магния в сыворотке крови у больных ХОБЛ в обострение.

Материалы и методы. В исследование были включены 75 пациентов с документированным диагнозом ХОБЛ (GOLD, 2016)), находившихся на стационарном лечении в РСНПМЦ фтизиатрии и пульмонологии. Общий средний возраст больных составил 65,2±0,95 лет. В исследуемой группе 87% (n=65) пациентов были мужчинами, а 13% (n=10) — женщинами. Средний возраст был выше среди пациентов мужского пола 65,6±0,93 лет и среди пациентов женского пола - 62,7±3,92 лет. Для подтверждения диагноза и определения степени тяжести заболевания проводилась спирометрия на аппарате «СМП-21/01-Р-Д» («Монитор», Россия). Уровень магния в сыворотке крови измеряли у всех больных с обострением ХОБЛ при поступлении. Уровень магния в

сыворотке <0,66 ммоль/л считался гипомагниемией, нормальное содержание магния в крови – 0,66-1.07 ммоль/л (Громова О. А. и др., 2014).

Результаты. Гипомагниемия была зарегистрирована у 51% (38 из 75 обследованных) пациентов. Гипомагниемия среди женщин встречалась в 30% случаев, среди мужчин - в 54%. Среднее содержание магния в сыворотке крови у всех обследованных составило 0,64±0,009 ммоль/л (95% ДИ 0,62–0,66). Средний уровень магния у мужчин составил 0,64±0,01 ммоль/л (95% ДИ 0,62–0,66), у женщин — 0,66±0,02 ммоль/л (95%ДИ 0,62–0,7).

Заключение. Гипомагниемия является частой находкой при обострении ХОБЛ. Коррекция гипомагниемии при обострении ХОБЛ может быть полезной для улучшения исхода заболевания. Для подтверждения результатов необходимы дальнейшие исследования с более крупными размерами выборки и длительными периодами наблюдения.

84

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ИММУННОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМ БРОНХИТОМ

Шамсиев Ф.М., Каримова Н.И., Мусажанова Р.А., Азизова Н.Д., Каримова М.Х., Арипова Ш.Х.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ РУз, Ташкент.Узбекистан

Цель исследования: изучить особенности состояния иммунитета у детей с хроническим бронхитом.

Материалы и методы. В исследование включено 35 больных детей с ХБ в возрасте от 7 до 15 лет, наблюдавшиеся и получавшие лечение в отделении пульмонологии. В качестве группы сравнения обследованы 25 детей с острым бронхитом (ОБ), контрольную группу составили 20 практически здоровых детей. Обследование детей проводилось общепринятыми методами: анализ данных анамнеза, оценка объективного статуса и лабораторно-инструментальные и иммунологические исследования. Иммунологические исследования проводили путем определения показателей иммунного статуса: $CD3^+$-, $CD4^+$-, $CD8^+$-, $CD16^+$-, $CD20^+$-лимфоцитов, концентрации иммуноглобулинов классов A, M, G, фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАН). Цитокиновый статус оценивал - IL-1β, IL-4 и IL-8 в сыворотке крови.

Результаты. У больных ХБ в фазе обострения заболевания выявлено достоверное снижение в 1,2 раза относительного числа $CD3^+$- лимфоцитов (44,6±0,8%) по отношению к группе сравнения (52,5±2,3%, $p<0,01$); количество $CD4^+$- лимфоцитов было снижено (26,3±0,6%) в 1,4 раза по отношению к группе сравнения ($p<0,01$); количество $CD8^+$-лимфоцитов у детей с ХБ оказалось увеличенным в 1,3 раза. Отмечалось достоверное повышение $CD16^+$-лимфоцитов, что составило 18,6±0,9% и увеличение $CD20^+$-лимфоцитов. Уровень CD23 лимфоцитов был повышен в 1,4 раза по отношению к группе сравнения. У больных ХБ уровень IgG был в 1,2 раза ниже значений детей контрольной группы, IgA достоверно повышен в 2,1 раза, IgM был достоверно повышенным в 2,0 раза. При оценке цитокинового статуса было выявлено, что уровень провоспалительных цитокинов был высоким: ИЛ-1β повысился в 6,8 раза, ИЛ-4 - в 4,0 раза, ИЛ-8 - в 5,0 раз были выше по сравнению с данными детей контрольной группы.

Заключение. В развитии патологии органов дыхания важная роль принадлежит функциональному состоянию иммунной системы. У детей больных ХБ школьного возраста определяется значительный дисбаланс в иммунной системе, также характерно снижение уровня иммуноглобулина G при повышенном уровне IgA и IgM. При ХБ у детей установлены наиболее информативные диагностические маркеры, проявляющиеся гиперпродукцией цитокинов (ИЛ-1β, ИЛ-4 и ИЛ-8), указывающие на процесс хронизации воспаления.

85 СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МУКОЛИТИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ КОРНЯ СОЛОДКИ И ПУЛЬМОСТИМА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ

Якубов А.В., Мусаева Л.Ж., Саидова Ш.А., Пулатова Д.Б., Сайфиева Н.Х., Абдумажидова Н.Х.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: сравнить эффективность применения сиропов корня солодки и пульмостима у пациентов с обострением хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ).

Материалы и методы. Под наблюдением находились 31 больных с обострением ХОБЛ, госпитализированных в пульмонологическое отделение многопрофильной клиники ТМА. Среди 31 пациентов - 20 мужчин, 11 женщин. Средний возраст больных составлял -56,2 лет. В первой группе (15 больных) дополнительно к традиционной терапии обострения ХОБЛ назначался сироп корня солодки по 15 мл 3 раза/сут. Вторая группа (16 пациентов), помимо традиционной терапии обострения ХОБЛ, получала сироп пульмостим по 15 мл 3 раза/сут. Оценка эффективности применения сиропов корня солодки и пульмостима оценивалась клиническим параметрам, на основании анализа следующих показателей: характер, частота и интенсивность кашля; характер и быстрота отхождения мокроты, переносимость препарата, наличие побочных явлений. Всем пациентам проводилась спирометрия.

Результаты. Затруднение отхождения мокроты до начала лечения отмечали 13 (86,7%) пациентов в первой группе и 14 (87,5%) - во второй группе. В основном больные поступали с кашлем средней степени выраженности. При приеме сиропа пульмостим интенсивность кашля уменьшалась и на 3-й день терапии у 43% кашель прекращался и у 57% изменялся до средней степени выраженности. На 7-й день терапии у 93,7% кашель отсутствовал. В группе больных, получавших сироп корня солодки на 3-й день терапии, кашель отсутствовал у 26,7% больных, только к 7 дню терапии отсутствие кашля отмечали лишь 62,5% больных. Данные спирометрии показали, что $ОФВ_1$ при поступлении в первой группе составило 48,3±5,7%, а во второй группе 47,9±6,3%. На фоне включения в терапию сиропа корня солодки и пульмостима, через 5 суток констатирован рост $ОФВ_1$ в первой группе до 52,7±3,3%, а во второй группе 59,6±5,7% ($p>0,05$). Полученные данные свидетельствуют, что сироп корня солодки по муколитическому действию уступает пульмостину. Эффективность пульмостина связана с тем, что пульмостин является комбинированным препаратом, в состав которого входят: корень шток-розы розовой, корень солодки голой, листья подорожника большого, плоды

шиповника, трава термопсиса. Эти компоненты дополняют друг друга и эффективно устраняют симптомы воспаления.

Заключение. У пациентов с обострением ХОБЛ для облегчения отхождения мокроты в качестве муколитика рекомендуется использование сиропа пульмостима. Следует отметить, что пульмостим является отечественным препаратом и кроме муколитического действия препарат оказывает также противовоспалительное, антимикробное и отхаркивающее действие, тем самым усиливая синергизм действующих веществ.

86 КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Азизова Н. Д., Туракулова Х.Э., Шамсиев Ф. М.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ Руз, Ташкент. Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

В раннем детском возрасте для дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома набор методов достаточно скуден и зачастую базируется лишь на клинической картине в сочетании с анамнестическими данными. До настоящего времени у детей в возрасте до 5 лет отсутствовали объективные методы диагностики нарушений функции внешнего дыхания, что потенцировало постоянный поиск доступных и неинвазивных методов диагностики.

Цель исследования. Изучить клинические особенности острого бронхообструктивного синдрома у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 120 детей в возрасте от 1 до 15 лет, из них у 58,3% (n=70) больных диагностирован острый обструктивный бронхит (ООБ) и у 41,7% (n=50) больных –обструктивный бронхит рекуррентного течения (ОБРТ). Контрольную группу составили 20 практически здоровых детей того же возраста. Проведен анализ анамнестических данных, в том числе наличие отягощенного семейного анамнеза, пол, возраст начала заболевания, характер питания на первом году жизни, частоту и особенности течения острых респираторных инфекций (ОРИ), бытовые условия, наличие у родителей вредных привычек.

Результаты. При поступлении в отделение детей с ООБ ведущим клиническим проявлением заболевания была дыхательная недостаточность. Слабость отмечалась у 39 (55,4%) больных, аппетит был сниженным у 57 (81,8%) больных. Нарушение сна, бледность кожных покровов и одышка отмечались в 100% (n=70) случаев. Цианоз носогубного треугольника наблюдался у 22 (31,8%) детей. Кашлель был сухим у 57 (81,8%) больных, влажным - у 13 (18,2%) больных. На фоне жесткого дыхания выслушивались сухие хрипы у 55 (78,2%) больных, у 15 (21,8%) больных выслушивались влажные хрипы. При перкуссии грудной клетки определялся коробочный оттенок перкуторного звука у 62 (88,2%). Перкуторные изменения в легких у 59 (83,9%) имели локальный характер в виде укорочения легочного звука, у 53 (75,8%) наблюдался коробочный оттенок перкуторного звука, который характерен для бронхиальной обструкции. Если локальные перкуторные изменения были идентичными в сравниваемых группах больных, то коробочный оттенок перкуторного звука был характерен для больных с бронхообструктивным синдромом. Обострение ОБРТ характеризовалось острым/подострым началом, кашлем сухим – у 46 (92,0%) и влажным – у 4 (8,0%) больных. Сухой кашель при поступлении по характеру приступообразный, больше в ночное время, на 5-6 сутки лечения трансформировался во влажный. Сухие хрипы определялись у 6 (12,0%) детей, влажные «проводные» хрипы у 44 (88,0%) детей. При рентгенологическом обследовании у 70 (100%) больных с ООБ отмечалась эмфизема

лёгочной ткани и усиление бронхососудистого рисунка.

Заключение. При остром бронхообструктивном синдроме, независимо от нозологии, наблюдается более длительное проявление одышки, пероральных хрипов, влажного кашля и влажных хрипов в легких. На рентгенограммах больных всех групп, как правило, отмечается эмфизематозность легочных полей с горизонтальным расположением ребер. При наличии бронхиальной обструкции более выражены симптомы интоксикации, дыхательной недостаточности, что более длительно проявляется клиническими признаками заболевания.

87 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ, ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ

Азизова Н.Д., Зокиров Б.К., Шамсиев Ф.М.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗ Руз, Ташкент. Узбекистан

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Бронхиальная астма принадлежит к числу наиболее распространенных заболеваний, которым страдает около 10 - 15% детского и 8 - 10% взрослого населения в разных странах. Сочетание аллергического ринита и БА указывает на общность патогенетических механизмов возникновения и развития заболеваний, а также на возможную взаимосвязь клинических проявлений и патофизиологии аллергического воспаления слизистой верхних и нижних дыхательных путей. Существует несколько возможных теорий, объясняющих сочетание аллергического ринита и БА. Не диагностированный АР с БА у детей может приводить к увеличению объема базисной терапии основного заболевания вплоть до применения системных глюкокортикоидов. В связи с этим детей с АР необходимо обследовать на наличие БА, а больных астмой – на наличие АР. Взаимосвязь этих двух нозологий объясняется единым морфологическим субстратом (верхние и нижние дыхательные пути), общими триггерами и патогенетическими механизмами.

Цель исследования: изучение факторов риска развития и клинико-функциональные особенности бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. В клиническое исследование вошли 120 пациентов в возрасте от 5 до 15 лет, из которых 90 больных, имеющих бронхиальную астму и аллергический ринит (основная группа). Группу сравнения составили дети с аллергическим ринитом без бронхиальной астмы (n=26).

Результаты. Более 56% детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом указали на ухудшение при контакте с домашними животными. Контакт с кошкой вызывал выраженную ринорею и чихание у 54% детей, удушье - у 46%. К обострению заболевания контакт с собакой приводил у 30%, у 21% детей наблюдалось усиление признаков аллергического ринита, у 18% - одышки. При анализе клинической картины детей с бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, выявлено, что заболевание характеризовалось преобладанием ночных приступов (97%) и достаточно тяжелым течением. Аллергический ринит носил круглогодичный характер у всех детей, а у 37% детей имелась и сезонность. Одышка в 92% случаев носила экспираторный характер. Приступы удушья у 31% больных регистрировались ежедневно, до 3-х раз в неделю - у

40%, эпизодически - у 29%. Проявления аллергического ринита в основной группе были более выраженными в утренние часы (62%) и проявлялись заложенностью носа, чиханием, зудом носа и глаз. При изолированном рините ухудшение состояния одинаково часто наблюдалось и в утренние, и в ночные часы. Обильные водянистые выделения из полости носа чаще отмечались при сезонных проявлениях. У детей БА с АР отмечалась у 98% заложенность носа, головная боль -21%, ночные симптомы у 73% и утренние симптомы у – 38%. Высокая частота аллергических заболеваний у родственников (особенно со стороны матери - 64%); ранний перевод детей на искусственное вскармливание (66%); частые вирусные инфекции, предшествующие развитию аллергического заболевания (75%).

Заключение. Клиническое течение сочетанных форм БА и АР имеет ряд особенностей: у подавляющего числа больных появлению приступов удушья предшествуют симптомы нарушения носового дыхания (от 60 до 90% в различных возрастных группах); заболевание формируется в раннем и дошкольном возрасте (60%); большая частота ночных симптомов (73%); длительный приступный период (3-4 дня); персистирующее течение аллергического ринита у всех больных.

88

СВОБОДНЫЕ КОМБИНАЦИИ БУДЕСОНИДА И ФОРМОТЕРОЛА В ТЕРАПИИИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Арипов Б.С., Абдуллаев А.Х., Муминов Д.К.
ГП “Республиканский специализированный медицинский центр терапии и медицинской реабилитации”, Ташкент. Узбекистан
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оценка эффективной возможности свободных комбинаций порошковых форм формотерола (форалес) и будесонида (будектон) - препаратов производство фирмы «WORLD MEDICINE» (Великобритания).

Материал и методы. Проведено обследование и наблюдение за 44 больными тяжелой и средне-тяжелой бронхиальной астмой (БА) соответствующих критериям GINA, в возрасте 45,6±7,3 лет, анамнез болезни которых по продолжительности составлял 9,8±4,6 лет. Все больные прошли обучение в «Астма-Школе» по 12 часовой программе, обучены методам самоконтроля с ведением дневника. Они самостоятельно проводили пикфлоуметрию утром и вечером, оценку состояния по опросникам «АСТ» и «ACQ». Всем больным базисно были назначены ингаляционные препараты: форалес в дозе 24-36 мкг/сут. и будектон 1200-1600 мкг/сут. В качестве скоропомощного препарата рекомендовался сальбутамол, подсчет необходимости которого был обязателен для больных с фиксацией в дневнике. Клиническое и лабораторное обследования больных проводилось до, и периодически на протяжении трех месяцев. Кроме стандартных обследований оно включало: Неоднократное исследование функции внешнего дыхания (ФВД) – с анализом показателей петли «поток-объем». Количественный титр иммуноглобулина Е (IgE) крови, а также С – реактивного белка проводились методами ИФА (набором реагентов ЗАО «Вектор- Бест»).

Заключение. Свободные комбинации порошковых форм формотерола (Форалес) и будесонида (Будектон) для базисной терапии тяжелой БА имеет достаточно высокую эффективность и безопасность. Терапия свободными комбинациями Форалеса и

Будектона приводит к быстрому развитию клинического эффекта и выраженному улучшению показателей ФВД с лучшими комплексными показателями контролируемости тяжелой БА. У больных с тяжелым течением БА базисная терапия Форалесом и Будектоном сравнима с терапией преднизолоном по влиянию на функциональные показатели, с низкой дополнительной потребностью в бронхолитиках короткого действия.

89

ИММУННО-ВЕГЕТОЛОГИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ И АСПЕКТЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И., Урумбоева З.О.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент. Узбекистан,

Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Актуальность. Согласно современной концепции, патогенетической основой бронхиальной астмы (БА) является хроническое аллергическое воспаление бронхов. Психоэмоциональные стрессы оказывают влияние на тонус бронхов через вегетативную нервную систему. Под влиянием психоэмоционального стресса повышается чувствительность бронхов к гистамину и ацетилхолину. Кроме того, эмоциональное напряжение вызывает гипервентиляцию, стимуляцию ирритативных рецепторов бронхов внезапным глубоким вдохом, кашлем, смехом, плачем, что ведет к рефлекторному спазму бронхов.

Цель исследования. Определить некоторые прогностические аспекты у детей, больных бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Было обследовано 15 детей с бронхиальной астмой (БА) и 15 больных обструктивным бронхитом рекуррентного течения (ОБРТ), в возрасте от 7 до 14 лет, получавших стационарное лечение в РСНПМЦП в отделении пульмонологии в 2019-2020 гг. Контрольную группу составили 15 детей с обструктивным бронхитом (ОБ) аналогичного возраста. Для постановки диагноза учитывались анамнестические данные, результаты клинических, лабораторных, функциональных и иммунологических методов исследования.

Результаты. При анализе биохимических данных в группе детей с БА и ОБРТ определялось усиление перекисного окисления липидов – малоновый диальдегид, диеновые коньюгаты, отмечалось достоверное падение уровня супероксиддисмутаза и каталазы в лимфоцитах по сравнению с показателями больных ОБ. Результаты исследований иммунного статуса детей с БА и ОБРТ выявили снижение содержания CD3+, CD4+, CD8+- лимфоцитов и фагоцитарная активность нейтрофилов по сравнению с показателями больных ОБ. Количество CD16+ и CD20+ - лимфоцитов было достоверно повышенным по сравнению с показателями больных ОБ. При оценке вегетативного статуса результаты показали возрастание частоты гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 93,3% детей с ОБРТ и - у 86,7% больных БА, что характеризовало максимальное напряжение адаптивных процессов. При оценке психологического состояния детей с ОБРТ и БА при гиперсимпатикотонических вариантах исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности - у 66,7% отмечается раздражительность. При анализе системы гемостаза у

детей с БА и ОБРТ выявлены повышение гемокоагуляционной активности, то есть усиление времени рекальцификации, фибриногена, толерантности плазмы к гепарину, уменьшение свободного гепарина в сыворотке.

Заключение. Таким образом, проведенные исследования показали, что у детей, больных бронхиальной астмой отмечается усиление перекисного окисления липидов, снижение некоторых показателей иммунного статуса, увеличение гиперсимпатикотонических вариантов исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности. Подобные изменения являются прогностическими в развитии бронхиальной астмы у детей, которые необходимо учитывать в лечении и дальнейшей тактике ведения.

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА ҚОН ЗАРДОБИДА КОРТИЗОЛ КОНЦЕНТРАЦИЯСИНИ ТАҲЛИЛИ

90

Мамбетниязов К.С.

Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий амалий тиббиёт маркази, Тошкент. Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади. Бронхиал астма касаллигида қон зардобидаги кортизол концентрациясини таҳлил қилиш.

Тадқиқотнинг материали ва методлари. Тадқиқотга 50 нафар БА ташҳиси билан, шу жумладан касалликнинг III 2 (4%) ва IV 48 (96%) босқичида бўлган, Республика ихтисослаштирилган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт марказининг пульмонология бўлимида 2022 йилнинг апрел ва май ойлари давомида даволанган беморлар киритилган. Ташҳисларни тасдиқлаш ва оғирлик даражаларини аниқлаш мақсадида “СМП-21/01-Р-Д” (“Монитор”-Россия) аппаратида спирометрия ўтказилди. Қон зардобидаги кортизол миқдори барча Бронхиал астма ташҳиси билан беморларда текширилди. Барча беморларда антропометрик малумотлари асосида тана вазни индекси ҳисоблаб чиқилди.

Натижалар. Натижаларга кўра текширилувчиларнинг 46%и эркаклар ва 54%и аёллардан ташкил топган. Текширилувчиларнинг ўртача ёши 59,6 ёш, бу кўрсаткич аёллар орасидат58,5 ёш, эркаклар орасида 60,9 ёш. Антропометрик маълумотлар бўйича тана оғирлиги индекси ҳисобланганда қўйидаги кўрсаткичлар қайд қилинди. Тана вазни етишмаслиги 2% беморда, нормал тана вазни 24% беморда, ортиқча тана вазни 20% беморда, семизлик I-II даражалари билан 54% беморда аниқланди. Қон зардобидаги кортизол миқдори 16% (8) беморда нормада (шу жумладан 37,5% (3) аёллар, 62,5 (5) нафари эркаклар), 84% (42) беморда нормал кўрсаткичдан паст даражада (шу жумладан 52,3 % аёллар, 47,6% эркаклар) эканлиги аниқланди.

Хулосалар. Тадқиқот натижасида семизликнинг I-II даражалари аниқланган 27 нафар беморнинг 89% ида (24) кортизол даражаси паст, 11% беморда нормал кўрсаткичда. Ортиқча тана вазнига эга 10 нафар беморларнинг 70% ида (7) кортизол миқдори нормадан паст кўрсаткичда, нормал тана вазнига эга 12 нафар беморнинг 92% ида (11) кортизол миқдори нормадан паст кўрсаткичда, тана вазни етишмаслиги аниқланган 1 нафар беморларда кортизол миқдори нормадан камлиги қайд қилинди.

НАРУШЕНИЕ ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА И ПУТИ КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

91

Саидова Ш.А., Якубов А.А., Зуфаров П.С., Пулатова Д.Б., Пулатова Н.И., Мусаева Л.Ж.
Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Определить электролитные нарушения и эффективность сульфата магния на клинические и спирометрические параметры у пациентов с бронхиальной астмой.

Материалы и методы. Клиническое исследование было проспективным исследованием, в которое были включены пациенты с бронхиальной астмой, поступившие в многопрофильная клинику ТМА в отделение пульмонологии в течение 8 месяцев с 1 декабря 2020 г. по 31 января 2021 г. Диагноз астмы был выставлен на основании истории болезни, физического осмотра и критериев Американского торакального общества: обратимость объёма форсированного выдоха ($ОФВ_1$) или пиковой скорости выдоха (ПСВ) >12% и ≥200 мл, спирометрических тестов (СТ). Измерены лабораторные исследования биохимических показателей; сывороточные K, Na и Ca, уровень магния в сыворотке измеряли с помощью фотометрического колориметрического теста.

Пациенты в этой работе были разделены на 2 группы по преобладающим признакам и симптомам: группа I - 50 больных со стабильной бронхиальной астмой и группа II с острыми приступами астмы - 50 пациентов. Они получали медленную инфузию 2г магния сульфата в 200 мл физиологического раствора.

Результаты. Установлено, что электролитные нарушения значительно чаще встречаются у пациентов с острыми приступами астмы (98%), чем у стабильных пациентов (68%). В I группе наибольшая доля электролитных нарушений относилась к гипомагниемии (50%), в то время как самыми редкими встречались гипонатриемия (4%) и гипокальциемия (0%). Во II группе самый высокий процент встречаемости дала гипомагниемия (92%), а меньше всего наблюдалась гипонатриемия (2%). В нашем исследовании гипокалиемия была обнаружена в 42% случаев стабильной бронхиальной астмы. С другой стороны, наше исследование выявило высокую частоту гипокальциемии у пациентов с астмой во время обострения (22%). В I группе содержание электролитов составило; магний -1.83 ± 0.44(мг/дл); калий 3.9 ± 0.84(мЭкв/л); натрий 144.58 ± 6.38 (мЭкв/л); кальции 1.08 ± 0.01(мг/дл). Во II группе отмечались следующие изменения: магний -1.12 ± 0.83 (мг/дл); калий 3.87 ± 0.71 (мЭкв/л); натрий 141.87 ± 3.31 (мЭкв/л); кальции 1.09 ± 0.18 (мг/дл). Для устранения дефицита магния больным обеих групп была назначена в/в медленная инфузия 2г магния сульфата в 200 мл физиологического раствора, в течение 10 дней. После проведенного лечения наблюдалось значительное увеличение показателей $ОФВ_1$, ПСВ , а также нормализовалось содержание электролитов в крови, в частности, иона магния.

Заключение. Гипомагниемия и гипокальциемия оказались двумя наиболее частыми электролитными нарушениями у пациентов стабильной астмой, а также у пациентов с обострением астмы. В/в ведение раствора магния сульфата привело к устранению дефицита магния и улучшению клинических и спирометрических данных.

92

ЭРТА ЁШДАГИ БОЛАЛАРДА ПНЕВМОНИЯНИНГ КЕЧИШИДА ПРЕМОРБИД ВА КОМОРБИД ҲОЛАТЛАРНИНГ ТАЪСИРИ

Каримжонов И.А.[1], Файзиева Ў.Р.[2]

[1]Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент. Ўзбекистон

[2]Тошкент тиббиёт академияси Термез филиали, Термез. Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги. Сўнгги ўн йилликлар ичида хорижий тадқиқотчилар беморларда коморбид патологиянинг клиник ва прогностик аҳамиятини миқдорий баҳолашга кўплаб уринишлар қилдилар. Шу мақсадда бир қатор индекслар ва тизимлар ишлаб чиқилган. Дунёда охирги йилларда бронх-ўпка касалликлари ва пневмония замонавий педиатриянинг ҳал қилинмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Болалардаги преморбид фон, хусусан респиратор касалликлар билан касалланиш шифохонадан ташқари пневмониянинг кечиши ва оқибатларига алоҳида таъсир кўрсатади. Пневмония билан касалланиш болалар ҳаётининг биринчи йилида ҳар 1000 нафар болага 15-20 тани ташкил қилади**.**

Иқтисодий ривожланган мамлакатларда пневмониядан ўлим ҳолати 12% дан ошмайди. Болалардаги преморбид фон, хусусан респиратор касалликлар билан касалланиш шифохонадан ташқари пневмониянинг кечиши ва оқибатларига алоҳида таъсир кўрсатади. Шифохонадан ташқари пневмонияни ташхислаш ва комплекс патогенетик даволаш усулларини ишлаб чиқиш ҳамда дифференциал ёндашувларни такомиллаштириш ҳал қилиниши зарур бўлган долзарб муаммолардан бири бўлиб қолмоқда

Илмий ишнинг мақсади: Эрта ёшдаги болаларда пневмония ривожланишида коморбид ҳолатларнинг салбий таъсирини ўрганиш;

Текшириш усуллари: Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг болалар пульмонология бўлимида 2018 - 2020 йилларда жами - 100 нафар, 3 ойликдан 3 ёш 11 ойлик 29 кунликгача бўлган болалар текширилди. Таққослама гуруҳ учун - 25 нафар 2-оилавий поликлиникада ҳисобда турган амалий соғлом болалар кузатувга олинди. Ташҳис 10-Ҳалқаро касалликлар таснифига асосан қўйилди. Анамнестик маълумотлари: онада ҳомиладорликнинг турли хил асоратлари, бемор болаларда фон касалликлари (ЭКД, рахит, анемия), қайталанувчи бронхит, ҳомила ичи инфекциялари, она томондан бронхиал астма, экология (чанг, инсояция, қуруқ ҳаво) салбий таъсири ўрганилди. 50 нафар беморларнинг 18 (36%) рахит, анемия 1-даража 20 (40%), 12 (24%) оқсил-энергетик танқислик, тез-тез касалланиш 17 (34%) да, қайталанувчи бронхит 16 (32%) нафарида аниқланди. Асосий симптомлари гипертермия, ҳансираш, пароксизмал нам йўтал, оғиз-бурун учбурчаги цианози, қовурғалараро мушаклар тортилиши, кўкракдан бош тортиш, инжиқлик аниқланди. Лаборатор таҳлилларида умумий қон таҳлилида- гипохром анемия, лейкоцитоз, лейкоформула чапга силжиши, эозинофилия, ЭЧТ ортиши кузатилди. Кўкрак қафаси рентгенографиясида: гомоген инфильтратив ўчоқли соялар аниқланди.

Хулоса. Болаларда преморбид ва коморбид ҳолатлари кузатилганда пневмония оғир кечади ва асоратланади. Эрта ёшдаги болаларда фон касалликлар (диатез, рахит,

анемия, қайталанувчи бронхит, обструктив бронхит, оқсил-энергетик танқислик) аниқланиши иммун тизимини заифлаштиради ва пневмониянинг чўзилувчан кечишига сабаб бўлади.

93

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ: РИСКИ И ПРОГНОЗЫ ПО ПНЕВМОКОКОВОЙ ВАКЦИНАЦИИ

Налибаева Р., Ливерко И.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оценить факторы и риски развития внебольничной пневмонии.

Материалы и методы. Предметом и объектом исследования была выкопировка данных из истории болезни 3967 больных, пролеченных в пульмонологическом отделении РСНПМФиП МЗ РУз за период 2015-2016 гг.

Результаты. По данным ретроспективного исследования установлено, что удельный вес внебольничной пневмонии (ВП) в структуре лиц, пролеченных в отделении пульмонологии за анализируемый период, составляет 6,6%. В структуре больных с ВП выявлена высокая частота фактора коморбидных состояний патологии хронических бронхолегочных заболеваний (56,8%) и сердечно-сосудистой системы (40,2%). Удельный вес внебольничной пневмонии без коморбидности – 29,5% (78 из 264 пациентов с ВП), ВП с коморбидностью по хроническим бронхолегочным заболеваниям (ХБЛЗ) - 56,5% (150 из 264 пациентов) и ВП с коморбидностью по сердечно-сосудистым заболеваниям (ССЗ) – 13,6% (36 из 264 пациентов).

Оценивая факторы возраста и пола пациента установлено, что среди лиц ВП без коморбидного состояния основной удельный вес составляют лица до 40 лет (66,7%), среди лиц с ВП и коморбидными состояниями это преимущественно больные в возрасте старше 40 лет, где они составляют до 97,3% пациентов с ХБЛЗ и до 91,7% - пациентов с ССЗ. Необходимо отметить, что частота ВП с ССЗ в 2 раза чаще встречается у женщин (69,4%).

Результатами исследования показано, что до 69,7% среди пролеченных лиц с ВП, имели факт поздней госпитализации в стационар, составивший более 7 дней. В структуре больных поздней госпитализацией до 57,6% пациентов составляют больные с ВП и ХБЛЗ, до 26,1% пациенты - ВП и до 16,3% пациенты с ВП и ССЗ.

Анализ проведенных койко-дней стационарного пребывания показал, что до 20,4% больных находились в стационаре более 10 дней. В структуре больных с длительностью лечения более 10 дней составляли до 64,8% лица с ВП и ХБЛЗ, до 22,2% - с ВП и ССЗ и лишь 13,3% больные с ВП без коморбидного состояния.

Заключение: Внебольничная пневмония, развившаяся на фоне хронической патологии органов дыхания, рассматривается как клинически затратный случай, имеющий особенности как течения и лечения, так и разработки мероприятий по обязательной пневмококковой вакцинации среди лиц с хронической бронхолегочной патологией.

94

ТАКТИКА ВВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАГНОИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Охунов А.О., Бобокулова Ш.А., Атаков С.С.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. По литературным данным в последние годы отмечается нарастание числа больных с тяжелыми и осложненными формами течения острых гнойно-воспалительных заболеваний легких. Наличие сопутствующей патологии сахарного диабета приводить быстрому развитию септических осложнений. Процент развития септических осложнений при гнойно-воспалительных заболеваниях колеблется от 30% до 70%. Для создания эффективных концентраций лекарственных препаратов в патологическом очаге достаточно широко используются методики селективного внутриартериального их введения, в частности длительная внутриартериальная катетерная терапия (ДВАКТ).

Цель исследования. Улучшение результатов лечения больных с гнойно-воспалительными заболеваниями легких у больных сахарным диабетом за счет разработки патогенетически обоснованной схемы проведения длительной внутриартериальной катетерной терапии.

Методы исследования: Длительная внутриартериальная катетерная терапия на фоне сепсиса проведена у 16 (23,5%) больных с абсцедирующей пневмонией, у 4 (15,2%) больных с гангреной легкого и у 8 (32,4%) с гангренозными абсцессами легких. В 8 случаях (30,9%) ДВАКТ сочеталась с длительной внутривенной катетерной терапией. Лечение включало внутриартериальное болюсное введение антибактериальных препаратов в 2-3 комбинациях. При этом цефалоспорины и противомикробные препараты назначали внутриартериально в максимально ударных дозах в первые сутки соответственно. Учитывая наличие нефротоксического действия аминогликозиды назначены 15 больным. В первые сутки применялась эмпирическая антибиотикотерапия с коррекцией препаратов по результатам бактериологического посева. На сегодняшний день, несомненна роль неклостридиальных анаэробных микроорганизмов в развитии легочных деструкций, поэтому нами внутриартериально применялся Метронидазол до 3000 мг в сутки, параллельно у 4-х больных произведено дренирование гнойных очагом с местной санацией.

Результаты. Разработана новая схема введения основных и базисных препаратов в зависимости от степени недостаточности нереспираторной деятельности легких (снНДЛ), а именно: на первых этапах ДВАКТ введение препаратов, улучшающих микроциркуляцию, так как без этого вводимые препараты не доходят до очага поражения и выводятся из организма, попадая в общий кровоток через артериоло-венулярные шунты. Затем мы вводили дезинтоксикационные препараты для эвакуации токсических продуктов обмена веществ, токсинов микроорганизмов и избыточных медиаторов воспаления и подключали болюсное введение антибактериальных препаратов. На втором этапе (3-4 сутки) на фоне восстановленной микроциркуляции и достижения насыщения тканей легкого антибактериальными препаратами к проводимой катетерной терапии подключали СБСУ (альбумин, альвезин и др.).

Заключение. Разработка и внедрение оригинальных методов сочетанной внутриартериальной и внутривенной коррекции нарушений нереспираторной

деятельности легких, борьба с инфекцией и воспалительным процессом позволили уменьшить сроки катетерной терапии и ускорить процесс ограничения гнойно-деструктивного процесса с 12-14 дней до 4-7 суток, увеличить частоту полного и относительного клинического выздоровления на 15,6%, снизить частоту хронизации на 5,5% и летальность на 15,7%.

95

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Турдиева Д.Э.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Пневмония у новорожденных актуальная проблема педиатрии в связи со значительной заболеваемостью и высокой инвалидизацией. В настоящее время не подлежит сомнению, что иммунная система играет ведущую роль в патогенезе, клиническом течении и исходе заболеваний дыхательной системы у новорожденных. Для развития врожденных пневмоний предрасполагающими факторами являются осложненное течение беременности у матерей с соматической и акушерской патологией, которые способствуют ацидозу и поражению легких плода, а также снижению у него иммунологической реактивности организма. Подчеркивается, что инфицирование плодов и новорожденных встречается гораздо чаще, чем клинические диагностируемые инфекционные процессы. Даже выделение возбудителя из содержимого трахеи или бронхов не является бесспорным доказательством наличия у ребенка бактериальной пневмонии. Отсюда крайне важно изучение влияния соматических, генитальных заболеваний матерей, а также патологического течения беременности и родов на развитие врожденной пневмонии у плодов и новорожденных, а также исследование у них цитокинового показателя интерлейкин IL-6.

Цель исследования. Определить взаимосвязь цитокинового показателя интерлейкин IL-6 у новорожденных с врожденной пневмонией.

Результаты. В процессе наблюдения I группы новорожденных выявлено: омфалит 28%, анемия 34,4%, ГИЭ 58%, желтуха не уточненной этиологии 38%, НСЭК 12,4% новорожденных. А во II группе наблюдались: врожденная пневмония с осложнениями дыхательной недостаточности различной степени, поражение ЦНС, ССН, анемия с ДВС синдромами, парез кишечника, гепатоспленомегалия. В процессе родов во II группе отмечалось средняя и тяжелая асфиксия. Нами выявлено дисбаланс при исследовании ИФА в увеличении синтеза IgG I группы новорожденных, чем II группы новорожденных. Данный феномен является иммунологически оправданным, так как позволяет ребенку адекватно реагировать на негативные воздействия сопряжением здоровья их матерей. Проведенное исследование выявило, что гиперпродукция интерлейкин IL-6 и IgG была характерна в целом для новорожденных, родившихся у матерей с инфекционной патологией, но без клинических проявлений инфекционного процесса, что свидетельствует о антигенной стимуляции плода во время беременности и активации иммунорегуляторных механизмов. У детей II группы по сравнению с детьми I группы концентрация интерлейкин IL-6 в сыворотке были снижены.

Заключение. Врожденная пневмония у новорожденных протекает на фоне изменения показателя интерлейкин IL-6 и ИФА анализов, которые зависят от состояния

здоровья матерей, характера течения беременности и родов. Развитие врожденной пневмонии у новорожденных детей происходит на фоне низких показателей IL-6, что подтверждает белковосинтетическую роль данного цитокина в осуществлении иммунорегуляции и может служить в диагностики инфекционного процесса.

96

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЗАТЯЖНОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Шамсиев Ф.М., Таджиханова Д.П., Шамсиева Л.А., Зайнобитдинова С.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии, Ташкент. Узбекистан
Андижанский Государственный Медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Проблема внебольничной пневмонии до сих пор остается недостаточно изученной. В литературе указывается, что у лиц, переболевших внебольничных пневмонией, отмечались повторные инфекции дыхательных путей, протекающие с обструкцией, тенденцией к затяжному течению и рецидивированию. Это связано с тем, что развитие внебольничной пневмонии, как правило, происходит на фоне снижения антиинфекционной резистентности организма, обусловленного угнетением иммунитета. В сложных иммунных механизмах основную регуляторную функцию выполняют цитокины - медиаторы межклеточного взаимодействия. Многие авторы отмечают, что высокий уровень цитокинов, прежде всего, провоспалительных, является отражением активности и тяжести патологического процесса.

Цель исследования. Изучить некоторые параметры клеточного и гуморального иммунитета у детей с внебольничной пневмонией затяжного течения у детей.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 180 детей с внебольничной пневмонией затяжного течения у детей раннего возраста в возрасте от 1 года до 15 лет. Группа сравнения составило 20 детей. Постановка окончательного диагноза внебольничной пневмонией устанавливался на основании клинических и лабораторных данных. Для оценки клинической эффективности использования препарата изучалась динамика изменения ряда факторов клеточного и гуморального иммунитета у данного контингента детей.

Результаты. У всех пациентов наблюдалась достоверное снижение количество лейкоцитов CD3, CD4, отмечалось снижение уровня в сыворотке IgA и IgM по сравнению с показателями практически здоровых детей. Общими чертами в иммунном статусе у больных детей внебольничной пневмонией являются снижение относительного числа Т - лимфоцитов и Т-хелперов. Также отмечалось снижение CD16-лимфоцитов по сравнению с показателями практически здоровых детей.

Выводы. У обследованных нами больных сопровождается выраженными изменениями в межклеточных иммунных механизмах, которые проявляются нарушением продукции провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, что определяет течение заболевания. Выявленная направленность иммунных сдвигов и их выраженность указывают на важную патогенетическую роль иммунных механизмов в развитии и прогрессировании изменений в состоянии иммунной системы.

97 МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТКИ, МАТОЧНЫХ ТРУБ И ЯИЧНИКОВ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ, УМЕРШИХ ОТ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Абдурасулова Ш.Б.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

Введение. В настоящее время наиболее актуальной проблемой является инфекция, вызванная новым коронавирусом SARS-COV-2 и объявленная ВОЗ 11 марта 2020 года пандемией. Одной из групп риска являются беременные женщины, поэтому врачи всего мира все больше уделяют внимания анализу влияния данной инфекции на течение беременности, родов и перинатальные исходы. Данные по 100000 беременным, вошедших в систематический обзор зарубежной литературы, показали возможность вертикальной трансмиссии у 5,3% и частоту рождения COVID-позитивных новорожденных в 8% случаев. Наиболее частыми осложнениями перинатальных исходов являются дистресс-синдром плода (26,5-30,0%), низкая масса тела при рождении (25,0%), асфиксия новорожденных (1,4%). Госпитализация детей в отделение интенсивной терапии требуется в 43% случаев, а перинатальная летальность составляет 0,35-2,2%.

Цель исследования. Выявить морфологические особенности строения матки яичников и трубы плаценты и ее влияние на состояние плодов и новорожденных в пре- и постнатальном онтогенезе, а также при патологии COVID-19 .

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели проведен ретроспективный анализ 17 протоколов аутопсии и сформированы 2 группы исследования: основная группа – 10 беременных, родоразрешены в 2021году и группа сравнения – 7 женщин, родоразрешены в 2020 году. Диагностика COVID-19 проводилась на основании клинического исследования, данных эпидемиологического анамнеза и лабораторных исследований. В исследовании применены общегистологические методы: окраска срезов гематоксилином и эозином для изучения общего плана строения слизистой оболочки плаценты и пуповины; окраска пикрофуксином по Ван -Гизону и Маллори для оценки состояния соединительной и мышечной ткани; окраска по Вейгерту для выявления эластических волокон соединительной ткани; окраска альциановым синим для выявления муцина; гистохимический метод, а также морфометрические и статистические методы исследования.

Результаты. Во всех случаях определены миометрий с отеком и гипертрофией, участками кровоизлияния, полнокровия и тромбоза вен. Во второй группе в ткани отмечается поражение стромы яичника с очагами фиброза и клетки гранулезной оболочкой фолликулов, атретические тела.

Заключение. Подтверждено, что SARS-CoV-2 поражает стромальный компонент яичника и клетки гранулезной оболочки фолликулов, тем самым снижая репродуктивную функцию или приводя к выкидышу. Повреждающее действие на эпителий эндометрия может препятствовать нормальной имплантации эмбриона.

АСЕПТИЧЕСКИЙ НЕКРОЗ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ ПОСЛЕ COVID-19

98

Бабоев А.С., Назиров П.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Коронавирусная инфекция, при которой одним из грозных осложнений, с которым столкнулись ортопеды, является асептический некроз головок бедренных костей (АНГБК). На период до пандемии эпидемиология АНГБК была изучена мало, по данным различных авторов, на АНГБК приходилось от 1,2 до 4,7 % всей патологии тазобедренного сустава, двустороннее поражение встречалось в 50–60 % случаев, а этиологию связывали с воздействием различных факторов риска (Шушарин А.Г., 2014). В настоящее время основной причиной АНГБК после перенесенной коронавирусной инфекции называют применение кортикостероидов, однако при изучении этого фактора риска до начала пандемии COVID 19, было показано, что только у 8–10 % пациентов, принимающих кортикостероиды, развивается состояние асептического некроза головки бедра.

Материалы и методы. В отделении хирургии костей и суставов РСНПМЦФиП нами обследованы 14 человек (12 мужчин и 2 женщины) с АНГБК после перенесенной коронавирусной инфекции за период 2020-2021 гг.

Результаты. Результатами комплексного обследования отмечено: развитие АНГБК в период от 3-х до 8 месяцев, в среднем через 6 месяцев после перенесенной коронавирусной инфекции; двухсторонне поражение в 83,3% (n=10); объем поражения менее 30% - в 58% (n=7) больных. Лабораторные данные характеризовались повышением фибриногена до 6 г/л (3,8-7,0 г/л), снижением фибринолитической активности до 8,0% (4,5-12%), повышением СОЭ до 30 мм/ч (10-40 мм/ч). Повышение фибриногена положительно коррелировало с повышением СОЭ и отрицательно коррелировало с фибринолитической активностью. С-реактивный белок и ревмофактор оставались в пределах нормальных значений. Лейкоформула характеризовалась как незначительной нейропенией ($3,4*10^9$/л), так и умеренным лейкоцитозом ($10,0*10^9$/л). Показатели метаболизма костной ткани характеризовались костной резорбцией по β cross-laps до 0,508 нг/мл (0,22-0,732 нг/мл), нормальными значениями маркера формирования костной ткани P1NP 37,5 нг/мл (29,68 - 44,91 нг/мл). Отмечалось снижение витамина Д в крови до 18 менее нг/мл (15-20 нг/мл) и кальция крови до 1,8 ммоль/л (1,7-2,0 ммоль/л).

Больным в зависимости от результатов лабораторных показателей назначали противовоспалительное (НПВС, ГКС), антикоагулянтное (ривораксабан, эноксипарин), сосудистые (пентоксифиллин), антибактериальное и бисфосфонаты (Акласта 5 мг) при костной резорбции, а также кальция карбонат 4000 мг в сутки и витамин Д3 10000 ед. Всем больным рекомендовали разгрузку тазобедренных суставов при помощи костылей сроком на 6 месяцев. В результате лечения через 6 месяцев у всех больных отмечалось уменьшение полости деструкции на КТ, 41,7% больных (n=5) отмечалось полное заполнение полости деструкции костной тканью. Признаки синовита на МРТ сохранялись у 41,7% больных (n=5), что клинически проявлялось болью в суставах независимо от полости деструкции и вышеуказанными изменениями в лабораторных показателях, которые имели тенденцию к нормализации.

Заключение. АНГБК после перенесенной коронавирусной инфекции имеет относительно благоприятный прогноз, а в его патогенезе ключевую роль играет системное воспаление и коагулопатии.

99

СОЧЕТАННАЯ ПАТОЛОГИЯ - ТУБЕРКУЛЕЗ И COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ

Бекембаева Г.С.
НАО «Медицинский университет Астана», Астана. Республика Казахстан

Цель исследования: изучение клинического течения сочетанного состояния туберкулеза легких и COVID-19.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 24 историй болезни пациентов противотуберкулезного диспансера г. Нурсултан в период с мая по ноябрь месяцы 2021г. Пациенты с сочетанной патологией - туберкулез легких и COVID-19 - в 46% случаев были с бактериовыделением, из них с лекарственно-устойчивой формой - 54,5% и с чувствительной формой - 45,4% случаев. У одного больного был диагностирован туберкулез кишечника с лекарственно-устойчивой формой МБТ к трем противотуберкулезным препаратам (H,R,S) и COVID-19. По возрастному составу в большинстве случаев это были мужчины в возрасте от 31- 40 лет 34,6%, в то время больных от 41 до 50 лет было 26,5%.

Результаты. Клиническая симптоматика пациентов с сочетанной патологией была представлена следующим образом: 17,2% пациентов ТБ перенесли COVID-19 инфекцию в легкой форме; 28,5% пациентов противотуберкулезного стационара - как средне-тяжелое и у остальных больных (54,3%) клиническое течение COVID-19 протекало в тяжелой форме. Компьютерная томография органов грудной клетки проводилась с целью определения критериев диагностики и дифференциальной диагностики. При этом для COVID-19 было характерно двухстороннее распределение инфильтрации, полисегментарное, преимущественно периферическое, основные признаки которого - многочисленные уплотнения по типу «матового стекла» с участками консолидации различной формы и протяженности. Дополнительные признаки - ретикулярные изменения по типу «булыжной мостовой» («crazy-paving»), расположенные ближе к периферии. Характерные изменения для туберкулезного процесса проявлялись в виде буллезных полостей деструкции, кальцинатов и петрификатов в лимфатических узлах, множественных очагов отсева ближе к периферии легких. Сложность рентгенологической дифференциальной диагностики состояла в том, что излюбленная локализация туберкулезной инфекции также периферические отделы, в основном верхнедолевые. Рентгенологические изменения характерные для туберкулезного процесса проявлялись в виде бронхоэктазов, кальцинатов и петрификатов в лимфатических узлах различной давности, множественных очагов обсеменения и фиброзных линейных тяжей.

В процессе проведения комбинированной интенсивной терапии этих больных происходила регрессия «матового стекла» и консолидации на КТ. В дальнейшем отмечено формирование пневмофиброза. Что усугубляло течение сопутствующего туберкулеза легких.

Заключение. На современном этапе, в период непрерывных социально-экономических катаклизмов в странах с высоким уровнем поражения туберкулезом, в особом внимании нуждаются больные с сочетанной патологией. Если у больных или уже переболевших ТБ появляются симптомы коронавируса, их необходимо срочно обследовать и при показаниях — госпитализировать, несмотря на их эпидемиологический статус. Следует учитывать, что на современном этапе диагностические лаборатории отдают предпочтение тестированию на COVID-19. Что может привести к значительным задержкам в постановке диагноза туберкулез с увеличением распространения заболевания. Как показывает мировая статистика уже сейчас 3 из 10 миллиона новых случаев туберкулеза уже «потеряны» и не зарегистрированы в системах здравоохранения. Отвлечение ресурсов или рабочей силы может привести к ухудшению качества лечения туберкулеза, прерыванию лечения и неадекватному наблюдению. Скорее всего, пострадает лечение туберкулеза с лекарственной устойчивостью. Программы по борьбе с туберкулезом должны привлекать дополнительный персонал для продолжения услуг по тестированию на туберкулез или для своевременной диагностики и лечения эпидемиологически опасных пациентов.

100

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ИЗ ОЧАГОВ КОРОНАВИРУСНОЙ И ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Горбач Л.А.[1], Аджаблаева Д.Н.[2]

[1]Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск. Беларусь

[2]Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд. Узбекистан

Согласно данным Глобального доклада по туберкулезу Всемирной организации здравоохранения в 2020 году в мире заболело туберкулезом 9 870 тысяч человек. В динамике трех последних лет число впервые заболевших туберкулезом в мире практически не менялось: 2018 год – 10 000 тысяч человек, 2019 год – 9 960, 2020 год – 9 870. Однако пандемия COVID-19 оказала отрицательное влияние на работу противотуберкулезной службы. Снизилась регистрация случаев туберкулеза, уменьшился охват пациентов лечением и диспансерным наблюдением, увеличилась смертность от туберкулеза. Особенно пострадала регистрация случаев туберкулеза среди детского населения. Среди детей в возрасте от 0 до 4 лет она уменьшилась на 28%, а в возрасте от 5 до 14 лет – на 21%. В современных условиях изучение особенностей случаев туберкулеза органов дыхания у детей из очагов коронавирусной инфекции является актуальной задачей фтизиатрии.

Цель исследования: изучение показателей периферической крови у детей с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания из очагов коронавирусной инфекции в сравнении с детьми из очагов туберкулезной инфекции.

Материал и методы. Критериями включения в исследование были: наличие у ребенка туберкулеза органов дыхания, верифицированного бактериологическим и / или рентгенологическими методами; проживание в очаге коронавирусной или в очаге туберкулезной инфекции; источник коронавирусной инфекции в очаге верифицирован

методом ПЦР на наличие на SARS-CoV-2 либо с помощью компьютерной томографией грудной клетки; источник туберкулезной инфекции в очаге верифицирован бактериологическим методом. Объектом исследования были 26 детей: 13 детей из очагов коронавирусной инфекции (первая группа), 13 детей из очагов туберкулезной инфекции (вторая группа). Исследование было проведено по принципу случай – контроль. В ходе исследования сопоставлялись показатели периферической крови у детей обеих групп до начала противотуберкулезного лечения. Обе группы не отличались по количеству мальчиков и девочек. Каждая группа включала 7 мальчиков (53,8 %) и 6 девочек (46,2 %). Средний возраст детей в обеих группах был одинаков: 11,2 ± 2,2 года.

Результаты. Среди всех анализируемых показателей достоверные различия были обнаружены только по содержанию гемоглобина, количеству эритроцитов и соотношению лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам: содержание гемоглобина в первой группе составило 83,9 ± 4,4 (г/л), во второй группе – 77,6 ± 8,1 (г/л); количество эритроцитов в первой группе составило 3,4 ± 0,3 ($\times 10^{12}$/л), во второй группе — 2,9 ± 0,8 ($\times 10^{12}$/л); соотношение лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам составило в первой группе 0,36±0,05, во второй группе - 0,14±0,10. По всем остальным показателям достоверных различий между двумя анализируемыми группами не выявлено.

Заключение. Установлено, что три показателя периферической крови - количество гемоглобина, эритроцитов, соотношение лимфоцитов к сегментоядерным нейтрофилам были выше у детей с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания из очагов коронавирусной инфекции по сравнению с детьми из очагов туберкулезной инфекции. Необходимы дальнейшие исследования в этом направлении для определения роли коронавирусной инфекции в возникновении туберкулеза у детей.

101

ХЕМОКИН CXCL10/IP-10 - КАК ПРЕДИКТОР ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ COVID-19

Ибадуллаева Н.С., Кан Н.Г., Хикматуллаева А.С.

Научно-исследовательский институт вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Хемокины представляют собой низкомолекулярные белки, принадлежащие к семейству цитокинов, особенностью которых, является их способность привлекать лейкоциты и другие иммунные клетки к месту повреждения, способствуя воспалительной реакции. Высокие уровни цитокинов и хемокинов могут вызывать повреждение клеток и опосредовать деструктивное воспаление тканей при COVID-19 и способствовать тяжелому течению заболевания. На сегодняшний день растет интерес к изучению значимости хемокинов в прогнозировании тяжести течения COVID-19. CXCL10/IP-10 наряду с другими хемокинами и цитокинами представляет собой провоспалительный хемокин участвующий в цитокиновом шторме, обусловленным COVID-19, и играет важную роль в развитии тяжелого поражения легких, наблюдаемого у данных пациентов. В связи с этим, выявление предикторов тяжелого течения COVID-19 могут быть полезными при оценке клинического состояния пациентов и использованы в качестве биомаркеров для прогнозирования тяжести течения данного заболевания.

Цель исследования. Определить значимость хемокина CXCL10/IP-10 при различной степени тяжести течения COVID-19.

Материалы и методы. В исследование включены 62 больных с COVID-19 (среднетяжелое течение – 26 человек, тяжелое/крайне тяжелое течение – 36 человек). Клинический диагноз COVID-19 был подтвержден методом ПЦР при госпитализации больных в клинику научно-исследовательского института вирусологии Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра эпидемиологии, микробиологии, инфекционных и паразитарных заболеваний. Определение уровня хемокина CXCL10/IP-10 проводили с применением набора Human Interferon-Inducible Protein 10 (IP-10) производства Cusabio (КНР) методом иммуноферментного анализа согласно инструкции производителя.

Результаты. Анализ госпитализации больных со среднетяжелым течением заболевания показал обращаемость больных в стационар на 6,0±0,5 день болезни, с тяжелым/крайне тяжелым течением на 8,5±0,5 день заболевания (p=0,002). Возраст больных со среднетяжелым течением заболевания составил 45,0±3,0 лет, а с тяжелым/крайне тяжелым - 63,0±2,1 лет (p=0,0002). Сравнительный анализ показателя CXCL10/IP-10 среди пациентов с тяжелым/крайне тяжелым и среднетяжелым течением показал достоверное повышение уровня данного хемокина у больных с тяжелым/крайне тяжелым течением заболевания и его уровень составил 1667,08±108,52 пг/мл и 1253,24±162,80 пг/мл соответственно (p=0,03). Больные с тяжелым/крайне тяжелым течением болезни были разделены на две группы: без ОРДС и с ОРДС. Уровень CXCL10/IP-10 в плазме крови у больных с ОРДС был достоверно выше и составил 1831,7±117 пг/мл, тогда как у больных без ОРДС – 1295,18±168,70 пг/мл (p=0,01).

Заключение. Результаты исследований показали достоверное повышение уровня хемокина CXCL10/IP-10 при тяжелом/крайне тяжелом течении заболевания, что позволяет использовать данный хемокин в качестве биомаркера прогнозирования риска развития тяжелой формы COVID-19. Определение профиля данного хемокина в качестве прогностического биомаркера даст возможность разработать персонализированные стратегии для оценки риска развития тяжелого течения COVID-19.

102 ПРОБЛЕМА ТУБЕРКУЛЕЗА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Касаева Л.Т., Юлдашева Ш.М., Әбілдаева М.С.
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия», Шымкент. Республика Казахстан

Цель исследования: проведение сравнительного анализа эпидемиологических показателей по туберкулезу в Туркестанской области за 2017 – 2021 годы.

Материалы и методы. Изучались основные эпидемиологические показатели: заболеваемость, распространенность, заболеваемость МЛУ ТБ, детская заболеваемость, эффективность лечения ТБ, эффективность лечения МЛУ ТБ, смертность. Исследование расценивается как ретроспективное, так как использовались данные статистических показателей отчетности Туркестанского областного центра фтизиопульмонологии на последние 5 лет.

Результаты. Показатель заболеваемости туберкулезом в стране имеет общую тенденцию к снижению с 51,9 случаев на 100 тысяч населения в 2017 г. до 27,5 случаев

на 100 тысяч населения в 2021 г. Положительная динамика отмечается и в Туркестанской области: 61,6 случаев на 100 тысяч населения в 2017 г., 32,5 случаев на 100 тысяч населения в 2021 г. При этом, во временном периоде с 2020 г. по 2021 г. по области, отмечается увеличение этого показателя на 3,63%. Данный скачок заболеваемости туберкулезом, вероятно, связан с некоторыми изменениями в функциях служб здравоохранения в период пандемии, кадровым дефицитом, безусловно приведшим к ухудшению обслуживания пациентов с ТБ. Не остается без внимания сложность выявления туберкулеза в условиях изоляции, ухудшение течения туберкулеза с COVID-19. Заболеваемость среди детей от 0-17 лет в стране за анализируемый период показал повышение заболеваемости в 2019 году на 49% по сравнению с 2018 годом, что может быть обусловлено улучшением диагностики заболевания за счет широкого внедрения современных методов диагностики ТБ. Среди впервые выявленных больных показатель бактериовыделения увеличился на 10,3% в период с 2017 по 2021гг. Показатель множественной лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза снизился на 24,3%. Показатель смертности от туберкулеза снизился на 55,5% за 5-летний период исследования. Эффективность лечения больных туберкулезом в Туркестанской области у больных с чувствительным туберкулезом за период 2017-2021гг. остается стабильным в пределах 86%, а туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью показывает улучшение на 10,8%.

Заключение. Отмечается улучшение основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Туркестанской области за последние 5 лет (2017-2021гг.). В условиях пандемии COVID-19 выявлено увеличение заболеваемости среди детей, рост лекарственно устойчивых форм туберкулеза, в том числе МЛУ ТБ за последние 2 года. Данные обстоятельства требуют совершенствования комплексного научно-обоснованного подхода, направленного на эффективную борьбу с туберкулезом в условиях пандемии COVID-19.

103

ПАНДЕМИЯ COVID-19: ВЫЗОВЫ, ФАКТЫ И РИСКИ РАЗВИТИЯ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ

Ливерко И.В.[1], Мухсинов Ф.М.[1], Ниязова Ф.Н.[1], Ахмедов Ш.М.[2], Гафнер Н.В.[1,2]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

[2]Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оценить медико-социальные вызовы COVID-19 и риски развития антибиотикорезистентности.

Материалы и методы. Предметом и объектом исследования была выкопировка данных о применении АМП из 396 карт амбулаторного наблюдения и 467 историй болезни больных стационарных учреждений за период с 2019-2021 гг. Использована методология оценок управления антимикробными препаратами (АМП) - количественные методы сбора данных (формы для заполнения) и качественные методы сбора данных (интервью и опросы пациентов и медицинских работников). Исследование включало также анализ 524 образцов материала из респираторного тракта пациентов, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении РСНПМЦФиП в 2018-2019 гг (210 пациентов) и ковид-центре – в 2020-2021 гг (314 пациентов). Идентификация

возбудителя проводилась с помощью автоматизированной микробиологической системы BD Phoenix M50.

Результаты. За период пандемии COVID-19 возросли факты:безрецептурного отпуска антибиотиков (А) с 80,7 до 100%; приобретения А без предварительной консультации врача с 79,6 до 97,8% и развитие незаконной продажи рецептурных лекарств через интернет (до 80%); начала приема А в первый день заболевания и «что есть в домашней аптечке» с 57,2 до 91,3%; укрепления ошибочного мнения пациентов о том, что А предотвращает более тяжелые болезни или осложнения простуды с 73 до 98,6% и помогают быстрее выздороветь при простуде с 76,2 до 96,1%; практики назначения А при температуре неуточненной этиологии врачами с 73,3 до 98,5% и - фармацевтами – с 66,4 до 100%. Более 94% пациентов с COVID-19, с первых дней, получали А, в том числе комбинированную АМТ (32,4%) и парентеральные цефалоспорины III поколения в амбулаторных условиях (96%), 43% лиц при COVID-19 получали 2 и более курсов АМП. За период COVID-19 применение азитромицина возросли в 4,2 раза (23,8 до 100%), цефтриаксона – в 3,8 раза (25,0 до 94,4%), ингибиторзащищенных пенициллинов в 2 раза (с 12,5 до 25%). Более 75% лиц, переносимых COVID-19 не имели клинико-лабораторных обоснований к использованию А.

В период пандемии COVID-19 отмечено снижение доли этиологического фактора штамма Str. pneumonia в 4,7 раза при респираторной патологии с 52% до 11% и рост - доли штаммов St. aureus в 3,7 раза (с 6% до 22%), Kl. pneumonia в 2 раза (с 12% до 24%), Pseudomonas aeruginosa в 5 раз (с 2% до 11%) и Acinetobacter в 2,7 раза (с 6% до 16%) развитии бактериальных осложнений. В отделениях ОРИТ ведущими этиотропными факторами воспаления стали формы инвазивного кандидоза C.albicans (17,8%) и Aspergillus (36,2%). В сравнении с 2018 годом, к 2020 и к 2021 годам, характерным стал рост доли резистентных штаммов возбудителей St. aureus в 1,6 и в 2,9 раз (с 27,2% до 44% и 79% соответственно); - Kl. pneumonia в 2,3 и 3,7 раз (с 23,9% до 55% и 88%); - Pseudomonas aeruginosa в 1,6 и 2,9 раз (с 32,5% до 52% и 95%); - Acinetobacter в 1,8 и 2,9 раз (с 31,1% до 56% и 90%).

Заключение. Вызовы COVID-19 вскрыли проблемы в грамотности населения и культуре бессистемного самолечения, отразили дань традициям медицины-профилактика активации бактериальной инфекции и показали отсутствие в широком доступе инновационных подходов идентификации бактериальных патогенов. В пандемию COVID-19 сформировались экстремально устойчивые к антибиотикам разновидности бактерий и формирование очагов внутрибольничной инфекции может приобретать характер эпидемических вспышек. Требуются разработки инновационных подходов идентификации бактериальных патогенов, осложненного течения COVID-19 и новых альтернатив классическим антибиотикам, которые есть в арсенале специалистов в области лечения инфекционных заболеваний.

104

ВЛИЯНИЕ ПАНДЕМИИ COVID-19 НА СТРУКТУРУ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Парпиева Н.Н.[1], Рашидов З.Р.[2], Алиджанов С.К.[3]

[1]Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

[3]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: провести когортное сравнительное неинтервенционное исследование структуры госпитализированных больных с мочеполовым туберкулезом в период пандемии COVID-19.

Материалы и методы Дизайн исследования-ретроспективное когортное сравнительное неинтервенционное исследование структуры мочеполового туберкулеза по данным клиники РСНПМЦ ФиП МЗ РУз за период 2018-2021 годы. Проанализированы данные 1208 больных с мочеполовым туберкулезом (МПТ). Полученные в ходе исследования результаты статистически обработаны с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office 2007. Различия между группами определялись с использованием критерия x^2.

Результаты. Среди всех 1208 пациентов с МПТ, выявленных за анализируемый период, в допандемийный период зарегистрировано наибольшее количество случаев (327) в 2018 году и наименьшее 219 случаев МПТ – в 2020 г. В 2021 году наблюдался прирост пациентов на 1,65 раза ($p<0,05$) по сравнению с 2020 годом (первым годом пандемии). Наименьшее количество пациентов в 2020 году обусловлено карантинными мероприятиями. Нами также был проведен анализ структуры клинических форм МПТ за этот период. Отмечается снижение числа больных с ограниченными формами МПТ, а число пациентов с сочетанными формами, особенно ВИЧ-инфицированных, выросло. Так, в 2021 году отмечено 2-х кратное увеличение больных со свищевыми формами по сравнению с допандемийным периодом. Также наблюдается 2-х кратное увеличение больных с сочетанием МПТ с туберкулезом других органов. Выявление *Mycobacterium tuberculosis* у больных с МПТ также увеличилось в 4,3-5 раза в 2021 году по сравнению с допандемийным периодом. Сочетание туберкулеза мочевыводящих путей с инкрустирующим циститом (ИЦ) наблюдалось у 4(1,1%) больных.

Заключение. Пандемия COVID-19 оказала значительное негативное влияние на все службы отечественного и мирового здравоохранения. Диагностика МПТ, в год пандемии была затруднена из-за ограничения посещений пациентами лечебно-профилактических учреждений, закрытия или перепрофилирования части из них, уменьшения числа специалистов из-за самоизоляции, переориентировки и заболеваемости COVID-19. В период пандемии COVID-19 изменилась структура МПТ, где увеличилось число пациентов с деструктивными и распространенными формами МПТ.Инкрустирующий цистит требует дифференциальной диагностики с туберкулезом мочевыводящих путей и комплексного лечения при их сочетании.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ У ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

105

Султанова.М. Х, Тожиддинов.Х.С.
Ташкентская медицинская академия, Ташкент. Узбекистан
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Цель исследования. Сравнить степень поражения органов дыхания у пациентов со спондилоартритами (СпА) и ревматоидным артритом (РА) перенесших COVID-19.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациента со СпА и 79 пациентов с РА. Состояние дыхательной системы оценивали при проведении компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК), исследования ЖЕЛ, ФЖЕЛ, $ОФВ_1$. КТ ОГК выполнили 49 пациентов, исследование ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1 выполнили 35 пациентов. Сравнительный анализ состояния органов дыхания проводили между группами пациентов, которые переболели COVID-19.

Результаты. Среди пациентов со СпА (n=82) метотрексат принимали 18,3% пациентов (n=15), никаких БПВЛС не принимали 22,0% пациентов (n=18). Среди пациентов с РА (n=90) метотрексат принимали 38,9% пациентов (n=35), никаких БПВЛС не принимали 20,0% пациентов (n=18). Поражения легких по результатам КТ ОГК были обнаружены у 89,5% пациентов со СпА (52 пациента из 60), у которых констатировано утолщение стенок бронхов у 88%, бронхоэктазы - у 15%, поражения плевры в виде плевропульмональных тяжей, плевральных наложений и утолщения плевры - у 33%, различные варианты поражения паренхимы легких - эмфизема у 13%, зоны фиброза - у 20%, поражения интерстиция - у 7%, плотности по типу «матового стекла» - у 22%. У 92% пациентов с РА по данным КТ ОГК были обнаружены поражения легких (72 пациента из 79), у которых отмечены утолщение стенок бронхов у 90%, бронхоэктазы -у 18%, поражения плевры в виде плевропульмональных тяжей, плевральных наложений и утолщения плевры у 35%, эмфизема у 16%, зоны фиброза у 28%, поражения интерстиция -у 10%, плотности по типу «матового стекла» - у 32%.

Заключение. Поражения легких по данным КТ ОГК обнаружены у 89,5% пациентов со СпА и 92% пациентов с РА. Преобладают поражения бронхов и бронхолегочного аппарата в 88% и 90% случаев, соответственно. При оценке COVID-19 на функциональное состояние системы внешнего дыхания было обнаружено, что в группе пациентов со СпА РА значения ЖЕЛ были значимо выше одинаково.

106

РИСКИ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У ПАЦИЕНТОВ COVID 19, АССОЦИИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕГКИХ

Тилляшайхова И.М.[1,3], Парпиева Н.Н.[1], Рахимова Г.Н.[2,3]

[1]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

[2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент. Узбекистан

[3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр эндокринологии имени Я.Х. Туракулова, Ташкент. Узбекистан

Пациенты с высоким риском тяжелого течения COVID-19 или смерти имеют несколько характеристик, включая пожилой возраст и мужской пол, а также сопутствующие проблемы со здоровьем, такие как сердечно-сосудистые заболевания, ожирение и (или) СД 1 типа или СД 2 типа. Взаимодействуя с другими факторами риска, гипергликемия может модулировать иммунные и воспалительные реакции, тем самым предрасполагая пациентов к тяжелому течению COVID-19 и возможным летальным исходам. Известно, что существует двунаправленная связь между сахарным диабетом и COVID-19. Частота впервые выявленного сахарного диабета во время COVID-19 составляет 14,4%. Кроме того, впервые выявленный диабет и гипергликемия предполагают более неблагоприятные исходы и повышенную смертность у пациентов с COVID-19 по сравнению с пациентами с сопутствующим диабетом и пациентами без диабета.

Цель исследования. Проанализировать частоту новых случаев сахарного диабета у пациентов с COVID-19, риски и клинические исходы.

Материалы и методы. В исследовании включены 108 больных, госпитализированных в Республиканский специализированный медицинский центр Зангиота, с июля 2022 г., с подтвержденным ПЦР-тестом, из них 67 женщи и 41 мужчин. Средний возраст 51,3лет. Оценивались уровень гипергликемии натощак, ИМТ, также оценивали степень тяжести COVID-19, нахождение пациентов в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), наличие сопутствующих заболевания (сахарный диабет, ожирение).

Результаты. По результатам анализа из 108 пациентов у 84 пациентов был впервые диагностирован COVID-19 и 24 пациента имели повторный эпизод заболевания. 5 пациента имели тяжелую степень заболевания, 96 больных среднюю степень тяжести, 7 пациентов имели легкую степень тяжести течения COVID-19. 22 пациента были госпитализированы в ОРИТ, средняя продолжительность пребывания в ОРИТ составляла более 8 дней. У 19 из 108 больных, включенных в исследование, имели сопутствующий сахарный диабет (17 пациентов с СД 2 и 2 пациента с СД1). У 45 пациентов была впервые диагностирована гипергликемия, подтвержденная исследованием глюкозы крови натощак в первый день госпитализации (среднее значение составляет ±6,7 ммоль/л). 4 пациента с сахарным диабетом были госпитализированы в отделение ОРИТ. Количество пациентов с сопутствующим ожирением составляет 76 человек (32 пациентов с избыточным весом, 28 человек -1 степень ожирения, 9 человека -2 степень ожирения, 7

человека-3 степень ожирения), среднее значение веса составляет ±85,5 кг, среднее значение ИМТ ±29. 16 человек с ожирением были госпитализированы в отделение ОРИТ.

Заключение. Впервые выявленная гипергликемия отмечается у 41,6% госпитализированных пациентов. У 4 из 19 пациентов с сахарным диабетом отмечается более тяжелое течение заболевание COVID-19, определившее его лечение в отделении ОРИТ. У 70,4% пациентов отмечалось сопутствующее ожирение и 14.8 % пациентов с ожирением имели более тяжелое течение заболевания, требующие мероприятий интенсивной терапии.

ТУБЕРКУЛЕЗ И COVID-19 В УЗБЕКИСТАНЕ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ

107

Усманова Р.Р., Парпиева Н.Н., Ливерко И.В., Бутабеков И.И., Коходзе Р.Р., Долгушева Ю.В., Мухамедова М.Д., Юлдашев Ш.С., Сафаев Х.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) на 8 октября 2022 года число людей, умерших от COVID-19 с начала пандемии, достигло 6 532 705 из 617 597 680 подтвержденных случаев, зарегистрированных по всему миру. Туберкулез (ТБ), как и COVID-19, является инфекционным заболеванием, передающимся воздушно-капельным путем и является одной из десяти ведущих причин смерти во всем мире. Пандемия COVID-19 привела к сокращению амбулаторных и стационарных услуг в связи с перераспределением медицинского персонала, в том числе и фтизиатрических учреждений, на борьбу с COVID-19 и усиление лабораторных исследований, что повлияло на решение других проблем общественного здравоохранения, в частности проблем фтизиатрии. В Узбекистане в период строгого карантина районные фтизиатрические диспансера, были временно перепрофилированы в амбулаторные учреждения для обслуживания пациентов с подозрением на COVID-19.

Цель исследования: оценить влияние пандемии COVID-19 на уровень и качество оказания медицинских услуг больным туберкулезом (в рамках г. Ташкента).

Материалы и методы. В исследование были включены все взрослые пациенты с ТБ, зарегистрированные в исследуемые периоды (март 2019 г. – декабрь 2019 г., март 2020 г. – декабрь 2020 г., март 2021 г. – декабрь 2021 г.) с фокусом на тех, которые имели перерывы в лечении, последующих наблюдениях, а также пациентов с поздним обращением, выявлением и началом лечения ТБ. Данные пациентов собирались из амбулаторных карт, форм ТБ 01 и ТБ 03 в Ташкентском городском центре фтизиатрии и пульмонологии, межрайонных и районных фтизиатрических диспансерах №1, №2, №3, №4, №5 в специально разработанные анкеты, а затем в электронную базу данных.

Результаты исследования (предварительные). За период исследования собраны данные 1133 пациентов, из которых 671 (59%) были мужчинами. По возрасту пациенты распределились следующим образом: 18-25 лет – 67 (5,9%) пациентов, 26-40 лет – 311 (27,5%) пациентов, 41-60 лет – 476 (42%) пациентов, 61-80 лет – 244 (21,5%) пациентов, старше 80 лет – 35 (3,1%) пациентов.

По типам настоящего эпизода ТБ пациенты распределились следующим образом: впервые выявленные пациенты – 813 (71,7%), другие ранее леченные – 215 (19%), рецидив – 74 (6,5%), безуспешное лечение – 21 (1,9%), переведенные – 3 (0,3%), потерян

для последующего наблюдения – 2 (0,2%), в 5 (0,4%) случаях тип настоящего эпизода ТБ не был определен.

В 2019 г. ТБ лечение начали 493 пациента, из них лекарственно-чувствительные (ЛЧ) – 381 (77,3%), лекарственно-устойчивые (ЛУ) – 111 (22,5%), 1 пациент умер, не начав ТБ лечение. В 2020 г. ТБ лечение начали 321 пациент, из них ЛЧ – 271 (84,4%), ЛУ – 50 (18,5%). В 2021 г. начали ТБ лечение 264 пациента, ЛЧ – 198 (75%), ЛУ – 64 (24,2%), 2 (0,8%) пациента умерли, также не начав ТБ лечение.

Заключение. В период строгого карантина с марта до конца 2020 г. в сравнении с 2019 г. количество выявленных пациентов ТБ уменьшилось на 29%, что было связано с ограничением доступа к диагностике и лечению больных ТБ. В настоящее время исследование продолжается и окончательные более расширенные результаты будут представлены в последующих публикациях.

108 ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Хакимова Р.А., Садыкходжаев С.Ш., Абдукадирова Г.
Андижанский государственный медицинский институт, Андижан. Узбекистан

Цель исследования: изучение клинического течения туберкулезной инфекции в разные сроки после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Проанализированы 96 истории болезни пациентов, перенесших COVID-19, у которых в последующем диагностирован туберкулез. Так же в разработку включены 35 пациентов, имеющие в анамнезе туберкулез, которые после перенесенной ковидной инфекции, повторно госпитализированы во фтизиатрическое учреждение. В исследованной группе превалировали лица до 40 лет- 59 (61,4%), преимущественно мужчины- 72 (75%), жители села- 60 (62,5%).

Результаты. Включенные в исследование пациенты, леченные в специализированных ковид центрах, с диагностированным объемом поражения паренхимы легких от 45% до 73%. У этих пациентов после лечения- выявлен фиброз паренхимы легкого. В зависимости от сроков развития туберкулеза после перенесенной коронавирусной инфекции, пациенты были распределены в следующие группы: 1 группа пациентов, лица у которых туберкулез диагностирован через 1-2 месяца от эпизода диагностированной вирусной инфекции, - 25,0% (n=24); 2 группа - срок возникновения составил 3-4 месяца- 60,4%(n=58); 3 группа - срок возникновения 5-6 месяцев - 12,5%(n=12); 4 группа - срок развития туберкулеза свыше 6 месяцев -2,1 % (n=2). Наиболее часто туберкулез диагностировался в сроки 3-4 месяца от перенесенного вирусного поражения и характеризовался инфильтратом с бактериовыделением (у50 пациентов), распадом (у 47 пациентов). У пациентов в 3 и 4 групп имел двусторонний инфильтративный процесс, протекающий с выраженной казеозным перерождением паренхимы легких (у 10 из 14 пациентов), у всех определялись каверны и бактериовыделение микобактерий (100%), в том числе у 1 пациента выявлена множественная лекарственная устойчивость.

Заключение. Пациенты, перенесшие коронавирусную инфекцию, представляют особую группу риска по развитию ТБ. Для предупреждения развития туберкулеза у лиц, перенесших коронавирусную инфекцию, необходимо в учреждениях ПМСП и семейных

поликлиниках создать отделения реабилитации для лиц с длительной сохраняющейся респираторной симптоматикой с плановым их обследованием и своевременным консультированием у фтизиатров.

109

ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОРМИРОВАНИЕ ИММУННОГО ОТВЕТА К SARS-COV-2

Шепелькова Г.С.[1], Рамазанова З.У.[1], Косякова В.К.[1], Черных Н.А.[1], Садовникова С.С.[1], Туровцева Ю.В.[2], Еремеев В.В.[1]

[1] ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва. Российская Федерация

[2]ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер», МО, Мытищи. Российская Федерация

Введение. Учитывая, что адаптивный иммунный ответ важен для контроля и устранения вирусных инфекций, вызывающих заболевания у людей, крайне важна оценка адаптивного ответа на SARS-CoV-2. Нейтрализующие антитела и Т-лимфоциты $CD4^+$/$CD8^+$способствуют контролю SARS-CoV-2. В настоящее время туберкулез остается главной причиной смерти от среди бактериальных инфекций. На данный момент лечение туберкулеза осложнено коинфекцией COVID-19.

Цель исследования. Исследовать кинетику образования нейтрализующих антител против SARS-CoV-2 и образования специфичных для SARS-CoV-2 Т-клеток $CD4^+$ и $CD8^+$ у пациентов с туберкулезом легких.

Методы исследования. Уровни нейтрализующих антител к SARS-CoV-2 и количество специфичных к SARS-CoV-2 Т-клеток оценивали в 2 временных точках (через 3 и 6 месяцев после перенесенного COVID-19) у больных с диагнозом туберкулез легких. Пациенты, перенесшие COVID-19 без туберкулеза, служили контролем.

Результаты. Одинаковые уровни нейтрализующих антител к SARS-CoV-2 были зарегистрированы в обеих группах через 3 месяца после перенесенного COVID-19. Уровни антител снизились в двух группах через 6 месяцев после COVID-19 по сравнению с 3 месяцами. Уровень антител был достоверно ниже в группе больных туберкулезом ($p=0,01$). Количество SARS-CoV-2-специфических Т-клеток было ниже у больных туберкулезом через 6 месяцев после перенесенного COVID-19 ($p<0,001$) по сравнению с контрольной группой.

Заключение. Ко-инфекция ТБ снижает специфический иммунный ответ против SARS-CoV-2 через 6 месяцев после перенесенного COVID19.

110

COVID-19 КАК РИСК ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Шепелькова Г.С.[1], Березовский Ю.С.[2], Евстифеев В.В.[1], Тарасов Р.В.[1], Грецов Е.М.[1], Багиров М.А.[1], Еремеев В.В.[1]

[1] ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва. Российская Федерация

[2] ГБУЗ МО «Московский областной клинический противотуберкулезный диспансер», МО, Мытищи. Российская Федерация

Введение. Несмотря на пандемию COVID-19, туберкулез остается одной из ведущих причин смертности среди инфекционных заболеваний во всем мире. В настоящий момент растет число исследований, изучающих взаимодействие между *M. tuberculosis* и SARS-CoV-2. Механизмы влияния SARS-CoV-2 на прогрессирование туберкулеза до сих пор не установлены. Требуются дополнительные сведения для понимания того может ли COVID-19 реактивировать хронический туберкулез или ухудшить его течение.

Цель исследования. В настоящей работе мы сравнили уровень воспаления в стенке туберкуломы и паранхиматозной ткани («здоровая» ткань легкого в масштабе операции) от больных с диагнозом туберкулема без COVID-19 в анамнезе и от больных с диагнозом туберкулема через 3 месяца после перенесенного COVID-19.

Методы исследования. Письменное информированное согласие было получено от каждого пациента, включенного в исследование, до забора биопсии. В резекционном материале от 30 пациентов с туберкуломой и 30 пациентов с туберкуломой через 3 месяца после перенесенного COVID-19 исследовали гистопатологические изменения и методом ПЦР в реальном времени определяли уровень экспрессии генов цитокинов/хемокинов.

Результаты. Полученные гистологические данные указывают на активацию туберкулеза у пациентов, перенесших COVID-19. В тканях легкого у пациентов, переболевших COVID-19, появлялись множественные очаги отсева. Стенки сосудов на границе с очагом инфекции остались интактными, без признаков фиброза. Во многих случаях гранулема «прорастала» в стенку сосуда. Для пациентов с диагнозом туберкулема после инфекции SARS-CoV-2, в отличие от пациентов без COVID-19 в анамнезе, показан одинаково высокий уровень экспрессии провоспалительных цитокинов/хемокинов как в стенке туберкулемы, так и в относительно интактных тканях на периферии резецированного препарата.

Заключение. Результаты указывают на признаки активации туберкулеза в результате инфекции COVID-19. Соответственно, SARS-CoV-2 увеличивает риск диссеминации *Mycobacterium tuberculosis*.

111

COVID-19 И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Элтазарова Г.Ш., Кенжаева Д.А.
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд. Узбекистан

Среди беременных инфицированных COVID-19 течение вирусного заболевания осложнялось дыхательной недостаточностью у 5,7% больных и развитием пневмонии у 2,9%.

Течение беременности сопровождалось легким токсикозом в 51,4% случаях, риск невынашивания беременности - в 17,1%.

Среди экстрагенитальных заболеваний - анемия средней степени тяжести выявлена в 77,1% случаях, пиелонефрит – в 34,3%.

Роды в 8,6% случаях были преждевременными. Перинатальные последствия в результате тяжелых родов имели 5,7% детей.

112 ФЕНОТИПИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ И БИОМАРКЕРЫ ПРОГНОЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ

Мухсинов Ф.М., Ливерко И.В.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: изучить фенотипические предикторы и оценить уровень бета-лактамазной активности (БЛА), определяющие прогноз эффективности антимикробной терапии у больных с инфекционным обострением респираторной патологии.

Материалы и методы. У 95 больных с обострением хронической обструктивной болезни легких (55 пациента) и внебольничной пневмонии (40 пациентов), а также у 45 здоровых волонтеров определялся уровень бета-лактамазной активности биологических жидкостей (сыворотки крови) по тест-системе «БиоЛактам» (Беларусь). Больным проводилось комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование, определяющего статус тяжести течения заболевания.

Результаты. Результаты исследования позволили отметить повышенный уровень бета-лактамазной активности (значения более 3-х N) при ряде фенотипических и клинических переменных: возраст старше 60 лет, тяжелое течение респираторной патологии, повышение температуры более 38^0, уровень лейкоцитов периферической крови свыше $10x10^9$, показателя С-реактивного белка более 40 мг/л и сатурации менее 93%. Отмечено, что среди высоко температурящих лиц 76,9% имели повышенный уровень бета-лактамазной активности в пределах 70,3±3,8%; с изменениями в гемограмме в 63,3% при содержании лейкоцитов более $10x10^9$ г/л – 66,9±5,1%; повышение уровней СРБ (более 40 г/л) в 78,3% сопровождалось бета-лактамазной активностью в пределах 78,8±3,7% и при состоянии гипоксемии в 73,9% констатировано повышение бета-лактамазной активности до 74,3±2,8%. Анализ уровня бета-лактамазной активности сыворотки крови среди пациентов респираторной патологией с длительностью антибактериальной терапией более 45 дней в год и частой сменой антибиотиков (более 4 раз), в режимах комбинированной антимикробной терапии показал, что у 70% данных пациентов уровень бета-лактамазной активности сыворотки крови зачастую был высоким свыше 78,1%. Выявлена прямая корреляция между уровнем бета-лактамазной активности сыворотки крови и длительностью антимикробной терапии в течении года (r=+0,86, p=0,001), количеством одновременно назначаемых АМП (r=+0,69, p=0,001), фактом получения бета-лактамных антибиотиков резерва – цефепима, имипенема, меропенема (r=+0,71, p=0,001), факт назначения антибиотиков резерва, не относящиеся к бета-лактамному ряду – рифампицина, азитромицина, ванкомицина, линезолида, левофлоксацина (r=+0,59, p=0,001).

Заключение. Прогнозируемая эффективность успешного лечения антибактериальными препаратами группы бета-лактамов первой линии в рамках доказательной медицины обосновывает необходимость определение уровня бета-лактамазной активности биологических субстратов. Оценка уровня бета-лактамазной

активности позволит до 30% сократить необоснованное использование бета-лактамных антибиотиков.

113 ОЦЕНКА МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПЕЙЗАЖА И СПЕКТРА УСТОЙЧИВОСТИ ШТАММОВ РЕСПИРАТОРНЫХ ПАТОГЕНОВ

Налибаева Р., Ливерко И.В., Мухсинов Ф.М., Ниязова Ф.Н.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: изучить спектр микробного пейзажа и характер региональной устойчивости штаммов респираторных патогенов.

Материал и методы. Предметом и объектом исследования был анализ 450 образцов материала из верхних и нижних отделов респираторного тракта (смыв из носа, зева и мокрота) из пациентов, находившихся на лечении в пульмонологическом отделении РСНПМЦФиП в 2018-2020 гг. Идентификация возбудителя проводилась с помощью автоматизированной микробиологической системы BD Phoenix M50.

Результаты. Исследование 450 образов материала из верхних и нижних отделов респираторного тракта (смыв из носа, зева и мокрота) обнаружило рост патогенных бактериальных изолятов: St.aureus в 36,7% , Kl. pneumonie – в 18,0 %, Str. pneumonia – 17,7%, Ps. aerugenosae - в 2,6%, Str.pyogenes – 10,0%, Moraxella catarralis– в 6,0%, Proteus – в 0,7%, E. Coli –в 0,7%, изоляты Candida – в 4,7%. Необходимо отметить, что образцах материала в 12% случаях обнаруживался высев бактериального агента и грибов рода Candida.

Результаты исследования показали, что в сложившейся ситуации в регионе среди исследованных изолятов микроорганизмов отмечена существующая резистентность к антибактериальным препаратам 1 группы –Access: антибиотикам, рекомендованным экспертами ВОЗ для массовой доступности при лечении распространенных респираторных инфекций, составляющая к Амоксициклину (9,7%), Амоксициклину/клавуланат (11,9%), Цефалексину (25,6%), Доксициклину (10,7%); во 2 группе –Watch: антибиотикам, рекомендуемым применять с осторожностью из-за риска возникновения устойчивости к АМП, региональная резистентность составляет к фторхинолонам-Ципрофлоксацину (4,7%), Левофлоксацину (4,7%) и Моксифлоксацину (4,7%), макролидам: Эритромицин (7,3%), Кларитромицин (17,3%), Азитромицин (19,3%), цефалоспоринам III поколения – Цефтриаксон (20,0%), карбопенемам: Имипенем (н/у), Меропенем (1,3%), гликопептиды: Ванкомицин (14,7%); в 3 группе – Reserve: антибиотикам, которые должны использоваться только в крайних случаях, региональная резистентность составляет к Цефепим (10,7%), Линезолид (2,7%). Наибольная резистентность, которая бьет все «рекорды», выявлена к Метронидазол (класс нитроимидазолы) и составляет 66,7%. Резистентность к противогрибковым препаратам не менее значима и резистентность к группе триазолов (флуконазол и интраконазол) составляет 13,3% и группе имидазолов (кетоконазол) – 10,7%.

В сравнении с 2018 к 2020 году характерным стал рост частоты встречаемости резистентных штаммов возбудителей St. aureus в 1,5 раз (с 36,7% до 54,8%); Kl. pneumonia в 2,3 раза (с 18,9% до 43,5%); Pseudomonas aeruginosa в 1,6 раз (с 3,2% до 5,1%); - Acinetobacter в 1,8 раз (с 31,1% до 56%).

Заключение. Рост резистентных штаммов респираторных патогенов приводит к изменению ситуации регионального спектра сохранения бактериальной чувствительности к антибиотикам основных групп и создает вызовы в системе оказания медицинской помощи населению, диктуя необходимость разработки инновационных подходов экспресс идентификации бактериальных патогенов, осложненного течения респираторных инфекций и новых альтернатив классическим антибиотикам, которые есть в арсенале специалистов в области лечения инфекционных заболеваний.

ВЫЗОВЫ, ФОРМИРУЮЩИЕ РИСКИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

114

Ниязова Ф.Н., Ливерко И.В., Гафнер Н.В.
Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Оценить ситуационные медико-социальные риски формирования антибиотикорезистентности с позиций потребителя и поставщиков медицинских услуг в рамках стандартов лечения пациентов с обострениями инфекций нижних дыхательных путей.

Материалы и методы. Использованы инструменты (опросники) для проведения обследования среди потребителей (178 пациентов) и поставщиков медицинских услуг (368 фармацевтов и врачей), в которых отражены вопросы, отражающие знания пациентов, врачей и фармацевтов, бытующие их взгляды и убеждения в отношении антибиотиков и практики их назначения. Опросы, включая вопросы с альтернативными ответами и градациями степени согласия, по шкале Ликерта, проводились на русском языке.

Результаты. В Узбекистане доступен безрецептурный отпуск антибиотиков и до 86,7% пациентов обращаются в аптеки за ними без рецепта. 79,6% пациентов приходят в аптеки за антибиотиками без предварительной консультации врача и надеясь на помощь консультанта провизора аптеки. 57,2% пациентов из опрошенных начинают прием антибиотика без назначения врача, «что есть в домашней аптечке». Низкая образовательная осведомленность населения приводит к необоснованному применению антибиотиков. В большинстве случаях опрошенные пациенты имеют «ложные» представления об антибиотиках и практиках их использования: в 60,3% случаях, проявляя уверенность, что «простуда, грипп, боль в горле» не пройдут без приема антибиотика; в 73,0% случаях, имея уверенность, что антибиотики «предотвращают тяжелые болезни или осложнения простуды»; в 76,2% случаях – «помогают быстрее выздороветь от простуды». Установлено, что 76,2% пациентов принимают антибиотики при первых симптомах простуды, 68,3% - «при высокой температуре в первые дни», 49,3% пациента - «при кашле до 3-х дней без температуры» и 69,8% пациентов – «при кашле более 10 дней без температуры». Пациенты подвержены настрою и ожиданию и на вопрос «Какое лечения Вы ожидаете от врача, если у Вас насморк, боль в горле и температура тела ниже 38,5?» однозначно дают ответ «антибиотик» в 34,9% случаях. 44,1% пациентов убеждены, что инъекции антибиотиков эффективнее таблеток и в 42,9% случаев недовольны назначениями лекарственного средства в таблетках. Пациенты, имея низкую информированность о рисках развития микробной резистентности и его личной

ответственности за ее формирование, в 55,6% случаях прекращают прием антибиотика при первом же исчезновении симптомов простуды и 42,9% - не привержены рекомендациям врача по длительности и дозам приема антибиотика, сокращая их самостоятельно. Фармацевты аптек необоснованно часто рекомендуют прием и отпуск антибиотиков при обращениях с симптомами острых вирусных инфекций (47,9%), острого бронхита (75,5%), сухого кашля без температуры до 3-х дней (51,0%) и более 7 дней (75,6%) и температуре неясной этиологии (66,4%). Практика врачей к назначению антибиотика определена в 34,3% случаев проявлениями ОРВИ, в 71,9% случаев проявлениями острого бронхита, в 48,4% случаях при наличии кашля до 3-х дней и в 73,5% случаях -при кашле более 7 дней и в 73,3% -температуре неясной этиологии. Факторами, повышающими вероятность назначения врачом антибиотика при ОРИ неуточненой этиологии, являются- гнойные выделения из носа (54,7%), продуктивный кашель с желтой или зеленой мокротой (71,9%), продолжительность симптомов простуды более 3-4 дней (40,4%) и утверждения пациента, что «в прошлый раз при таких же симптомах стало лучше после назначения антибиотика» (21,8%). В клинических ситуациях «кашель более 5дней у взрослых при нормальной температуре» назначения антибиотика в 25%, а «гнойный насморк у взрослых при нормальной температуре» - в 57,8%. До 53,1% врачей не поддерживает на практике утверждение «Я назначаю антибиотики, рекомендованные в клинических протоколах, даже если я не считаю, что это необходимо». До 21,9% врачей подтверждают, «им трудно не назначать антибиотик при острых респираторных инфекциях, потому что другие врачи их обязательно назначат» и 3,2% врачей утверждают, «что им трудно не назначить антибиотики, когда пациенты их просят», даже если антибиотики не показаны.

Заключение. Знания, отношения и практика использования антибиотиков на уровне потребителей и поставщиков медицинских услуг отражают серьезные проблемы, приводящие к росту необоснованного и нерационального применения антимикробных препаратов и риску формирования антибиотикорезистентности в регионе.

115

МЕДИЦИНСКИЕ ОШИБКИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУППЫ ЦЕФАЛОСПОРИНОВ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

Ниязова Ф.Н., Ливерко И.В.

Республиканский специализированный научно-практический центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования. Изучить структуру медицинских ошибок (МО), совершаемых при назначении антимикробных препаратов группы цефалоспоринов (ЦФ) на амбулаторном этапе лечении больных с респираторной патологией.

Материалы и методы. Объектом и предметом данного исследования была выкопировка данных о применении антимикробных препаратов (АМП) из 381 карт амбулаторного наблюдения больных с респираторной патологией за период с 2019-2020 гг, из которых 129 пациентов с внебольничной пневмонией (ВП), 189 – с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 61 – бронхиальной астмой (БА) и 2 пациента с саркоидозом легких. Средней возраст пациентов ВП составлял 54,1±1,1 лет, ХОБЛ – 53,9±0,9 лет, БА -53,9±1,5 лет. Для выявления случаев медицинских ошибок, связанных

с назначением АМП, использовались утвержденные в Республике Узбекистан инструкции по медицинскому применению ЛП, доступные на сайте государственного реестра лекарственных средств, а также стандарты оказания медицинской помощи и клинические протоколы лечения по отдельным нозологиям, которые встречались в исследовании.

Результаты. Анализ медицинской документации показал высокий удельный вес применения цефалоспоринов (60,3%) в лечебных учреждениях первичной медико-санитарной помощи, что сопровождается рядом медицинских ошибок.

Медицинские ошибки, связанные с применением антибиотика группы цефалоспоринов, при отсутствии показаний/либо по незарегистрированному показанию составляют 57,8%, где их использовали, без дополнительных клинических уточнений и обследования, в 42,9% случаев в лечении пациентов БА, в 50,0% – при ОРВИ и в 3,6% - при саркоидозе легких.

26,6% случаев медицинских ошибок связаны с различными нарушениями дозового режима, включая несоблюдение кратности применения цефалоспоринов в 6,2%, превышение рекомендуемой их дозы в 1,6%, использование антибиотика в низкой дозе в 2,1% и в 7,9% случаях отмечена слишком большая длительность терапии.

Медицинские ошибки, связанные с неправильной тактикой применения антибиотика, составляют 15,6%, отражаясь фактами нерациональной смены режима антимикробной терапии при его неэффективности в 5,2% случаях, несвоевременной сменой антимикробного препарата при его неэффективности в 5,7%, неверной тактикой схемы лечения в 4,7%.

Заключение. Усиление мер фармаконадзора в системе использования антимикробных препаратов, аналитика медицинских ошибок применения антимикробных препаратов, регистрация всех случаев развития нежелательных реакций в результате неверного использования АМП позволит повысить эффективность и безопасность медикаментозной терапии и тем самым улучшить качество оказания медицинской помощи и внести вклад в преодоление антибиотикорезистентности.

XV МЕНЕДЖМЕНТ ВО ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ И КОМПЛАЕНС

116 БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА В СВЕТЕ ПОСЛЕДНИХ МЕЖДУНАРОДНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Арипов Б.С.

ГП “Республиканский специализированный медицинский центр терапии и медицинской реабилитации”, Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

Приведены ключевые положения руководства GINA (Global Initiative for Asthma) от 2021 - 2022 годов.

Диагностика: у взрослых, а также подростков и детей 6 лет и старше перед стартом лечения желательно подтверждение наличия бронхиальной астмы. У детей младше 6 лет свистящее дыхание встречается часто – астма наиболее вероятна в случае наличия такого свистящего дыхания во время физических упражнений, смеха и плача при отсутствии респираторных инфекций, а также наличии экземы и/или аллергического ринита.

Персонализация лечения/контроля: лечение астмы должно быть персонифицированным с постоянной оценкой его интенсивности и эффективности.

Комплексный подход: лечение астмы многофакторное. Оно включает не только прием медикаментозной терапии, но и коррекцию факторов риска, а также повышение информированности пациента об астме, обучение его правильной технике ингаляций и пр.

Ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГКС): у подростков и взрослых терапия астмы не должна включать только короткодействующие бета-агонисты. Для снижения риска тяжелых обострений, а также контроля симптомов всем пациентам следует назначать содержащую глюкокортикостероиды терапию.

Экспертами было выделено два пути терапии астмы. Первый, более предпочтительный, подразумевает использование сочетания ИГКС и формотерола как средства для облегчения симптомов; тогда как второй допускает использование короткодействующих бета-агонистов (КДБА), однако подчеркивается, что только при высокой приверженности к базисной терапии.

Дети ≤5 лет: на старте возможна терапия свистящих хрипов с использованием только короткодействующих бета-агонистов. В случае, если симптомы характерны для астмы, а также исключены другие причины хрипов, возможен старт пробной базисной терапии.

Интенсификация терапии: прежде, чем усилить терапию астмы, следует убедиться, что симптомы пациента действительно обусловлены астмой, отсутствуют модифицируемые факторы риска, пациент привержен к лечению и владеет техникой ингаляций.

Снижение интенсивности терапии: в случае, если астма хорошо контролируется текущей терапией на протяжении 2-3 месяцев, следует рассмотреть снижение интенсивности терапии. Следует добиваться хорошего контроля астмы при помощи наименее интенсивной терапии, которая возможно у данного пациента.

План лечения: каждому пациенту с астмой следует предоставить подробный письменный план лечения, в том числе включая порядок действий при развитии обострения.

Помощь специалиста: за помощью к врачу, специализирующемуся на ведении пациентов с астмой, следует обратиться в следующих случаях: невозможность достоверного подтверждения астмы; подозрение на астму, связанную с профессиональной деятельностью; наличие у пациента факторов риска смерти, обусловленной астмой; симптомы не удается контролировать высокими дозами ИГКС и длительнодействующих бета-агонистов; пациент обращался за экстренной помощью по поводу астмы более 1 раза в год; пациент имеет высокий риск побочных эффектов; у пациента, вероятно, есть пищевая аллергия.

117

TUBERKULYOZ KASALLIGINI VIDEO NAZORAT OSTIDA DAVONI NAVOIY VILOYATIDA QO‘LLASH TAJRIBASI

Muxamedov X.X.

Navoiy viloyat ftiziatriya va pulmonologiya markazi, Navoiy. O‘zbekiston

Muammoning dolzarbligi. Sog‘liqni saqlash vazirligi va xalqaro hamkorlarning birgalikdagi sa’y-harakatlari tufayli tuberkulyoz kasalligi (ТБ) bilan kasallanish va o‘lim darajasini pasaytirish borasida katta muvaffaqiyatlarga erishdi.

Sog‘liqni saqlash ehtiyojlari uchun zamonaviy axborot-kommunikatsiya texnologiyalaridan (AKT) foydalanish bilan ushbu yechim tibbiyot xodimlari va bemorlar duch keladigan nazorat ostida davo (DOT) uchun xos bo‘lgan qiyinchiliklardan xalos bo‘lishga imkon beradi. VNODdan to‘g‘ri foydalanish vaqtni, pulni tejashga, bemorlar va shifokorlar o‘rtasidagi masofani qisqartirishga va shu bilan bemorlarning tuberkulyoz kasalligini davolashga motivatsiyasini oshirishga yordam beradi.

Tadqiqot maqsadi. Navoiy viloyati misolida O‘zbekiston Respublikasida tuberkulyoz kasalligini video-nazoratli davolash usullaridan foydalanish samaradorligini tahlil qilish.

Tadqiqot materiallar va uslublar. Ushbu tadqiqotda jami 51 bemor ishtirok etdi, gender tarkibiga ko‘ra bemorlar quyidagicha taqsimlandi: 19 yoshdan 93 yoshgacha bo‘lgan 32 ayol (62,7%), erkaklar - 19 (37,3%).

VNOD uchun boshlanish nuqtasi bemordan xabardor rozilik va bayonot olish edi. Keyin bemorga individual ravishda dorilarni iste’mol qilish va gadjet yordamida o‘zining mobil qurilmasi yoki loyiha doirasida olingan ma’lumotlarni uzatish bo‘yicha o‘qitildi.

Aloqa uchun foydalaniladigan qurilmalar uyali aloqa operatoridan maxsus tarif orqali internetga kirish imkoniyati bilan ta’minlandi. Qurilmalarning o‘zlari quyidagi turlarda taqdim etilgan: a) 30 dona *Xiaomi Redmi 6 brendining ishlaydigan old kamerasiga ega mobil telefon (smartfon)*. b) ishlaydigan *Samsung* markali old kamerali planshet *Galaxy Tab S3*- 4 dona miqdorida.

Natijalar. Yosh guruhlarini tahlil qilganda, bemorlarning eng ko‘p soni 41 yoshdan 50 yoshgacha bo‘lgan guruhlarga taqsimlangani e’tiborga loyiq, bu 11 (21,5%) va 51 yoshdan 60 yoshgacha - 12 (23,6%). Bemorlarning katta qismi ambulatoriya bosqichida VNODni oldi - 42 (82,4%) va 9 (17,6%) bemor birinchi kundan boshlab VNODda edi.

O‘pka jarayoni 26 (50,9%) bemorda, o‘pkadan tashqari - 23 (45,2%) bemorlarda, o‘pka+ o‘pkadan tashqari - 2 (3,9%) bemorlarda o‘rnatilgan.

Xulosalar. VNOD - davolashni nazorat qilish usuli sifatida, eng katta javob 41 yoshdan 60 yoshgacha bo‘lgan ko‘proq yosh guruhlaridagi bemorlarda - 23 (45,1%) va 61 yosh va undan katta - 7 (13,7%) bemorlarda olingan. Bu bemorlarning ushbu guruhi yuqori malakali davolanishni va uyda tibbiy xodimlar bilan doimiy aloqada bo‘lishni afzal ko‘rishi bilan bog‘liq. VNOD - o‘ziga xos xususiyatga ega, bemorni masofadan boshqarishga asoslangan. VNOD - bu davolash sifatini yo‘qotmasdan tibbiy xodimlarning bir bemorga ajratadigan vaqtini qisqartirish imkonini beruvchi usul. VNOD usuli infektsiyani nazorat qilishning barcha bosqichlarini saqlab qolgan holda, davolanishni bevosita nazorat qilishni erkin tashkil etish imkonini beradi.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МОДЕЛИ ВИДЕО-КОНТРОЛИРУЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

118

Мухамедов Х.Х., Парпиева Н.Н., Ливерко И.В., Джурабаева М.Х.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. Республика Узбекистан добилась больших успехов в сокращении случаев заболеваемости и смертности от туберкулеза (ТБ), отчасти благодаря совместным усилиям Министерства Здравоохранения и международных партнеров. Видеоконтролируемое лечение (ВКЛ) как техническая альтернатива контроля традиционного лечению под непосредственным наблюдением (DOT) предполагает взаимодействие пациента и медицинского работника в удаленном режиме – в записи или в формате реального времени – при помощи подключенных к интернету смартфонов, планшетов или компьютеров.

Цель исследования. Анализ эффективности применения видео-контролируемого лечения туберкулеза в Республике Узбекистан на примере Навоийской области.

Материалы и методы. Для реализации пилотного проекта была создана рабочая группа, включающая представителей Национальной противотуберкулезной программы и партнерских организаций: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии; Областной противотуберкулезный диспансер, Навои; Программа USAID по борьбе с туберкулезом в Узбекистане, филиал Project HOPE в Узбекистане; Проект Challenge TB и ННО «Интилиш». Набор пациентов осуществлялся в городе Навои, Кызылтепинском и Карманинском районах Навоийской области в период с 2019 года по 2021 год. Всего в данном исследовании приняло участие 51 пациент, из них женщин – 32 (62,7%), мужчин – 19 (37,3%), в возрастном диапазоне от 19 до 93 лет.

Устройства, используемые для связи, были обеспечены возможностью выхода в сеть интернет через специальный тариф у оператора мобильной связи. Сами устройства были представлены следующими видами: мобильный телефон (смартфон), с работающей передней камерой марки *Xiaomi Redmi 6* в количестве 30 штук и планшет, с работающей передней камерой марки *Samsung Galaxy Tab S3* в количестве 4 штуки.

Результаты. Включенный в исследования контингет больных был представлен различными возрастными группами: наибольшее количество пациентов распределены в группах от 19 до 30 лет – 11 (21,6%), от 31 до 40 лет –10 (19,6%) от 41 до 50 лет – 11 (21,6%), от 51 до 60 лет - 12 (23,6%) и старше 61 года – 7 (13,6%). В исследовании

обеспечен и равный доступ к услуге видео-контролируемого лечения, включая пациентов злоупотребление алкоголем – 11 (21,5%), ЛУИН – 2 (3,9%), ЛЖВС – 3 (5,8%), освобожденные из мест лишения свободы – 1 (2,0%) и больные с неблагоприятными плохие материально-бытовыми условиями – в 21 (41,1%).

Подавляющее большинство больных получали ВКЛ поддерживающей фазы лечения на амбулаторном этапе – 42 (82,4%) и 9 (17,6%) больных находились на ВКЛ в интенсивной фазе лечения амбулаторного лечения с первого дня. ВКЛ поддерживалось у 50,9% (n=26) при легочных формах ТБ, у 45,2% (n=23) – внелегочных и в 3,9% (n=2) –генерализованном ТБ. В данном проекте результаты лекарственной устойчивости не являлись критериями отбора, где больные с лекарственно-чувствительным туберкулезом составляли 49,0% (n=25) больных, МЛУ – 45,1% (n=23), ШЛУ – 3,9% (n=2) и 1 пациент с полирезистентным туберкулезом. Среди пациентов, включённых в на ВКЛ впервые выявленные - 38 (74,7%) больных, рецидив – 8 (15,6%) больных, больные с безуспешным лечением – 3 (5,8%) и другие ранее леченные – 2 (3,9%). Полости распада выявлены – у 42 (82,3%) больных и бактериовыделение установлено – у 27 (52,9%) больных.

За период проведения ВКЛ отмечено, что большая часть пациентов 88,2% (n=45) проявили высокую приверженность к лечению. Благоприятный клинический исход лечения был выявлен – у 38 (74,5%) пациентов, трое пациентов (5,9%) были потеряны для дальнейшего наблюдения, один больной за нарушение режима был исключён из программы ВКЛ, безуспешное лечение констатировано в 9,8%(n=5) случаев и в одном случае процесс закончился летальным исходом.

Заключение. ВКЛ – как метод контроля лечения наибольший отклик получил у пациентов в более старших возрастных группах от 41 до 60 лет - 23 (45,1%) и от 61 года и старше – 7 (13,7%) больных. ВКЛ – метод, позволяющий сократить время, уделяемое медицинским персоналом на одного пациента без потери качества лечения. В перспективе метод ВКЛ, при условии создания программного обеспечения, позволит беспрепятственно организовать непосредственный контроль лечения с сохранением всех этапов инфекционного контроля.

119

ПРОМЕЖУТОЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ВИДЕОСОПРОВОЖДАЕМОГО ЛЕЧЕНИЯ В УЗБЕКИСТАНЕ (в *рамках мероприятий Проекта USAID по ликвидации ТБ в Центральной Азии)*

Парпиева Н[1]., Холикулов Б[2], Трубников А.[2], Бабамурадов Б.[2], Рашидов О.[2]

[1]Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

[2]Проект USAID по ликвидации ТБ в ЦА/Abt Associates, Узбекистан

В 2020-2021 гг ограничения в связи с пандемией COVID-19 затруднили получение услуг по лечению ТБ, а также наличие барьеров при лечении ТБ: в виде большие расстояния от места жительства до места оказания медицинских услуг, постоянная временная занятость на работе, уход за детьми, препятствовали лечению ТБ. В связи с чем, согласно рекомендациям ВОЗ, в стране решено было внедрить видеосопровождаемое лечение (ВСЛ). Набор пациентов для включения в ВСЛ осуществлялся, согласно критериям Национального протокола.

Материалы и методы. Асинхронный ВСЛ был реализован с использованием бесплатного мобильного приложения Telegram. Видео пациента, принимающего таблетки, было просмотрено медсестрой, и результаты внесены в стандартные формы непосредственно–контролируемого лечения (НКЛ). Проект USAID предоставил телефоны пациентам, у которых их не было (34%), планшеты для медсестер, покрыл расходы на мобильный интернет, а также провел начальное обучение медицинского персонала и сбор данных.

Результаты. С 1 мая 2021 по 15 сентября 2022 на ВСЛ было охвачено 231 пациентов, из которых 54% женщины, 51% сельские жители и 79,6% пациенты ЛЧ ТБ. При ЛЧ ТБ временная медиана нахождения на ВСЛ составила 116,5 дней, а при ЛУ - 440 дней. При анализе неудачного ВСЛ выявлено, что временное медианное значение пациентов, снятых с ВСЛ, составило 35 дней при ЛЧ ТБ и 129 при ЛУ ТБ. При неблагоприятных исходах лечения (умер, потерян для врачебного наблюдения) составило 17 дней. При успешных исходах лечения временная медиана нахождения на ВСЛ по ЛЧ ТБ составила 16 недель при ЛЧ ТБ и - 22 недели при ЛУ ТБ. 108 пациентов имеют исход лечения (104 -успешное лечение (96,3%), 1 умер (0,9%) и 3 -потерян для врачебного наблюдения (2,8%)).15 пациентов были исключены из когорты ВСТ по следующим причинам:

Пропуски отправки видео сообщений и перевод на НКЛ	**7**
Не смогли пользоваться смартфоном самостоятельно	3
Отказ от ВСЛ	2
Переезд в другое место жительство, где ВСЛ не внедрено	1
Использование оборудования не по назначению	2

На момент оценки 108 пациентов продолжают лечение с использованием ВСЛ Опыт начала внедрения ВСЛ в пилотах показал положительный опыт его использования. Проведён анализ неудач ВСЛ и приняты меры по работе с пациентами. Большинство исключённых с ВСЛ составили лица, принимающие ПТП не регулярно. Данные лица идентифицированы, возвращены на НКЛ и усилен контроль за регулярностью приёма ПТП.

Заключение. Представлены промежуточные результаты внедрения видео сопровождаемого лечения (ВСЛ) в смешанной когорте пациентов с ЛЧ/ЛУ ТБ в Узбекистане. Внедрение ВСЛ показало эффективность данного подхода в повышении приверженности пациентов к лечению туберкулеза. Успешность лечения пациентов в этой когорте составила 96,3% из числа лиц, завершивших курс лечения.

120

ОЦЕНКА СИСТЕМЫ ОТПРАВКИ СООБЩЕНИЙ О НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ РЕАКЦИЯХ ПО РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН ЗА ПЕРИОД 2018-2021гг

Парпиева Н.[1], Трубников А.[2], Холикулов Б.[2], Абулкасимов С.[1], Юсупов Н.[1], Бабамурадов Б.[2], Телнов О.[2]

[1]Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии. Ташкент. Узбекистан

[2]Проект USAID по ликвидации ТБ в ЦА/Abt Associates. Узбекистан

Предпосылки и вызовы. В Республике Узбекистан до 2018 года система передачи сообщений о нежелательных реакциях (НР) не функционировала должным образом. В 2018 году был выпущен приказ МЗ РУз о системе направления форм сообщений о НР, далее разработан и утвержден клинический протокол по фармакоменеджменту (ФМ), обучены специалисты во всех регионах страны. Каждое полученное сообщение разбирается отдельно на центральном уровне и даётся обратная связь в регион. С внедрением новых подходов и препаратов для лечения ТБ, повысилась потребность в регистрации НР в рамках системы отслеживания безопасности лекарственных средств. В связи с чем проведена совместная работа НТП и проекта USAID в систематизации отправленных форм сообщений НР на противотуберкулёзные препараты (ПТП) и проведён кабинетный анализ полученных данных.

Результаты. За период 2018-2021гг по Республике фтизиатрической службой было подано 380 форм сообщений о НР . Было отмечено, что 5 регионов не отправили ни одного сообщения о нежелательной реакции за период 2018-2021гг, 4 региона отправили за тот же период менее 10 извещений (рис.). За тот же период стационар Республиканского специализированного научно–практического центра фтизиатрии и пульмонологии (РСНПМЦ ФиП) отправил 148 извещений, что составляет 38,9% от всех поданных извещений

Рисунок 1. Количество направленных форм извещений в разрезе областей РУз



Был проведён анализ тренда устойчивости системы отправки форм сообщений о НР за 2018-2021гг., который показал, что формы извещений продолжают подаваться. Однако, количество поданных извещений снизилось почти вдвое (с 95 случаев в 2019 году до 51случаев в 2020 году и 54 случаев в 2021г.) по Республике, что связано с отсутствием регулярного мониторинга за регистрацией НР.

Заключение. Внедрение активного мониторинга безопасности лекарственных средств в большинстве случаев уведомлений было представлено центральным учреждением или фтизиатрическими учреждениями крупных центров (61,1%). Очень мало форм (менее 11,1% от общего количества) было представлено из периферических учреждений и учреждений ПМСП. Программа внедрения активного мониторинга безопасности лекарственных средств должна включать мероприятия по мониторингу регистрации НР, а также подготовке специалистов.

121

ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ TB-PRACTECAL В ТАШКЕНТЕ И ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Парпиева Н.Н., Ливерко И.В., Усманова Р.Р., Бутабеков И.И., Коходзе Р.Р., Долгушева Ю.В., Мирзабаев С.И.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии, Ташкент. Узбекистан

Клиническое исследование (КИ) TB-PRACTECAL реализовано Республиканским специализированным научно-практическим медицинским центром фтизиатрии и пульмонологии (РСНПМЦ ФиП) совместно с Международной гуманитарной организацией Врачи без границ (МГО ВБГ), в которое были включены пациенты с лекарственно-устойчивым туберкулезом (ЛУ-ТБ) из г. Ташкента и Ташкентской области. Официальное открытие сайта КИ состоялось 14 декабря 2018 г., инициация сайта – 28 декабря 2018 г., первый пациент на сайте рандомизирован 23 января 2019 г., набор пациентов по решению спонсора был прекращен 18 марта 2021 г.

За период набора пациентов методом GeneXpert было идентифицировано 350 пациентов, из которых 112 (32%) больным были проведены первичные консультации, из них 61 (54,5%) подписали форму информированного согласия и начали процедуру скрининга. Основные причины исключения пациентов (всего исключено 289 пациентов) сайта КИ TB-PRACTECAL были следующими: возраст до 18 лет (1%), неподтвержденный адрес проживания в г. Ташкенте и Ташкентской области (18,7%), начато лечение по стандартной схеме МЛУ/ШЛУ (17%), тяжелое клиническое состояние пациента и сопутствующие заболевания (13,8%), диагностирован туберкулез внелегочной локализации (2,1%), потерян для дальнейшего наблюдения (2,5%), отказ от стационарного лечения (1%), отказ от подписания формы информированного согласия (17,6%), рекомендация “STOP” от спонсора в течение 3 месяцев (8,7%), другие причины (17,6%).

Необходимо отметить, что 1 пациент, подписавший информированное согласие, отказался от участия в КИ до начала скрининга. Скрининг был проведен 60 пациентам, из которых 55 (91,7%) больных были рандомизированы и начали лечение по исследовательским схемам (B-Pa-Lzd-Mxf, B-Pa-Lzd-Cfz, B-Pa-Lzd) и стандартной схеме лечения согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

В период пандемии COVID-19 на сайте было внедрено видеосопровождаемое лечение (ВСЛ), в которое были включены 42 пациента, среди которых мужчин было 32 (76,2%). В рамках ВСЛ 20 (47,6%) пациентов получали лечение по стандартной схеме и 22 (52,4%) – по исследовательскому режиму. По возрасту пациенты распределились

следующим образом: 18-40 лет – 20 пациентов, 41-60 лет – 21 пациент, старше 60 лет – 1 пациент.

В период непосредственно-контролируемого лечения (НКЛ) 2 пациента отказались от ежедневного приема противотуберкулезных препаратов (ПТП) в рамках КИ, 1 пациент из-за нарушения режима приема ПТП в рамках КИ передан на лечение в районный фтизиатрический диспансер по месту жительства. В период видеосопровождаемого лечения 2 пациента отказались от лечения в связи с тем, что пациенты почувствовали себя выздоровевшими, 1 пациент был потерян для дальнейшего наблюдения, 2 пациента отказались от лечения в связи с развившимися нежелательными явлениями.

Необходимо отметить, что внедрение ВСЛ в рамках КИ показало более высокий уровень приверженности к ТБ лечению, применение ВСЛ возможно у пациентов с сопутствующими заболеваниями и социальными проблемами, экономически более выгодно для пациента, решает проблему НКЛ в период пандемий, пациент получает лечение в комфортных условиях – дома, в кругу семьи, при необходимости, возможность привлечения членов семьи для дополнительного контроля лечения.

SURVEY TO ASSESS THE NEEDS AND REQUIREMENTS OF PATIENTS WITH TUBERCULOSIS OF A MEDICAL NATURE

122

Parpieva N.N., Uteshev M.S.

[1]Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Phthisiology and Pulmonology, Tashkent. Uzbekistan

The experience of using highly active therapy has shown the insufficiency of the usual model of doctor–patient relationship in the process of specific therapy. There are many factors that destroy the commitment of people affected by tuberculosis among vulnerable groups of the population to treatment (drug addiction, alcoholism, difficult life situations, etc.).

Objective. Validated questionnaires to assess the needs and requirements of tuberculosis patients of a medical, psychological and social nature will allow to develop recommendations for improving medical, social and psychological assistance in the diagnosis and treatment of tuberculosis in the future, and the introduced differentiated approaches will improve the quality of life of patients, increase the effectiveness of treatment and generally reduce the burden of tuberculosis in the Republic of Uzbekistan.

Materialы and methods. When compiling the list of questions, the necessary requirements for the questionnaire were previously formulated:

- brevity.
- simplicity and unambiguity of questions.
- the possibility of self-filling by the respondent.

Research results. At the stage of questionnaire development, a preliminary expanded list of questions was compiled, which was discussed with the management, the research group (sociologists). Based on the results of the discussion, the most important issues were highlighted, the wording was clarified. A version of the questionnaire was prepared for practical testing of consumers of medical services (people with TB who are on treatment). The survey among people with tuberculosis consisted of 20 questions. The questionnaire allows you to evaluate the following aspects: to assess the needs and needs of patients with tuberculosis of a medical nature, to assess the level of attitude of the TB service and PHC to TB patients, to assess the

trust of patients in the medical service. Assessing these barriers is often a difficult task, especially if the result is not what was originally intended, but nevertheless it is very important to do it in order to understand what works and what does not, and to recognize the problems that need to be solved in time. Sometimes it turns out that an unexpected result unexpectedly served the cause. In general, if a problem is identified, it is possible to make changes in practice and measure the effectiveness of changes using both the same data that helped identify the problem, and using other criteria, such as patient satisfaction and/or staff, depending on who these changes affect. The survey process itself in this study, during which the initial situation is analyzed, changes are planned and implemented, along with an assessment of the effectiveness of the results, where it can be framed in the form of a scientific article. This survey is conducted in the following format: identify the problem /question of the study, analyze the relevant literature (books and articles) on the topic, explain exactly what is planned to be done, how and why, document and analyze the results / solutions obtained. and bring up for discussion everything that has been done. This assessment will help develop evidence-based medicine and motivate others to do the same. If this is the goal, it is important to collect enough raw data so that the changes that have occurred as a result of the planned intervention can then be analyzed. TB control programs usually collect data on all aspects of treatment and can be used to formulate and answer a research question.

Conclusion: The developed questionnaire made it possible, from the researcher's point of view, to find out the existing barriers for TB patients, to evaluate the joint work of PHC and TB care services, to assess the level of medical care, the quality of specialized medical care, to assess the attitude of PHC to patients with tuberculosis and to assess the knowledge of PHC on TB.

123

БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА АСТМАНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ ТЕСТИНИ (ACQ) ЎТКАЗИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Разикова И.С., Аликулова Д.Я., Авезова Г.С.
Тошкент тиббиёт академия, Тошкент. Ўзбекистон

Бронхиал астма касаллиги профилактикасида ҳамширалар томонидан астмани назорат қилиш энг яхши самарага эришишда ёрдам беради. Ҳамширалар томонидан ёндошув ўз - ўзини назорат қилиш, бемор билан ҳамкорликда ҳужжатлаштирилган режаларни тузиш, зарур дори воситалардан фойдаланишни тарғиб қилиш ва тегишли назоратни мувофиқлаштиришни ўз ичига олади.

Касалликни назорат қилиш даражасини баҳолаш учун астмани назорат қилиш тести (АСТ) ва астмани бошқариш бўйича сўровнома (ACQ) каби тасдиқланган воситалардан фойдаланиш яхшироқдир. Уларни беморлар ўз-ўзини назорат қилиш учун ишлатиши мумкин. Бу клиник симптомларнинг ўзгаришини аниқлашга имкон беради. Ушбу тестлардан ўтказилган даво терапиясининг самарадорлигини натижаларини таҳлил қилиш учун фойдаланиш мумкин. Бронхиал астма назорати унинг аломатларини эрта аниқлашга ёрдам беради. Бунинг учун пикфлоуметрияни ўтказиш зарур. Ушбу муолажани гипертонияда қон босимини кузатиб юриш ва диабетдаги қон таркибидаги қанд миқдорини ўлчаб юриш билан таққослаш мумкин. Ушбу муолажани мунтазам равишда амалга ошириш астма касаллигининг кучайиб бориши аломатларини ўз вақтида аниқлашга имкон беради ва касалликнинг жиддийлашишига йўл қўймайди. НЧЮТ(нафас

чиқаришнинг юқори тезлиги) ни ўлчаш, кундаликни юритиш беморларга ўз соғлигига беъэтибор бўлишига йўл қўймайди ва вазият ёмонлашганда, улар ўз - ўзига ёрдам бера оладилар. Сирдарё вилояти ҚВП, ҚОПларида рўйхатга турган бронхиал астма билан касалланган 50 та беморда астмани назорат қилиш тести (АСТ) ўтказилди. **Астмани назорат қилиш тести** (Asthma Control Test - АСТ) беморларга касаллигини қай даражада назорат қилаётганини англашга ёрдам беради. Тестнинг бош қисмида беморнинг паспорт маълумотлари, касалхонага мурожаат қилган вақти келтирилган, 5 та савол астма касаллигини назорат қилишга оид саволлар берилган, ҳамда жавоблар тегишли баллар билан белгиланган. Баллар йиғиндиси аъло (25 балл), қониқарли (20-24 балл) ва қониқарсиз (20 баллдан кам) натижани кўрсатиб беради. Ҳар бир натижага мос равишда беморга шифокор тавсиялари берилади. Астмани назорат қилиш тести (АСТ) беморни касалхонадан ташқарида, БА назорати ва асоратлар ҳавфини баҳолаш учун ишлатиш мумкин. ДПМга ташриф буюриш пайтида ACQни ўлчаш БАни даволашда клиник фойда келтириши ва нафақат мониторинг даражасини баҳолашга, балки келажакда назоратнинг йўқотилишини тахмин қилишга ҳам ёрдам беради. Ушбу анкета бир неча тадқиқотларда тасдиқланган ва клиник амалиётда энг кўп қўлланилганларидан бири ҳисобланади ACQ–5нинг афзалликларидан бири – унинг кам ҳажмлигида. Амбулатория шароитида муҳим бўлган шаклни тўлдириш учун кўп вақт ва куч сарфланмайди. Бундай ингаляторлардан нотўғри фойдаланиш жараёни касалликни ёмон назорат қилинишига, шунингдек соғлиқни сақлаш билан боғлиқ харажатларни оширишга олиб келади. Бутун дунё бўйича миллионлаб одамларнинг астма билан касалланиш ҳолати учраётган бир пайтда, тегишли чора тадбирларни ишлаб чиқиш долзарб масала ҳисобланади.

124 БРОНХИАЛ АСТМА КАСАЛЛИГИДА “ЎЗ - ЎЗИНИ НАЗОРАТ ҚИЛИШ КУНДАЛИГИ”НИ ЮРИТИШ САМАРАДОРЛИГИ

Салиходжаева Р.К., Аликулова Д.Я., Авезова Г.С.
Тиббиёт ходимлари касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент. Ўзбекистон
Тошкент тиббиёт академияси, Тошкент. Ўзбекистон

Бронхиал астма (БА) асоратларини олдини олишда касалликни тўлиқ ва барқарор назорат қилиш муҳим элементдир. Ҳамширалар тиббий реабилитация ва беморни ўқитиш жараёнининг муҳим иштирокчиси ҳисобланади.

Астма бўйича кундалик юритиш астма билан оғриган беморларга уларнинг касаликларини яхшироқ кузатишга ёрдам беради. Қоғоз ёки электрон кўринишда бўлиши мумкин бўлган астма кундаликлари астма аломатларини (ва симптомларни оғирлигини), дори-дармонларни қўллаш, нафас чиқаришда энг юқори оқим ўлчовларини ва астма тригерларини кузатишга ёрдам беради. Ушбу маълумотни кузатиш орқали беморлар ўзларининг ҳолатини назорат остида ёки назоратсиз эканлигини таҳлил қилиши мумкин. Агар астмани назорат қилиб бўлмайдиган бўлса, унда кундалик орқали кузатилиши мумкин бўлган сабабларни эрта аниқлашга имкон беради.

Касалликнинг ҳар қандай оғирлик даражасида оптимал мақсадга эришиш учун уни назорат қилиш зарур. Бунга турли йўллар билан эришилади: ҳар бир поғонада даволашнинг энг самарали ёндошувлари қўлланилади. Замонавий комбинацияланган

дорилар пайдо бўлиши билан ҳатто оғир бронхиал астма билан оғриган беморларда ҳам тўлиқ назоратга эришиш мумкин бўлди.

Бундан ташқари, агар беморда касалик узоқ вақт давомида барқарор сақланиб қолса, назоратни ушлаб туриш учун зарур бўлган минимал даражага қадар аста - секин асосий терапияни сусайтириб, пастки босқичга хос бўлган даволаш режимига ўтиш мумкин бўлади. Беморнинг ўзи касалликни назорат қилишда фаол иштирок этиши жуда муҳим: у ўзини - ўзи кузатадиган махсус кундалик юритади, БА назорат тестини ўтказади. Шифокор нафақат даволаш тавсиясини беради, балки беморга астма назорати ҳолатига қараб индивидуал режани тузатишга ёрдам беради, ингалятордан фойдаланиш бўйича маслаҳат беради, асоратларни олдини олиш чораларини баҳолайди ва ҳоказо. Бундай ҳамкорликдаги иш беморнинг ўз соғлиғи учун масъулиятини ҳам, шифокорга бўлган ишончини сезиларли даражада оширади, бу эса ўз -ўзидан даволаниш муваффақиятининг калитидир. Бундан ташқари, БА назоратини баҳолашга асосланган таснифдан фойдаланиш оддий сўровнома ёрдамида назорат даражасини тезда аниқлаш имконини беради. Бу назоратни соддалаштиради ва беморни касаликка қарши курашда тез ва аниқ йўналтиришга ёрдам беради. Оғирлик даражаси таснифига кўра, функционал диагностика усулларини талаб қиладиган БА одатдаги амалиётда уни кузатиш учун эмас, балки биринчи навбатда ташхис қўйиш учун керак.

Бронхиал астма касаллиги профилактикасида беморларни ўз - ўзини назорат қилиб юришга ва кундалик юритишни татбиқ этиш бўйича таълим бериш жуда муҳим. БА беморларини тиббий реабилитациясида ўқитиш касалликни ишончли компенсацияга эришиш ва қониқарли астма назоратига эришишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини ўз ичига олади.

Астма кундалиги беморга шифокор тавсия қиладиган даволаниш режасини татбиқ этишга ёрдам беради, бунда беморга ҳуружлар частотасини камайтириш учун дориларнинг дозасини мустақил танлаши мумкин. Бундай кундаликдан ҳар қандай касаликлар учун ҳам муҳим параметрдаги ўзгариш динамикасини кузатишда фойдаланса бўлади.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У МОЛОДЫХ

125

Ташметов Х.М., Убайдуллаева Н.Н.
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент. Узбекистан

Цель исследования: оптимизировать профилактику табачной зависимости у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Целенаправленное обследование организованного населения 1817 подростков и юношей в возрасте 14-21 лет проводилось методом одномоментного выборочного анонимного анкетного опроса учащихся 3-х колледжей г. Ташкента и Ташкентской области и анкетного скрининга на основе 4 международных опросников Burden of major Respiratory diseases who survey, CORSQ, ISAAC с дополнительными вопросами, а также специальный опросник, позволяющий собрать подробный анамнез курильщика, оценить степень никотиновой зависимости, степень мотивации к отказу от курения, факторы мотивации к курению (тест Фагерстрема) и

расчетом индекса курильщика (Fagerstrom K.O., 1996; А.Г. Чучалин, 2003). Оценка функционального состояния легких проводилась методами спирометрии. Определение концентрации угарного газа (CO, ppm) в выдыхаемом воздухе с использование смокелайзера «piCOTM»

Результаты. Исследование состояния никотиновой зависимости в зависимости от функции внешнего дыхания показали, что при $ОФВ_1$>80% отмечалась очень слабая и слабая никотиновая зависимость, когда при $ОФВ_1$<80 % зачастую отмечалась слабая и средняя никотиновая зависимость. Исследуемые с $ОФВ_1$>80% в основном (68,9%) имели концентрацию CO в выдыхаемом воздухе от 7 до 10 ppm, что относится к опасной зоне курения. При этом исследуемые с $ОФВ_1$<80% в 52,5% случаев относились к опасной зоне и 30,5% имели результаты CO 16-25 ppm - критерий «частый курильщик». Градация 36+ ppm, которая означает тяжелое пристрастие к курению не наблюдалась ни у одного исследуемого, что связано с возрастным контингентом включенных в исследование. В исследовании участвовали лишь лица молодого возраста, пристрастившихся курильщиков было незначительное количество, а тяжелое пристрастие к курению вовсе не наблюдалось. Исследование данных функциональных параметров у лиц молодого возраста определяла дифференцированный отбор пациентов на антисмокинговые программы, что в свою очередь позволило оптимизировать профилактику бронхолегочных заболеваний и начать терапию на ранних этапах манифестации болезни.

Выводы: Оценка полученных результатов позволит оптимизировать профилактику бронхолегочных заболеваний легких среди лиц молодого возраста, в основе которого лежит определение уровня диагностической значимости вопросника, скрининговых тестов (тест Фагерстрема, определение уровня оксида углерода в выдыхаемом воздухе) в отношении степени выраженности обструктивных нарушений и др. параметров. В целях предупреждения формирования у подростков хронической бронхолегочной патологии необходимо проведение им комплекса диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий по восстановлению респираторной функции.

126

МАКТАБ ЁШИДАГИ БОЛАЛАРДА БРОНХИАЛ АСТМАНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Файзиева Ў.Р., Сайфиддинова М.С.
Тошкент тиббиёт академияси, Термез филиали, Термез. Ўзбекистон

Муаммонинг долзарблиги. Замонавий педиатрияда бронхиал астма долзарб муаммолардан бири бўлиб, анамнестик, клиник, фармакологик ва ижтимоий бир бутун аспектлардан ташкил топган. Бир томондан, инфекцион жараённинг патогенези, гормонал терапия эффективлиги тўғрисида ижобий натижаларга эришилган бўлсада, иккинчидан, болаларда касалликнинг яширин, оғир кечиши ва касаллик асоратларидан болалар ўлими кўрсатгичи кўпаймоқда. Дунёда бугунги кунда болалар ва ўсмирлар орасида аллергик касалликлар етакчи ўринни эгаллаб келмоқда ва тез-тез қайталаниши, бемор ҳаёт сифатини пасайишига олиб келиши, ногиронликка сабаб бўлиши билан соғлиқни сақлаш тизимининг жиддий муаммоларидан бири ҳисобланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) эпидемиологик тадқиқотлари маълумотларига кўра, «...аллергик касалликлар болаларнинг 10%дан 50%гача ва ундан ортиқ қисмида

учрамоқда». Болаларда БА учраш даражасининг юқорилиги ўз навбатида, уни эрта ташхислаш ва даволаш чора-тадбирларини ишлаб чиқишни тақозо этмоқда.

Илмий ишнинг мақсади болаларда БА ривожланишида аллергик касалликларга наслий мойиллик, онада ҳомиладорлик ва туғруқнинг патологик кечиши, болалардаги фон касалликларнинг аҳамиятини ўрганиш;

Текшириш усуллари: Вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказининг гўдак ёшдаги болалар патологияси бўлимида 2018 -2020 йилларда жами - 25 нафар, 5-ёшдан 16 ёшгача болалар текширилди. Таққослама гуруҳ учун - 25 нафар кўп тармоқли поликлиникада ҳисобда турган амалий соғлом болалар кузатувга олинди. Анамнестик маълумотлари: онада анамнезида аллергик касалликлар, бемор болаларда фон касалликлари (ЭКД, аллергик диатез), ҳомила ичи инфекциялари ота томондан ўпканинг сурункали обструктив касалликлари, она томондан бронхиал астма, атопик дерматит, аллергик ринит касалликларининг салбий таъсири ўрганилди. Асосий симптомлари экспиратор ҳансираш 25(100%), нам қийин ажралувчи балғамли йўтал 18(72%), оғиз-бурун учбурчаги цианози 16(64%), хуружларнинг тез-тез такрорланиши 12(48%), мажбурий ҳолатлар 25(100%), қовурғалар аро мушаклар тортилиши белгилари аниқланди. Лаборатор таҳлилларида умумий қон таҳлилида- гипохром анемия 8(32%), нисбий лейкоцитоз, эозинофилия 25(100%), ЭЧТ ортиши кузатилди. Барча беморларга пикфлоуметрия ўтказилди, нафас чиқаришнинг юқори тезлиги аниқланди.

Хулоса. Оилавий анамнезида сурункали бронх-ўпка касалликлар ва аллергик касалликлар мавжудлиги БА кечишида салбий омил бўлади. Ноқулай экологик шароит (чанг, қуруқ ҳаво, инсоляция)нинг салбий таъсири. Соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғинидаги умумий амалиёт шифокорларига хавф гуруҳидаги бемор болаларни ўз вақтида стационарга юбориш, диспансер ҳисобга олиб реабилитация қилиш тавсия этилади. Экологик ноқулай иқлим шароити ҳудудларида истиқомат қилувчи мактаб ёшидаги болаларда «жисмоний зўриқиш давомида нафас қисиши», «шамоллаш билан боғлиқ бўлмаган тунги қуруқ йўтал» ва «клиник ташҳисланган бронхиал астма» каби клиник белгиларнинг учраши юқорилиги аниқланган.

127

РОЛЬ КОСТНОГО МОЗГА КАК ФАКТОР ПРОГНОЗА ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО

Джуманазаров Т.М., Тупицын Н.Н., Кононец П.В., Юсупбеков А.А.
Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Блохина, Москва. Россия
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр онкологии и радиологии, Ташкент. Узбекистан

Отдаленное метастазирование остается основной причиной гибели пациентов, несмотря на определенные успехи диагностики и лечения НМРЛ. Обнаружение диссеминированных опухолевых клеток (ДОК) в костном мозге (КМ) при немелкоклеточном раке легкого (НМРЛ) позволит получить важную информацию об особенностях метастазирования и оценить возможности выявления новых мишеней для лекарственной терапии НМРЛ.

Цель исследования: оценить возможность обнаружения ДОК в КМ у больных НМРЛ, а также проанализировать частоту поражения и взаимосвязь с клинико-морфологическими параметрами опухоли.

Материалы и методы. Морфологическим и иммунологическим методами изучено 62 образца КМ (путём стернальной пункции) пациентов с НМРЛ (2018-2019гг в отделении торакальной онкологии НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина), которым выполнено хирургическое лечение различного объёма. Проведена оценка состояния гемопоэза в зависимости от наличия поражения КМ. С помощью проточной цитометрии выполнен анализ ДОК. Применялись моноклональные антитела к CD45, цитокератинам, меченные напрямую различными флуорохромами.

Результаты. В КМ ДОК (EPCAM+CD45–) были обнаружены у 43,5 % пациентов с НМРЛ (в качестве порогового значения приняли 1 клетку на 10 млн. миелокариоцитов). Наличие ДОК не коррелировало с размером опухоли, статусом лимфатических узлов, стадией опухолевого процесса. Наибольшая частота обнаружения ДОК наблюдалась при IA- и IIA-стадии и составила 60,7 % (3/5) и 58,3 % (7/12) соответственно. Поражение КМ в 45 % (15/33) случаев наблюдалось при аденокарциноме, при плоскоклеточном раке опухолевые клетки выявлены в 37 % (10/27) образцов. Установлено, что ДОК чаще выявляются при более дифференцированных опухолях.

Заключение. Установлена возможность обнаружения ДОК в КМ больных НМРЛ. Представленный материал наглядно демонстрирует необходимость более детального изучения ДОК. Важнейшей задачей является разработка высокоточных методик и расширение панели маркеров для идентификации и характеристики ДОК. Идентификацию ДОК следует отнести к новому поколению методов скрининга и мониторинга НМРЛ.

128

ТИМПАНОСКЛЕРОЗ У ВЗРОСЛЫХ. ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Исматова К.А., Маматова Ш.Р.
Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент. Узбекистан

Актуальность. По статистике Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), свыше 5% населения мира - 430 млн. человек (432 миллионов взрослых и 34 млн. детей) страдают от инвалидизирующей тугоухости. По прогнозам ряда авторов, к 2050 г. более 700 млн. населения земного шара, будут иметь инвалидизирующую, т.е. потеря слуха в лучше слышащем ухе, превышающая 35 децибел (дБ). Тугоухость и глухота являются серьезной социальной проблемой и этим обусловлено актуальность данного исследования. Тимпаносклероз - относится к нередко встречающейся патологии у детей и взрослых, и составляют значительную часть в структуре заболеваний ЛОР-органов. Принято считать, тимпаносклероз как аномальное состояние среднего уха, характеризующееся патологическими изменениями, такими как гиалиновая дегенерация и кальциноз, окостенение барабанной перепонки или слизистой оболочки барабанной полости и соединительной ткани подслизистой оболочки. Если эти кальцинированные бляшки образовались в косточковой цепи, они могут привести к кондуктивной, смешанной потере слуха.

Целью данной работы явилось изучение клинических особенностей и этиологические факторы тимпаносклероза у взрослых.

Материалы и методы. исследования проведены с 2019 по 2021 гг в клинике ООО «Happy life» у больных с тимпаносклерозом в возрасте с 18 по 69 лет (37,63±0,82). Таким образом, в возрастном аспекте преобладали лица молодого, трудоспособного возраста, что придает проблеме социальную значимость. Количество обследованных больных 66=n (100%) человек. Из них мужчин 21, (31,8%) женщины 45(68,2%). Среди обследованных больных сельских жителей было в 85% больше чем городских.

Результаты. Всем пациентам проводили традиционное обследование ЛОР органов (переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию, отоскопию). Отоскопию во всех без исключения случаях дополняли отомикроскопией, Пациенты с двусторонним поражением уха были 24 (36,4%), с односторонним поражением 42 (63,6%) пациентов. Симптомы, которые мы наблюдали, у больных тимпаносклерозом были следующими: снижения слух (66;100%); выделения из уха (46/ 69,7%); шум, гуль (51,4%). Боль на области сосцевидного отростка (9/13,7) и жалобы на головную боль разной интенсивности жаловались 22 пациентов. При сборе анамнеза, большинство пациентов информировали, что у них тимпаносклероз был связан и берет начало с острым средним отитом или экссудативним средним отитом. Подобные симптомы возникали также у 29 пациентов (43,9%) после начала ОРЗ. 2 (3,03%) больных связывают тимпаносклероз с полученными травмами барабанной перепонки и у 3,03% больных связывают данное заболевание с шунтированием барабанной перепонки, а у 7,33% пациентов при анамнезе выяснилось, что причина заболевания ни с чем не связана. У 2 больных (3.0.3%) мы выявили значимый анамнестический факт, а именно признаки тимпаносклероза появившиеся во время беременности.

Заключение. Собственные исследования показывают, что у больных с тимпаносклерозом основной этиологическим фактором является заболевание среднего уха.

129

НАРУШЕНИЕ ФОЛЛИКУЛОГЕНЕЗА В ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДОВ ПРОГРАММ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Музаффарова М.Х., Ихтиярова Г.А., Орипова Ф.Ш.
Бухарский государственный медицинский институт, Бухара. Узбекистан.

Актуальность. Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) характеризуется эндокринологическими нарушениями; поэтому были исследованы полиморфизмы в генах, кодирующих половые гормоны или регуляторы их активности.

Цель исследования: определение прогностических критериев исходов программ ВРТ у женщин с бесплодием при СПКЯ на основе молекулярно-генетических предикторов нарушения фолликулогенеза.

Материалы и методы. Молекулярно-генетическое обследование проведено 125 женщин, из которых 1 группа - 45 женщин с первичным СПКЯ и бесплодием; 2 группа 46 женщин с бесплодием и СПКЯ при подготовке к ВРТ и 3 группа- 26 условно здоровые женщины.

Результаты. У больных с СПКЯ АА гомозигота или дикий тип аллельного генотипа гена CYP17A1 состовлял 36,8%, AG гетерозиготный генотип - у 48,1% больных, GG гомозиготный мутантный генотип встречался у 15,1% больных**.** В исследовании полиморфизм гомозиготного нормального или дикого АА генотипа гена CYP17A1 наблюдался у 45,0% больных МС+, в сравнении с МС- группой генотипа гена CYP17A1, где этот процент составил 26,1%, в третьей группе наблюдения этот процент был равен 40,4%. Кроме того, среди МС+ больных с СПКЯ показатель мутантная гомозигота GG генотипа полиморфизма гена CYP17A1 был низким и составил 11,7% в первой группе, 19,6% во второй группе и 13,5% в контрольной группе. Так же, разница встречаемости гетерозиготного генотипа (генотип AG) в первой и второй группе составила 9% и в этом показателе преобладали больные второй группы (54,3%), разница между показателями первой и контрольной группой составляла всего 3,2%, где преобладала первая группа.

Заключение. В результате исследования полученные данные позволяют определить прогноз течения СПКЯ и бесплодия, что приводит к улучшению качества жизни беременных и повышению результативности проводимых лечебных мероприятий своевременно.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ СТАТЕЙ
«Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии»

Журнал предназначен для пульмонологов, терапевтов, фтизиатров, врачей общей практики и смежных специальностей.

Для публикации принимаются статьи по проблемам респираторной медицины, организации пульмонологической и фтизиатрической помощи больным, медицинской реабилитации, фундаментальным исследованиям.

В журнале можно публиковать оригинальные статьи, обзоры, лекции, материалы съездов, конференций, диссертаций, а также информацию для практических врачей.

Материал должен содержать новые, ранее не опубликованные данные и соответствовать профилю журнала.

Редакционная коллегия журнала рецензирует все полученные материалы. Решение о включении статей и других материалов в очередной номер журнала принимает редакционная коллегия, которая оставляет за собой право производить сокращение и редакционные изменения рукописей.

Работы принимаются на русском и английском языках.

Требования к тексту:

- шрифт- Times New Roman, кегль 12;
- междустрочный интервал 1,15;
- поля: левое – 3 см, правое, верхние и нижнее – по 2 см;
- абзацный отступ – 1 см;
- нумерация страниц внизу и посередине;
- все аббревиатуры и сокращения автор должен расшифровать при первом употреблении в тексте.

Порядок оформления статьи:

- УДК, название (заглавными буквами) статьи, с новой строки – фамилия и инициалы автора(ов), с новой строки – полное название учреждения, город, страна;
- аннотации на русском, узбекском и английском языках (не более 150-200 знаков каждая), ключевые слова (5-10 слов);
- основной текст статьи – введение, цель исследования, материалы и методы, результаты, обсуждение, выводы и библиографический список;
- ссылки на авторов в тексте указываются в круглых скобках (Ф.И.О., год);
- статистическая обработка цифровых данных обязательна;
- графики и схемы не должны быть перегружены текстовыми надписями и должны иметь надписи;
- микрофотографии и фото могут быть черно-белыми;
- таблицы должны иметь название, быть компактными, наглядными, заголовки глав должны соответствовать их содержанию. Цифры должны соответствовать цифрам в тексте и быть обработаны статистически.

Объем оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, литературу и резюме, не должен превышать 8-10 страниц, обзоров и лекций – 10-15 страниц.

Список цитируемой литературы прилагается на отдельном листе и должен быть оформлен следующем образом:

- Источники приводятся в алфавитном порядке с указанием фамилий авторов и инициалов, вначале отечественные, затем иностранные.
- Полностью указываются названия книг, статей, журналов, место издания, год, тома и номера выпуска, страницы «от» и «до».
- За точность библиографии ответственность несет автор.
- Список цитируемой литературы не более 15, за исключением обзорных статей.

Статья должна быть отредактирована, представлена в двух экземплярах на одной стороне стандартного листа формата А-4, без рукописных вставок и помарок, а также в электронном варианте.

Необходимо предоставить акт экспертного заключения и **направление** учреждения. 2-ой экземпляр статьи, представляемой к публикации, должен быть с визой руководителя и подписан автором(ми).

При несоблюдении перечисленных правил статьи возвращаются авторам без рассмотрения.

Автор(ы) должен предоставить сведения для контакта: фамилия, имя, отчество, ученая степень, ученое звание, основное место работы, должность, контактные телефоны, e-mail, почтовый адрес.

Автор(ы) несет полную ответственность за достоверность приведенных фактов, цитат и прочих сведений, а также за использование данных, не предназначенных для открытой печати.

Редакция журнала надеется на плодотворное сотрудничество.

По всем вопросам обращаться к ответственному секретарю журнала Абдуганиевой Э.А. elnorahon@mail.ru; nata.gafner@mail.ru

TB-PRACTECAL ТАДҚИҚОТИ

- Дориларга чидамли сил касаллигига (ДЧС) - чалинган одамлар учун янада қисқа ва самаралироқ даволаш схемаларини топишдир.
- Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг 9-24 ойлик стандарт даволаш схемасига қиёсан бир нечта 6-ойлик фақат перорал тарзда қабул қилинадиган дорилардан иборат даволаш схемаларининг самарадорлиги ва ножўя таъсирларини ўрганиш.



ТАДҚИҚОТ БОШЛАНИШИ
ЯНВАР 2017

Тадқиқотда иштирок этиш мезонлари:
- Рифампицин дорисига тасдиқланган турғунлик
- 18 ёшдан юқори бўлган беморлар
- Беморнинг тадқиқотда иштирок этиш учун берган розилиги
- ОИВ статусидан қатъий назар

1 БОСҚИЧ ЯНВАР 2017
240та бемор, даволаш гуруҳлари

1. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид + Моксифлоксацин (BPaLM) **6 ой давомида** → **ЭНГ САМАРАЛИ ВА ХАВФСИЗ (2 БОСҚИЧ)**
2. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид + Клофазимин (BPaLC) **6 ой давомида** → **ШУНИНГДЕК, ЎЗ САМАРАДОРЛИГИНИ ВА ХАВФСИЗЛИГИНИ ИСБОТЛАГАН**
3. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид (BPaL) **6 ой давомида** → **ШУНИНГДЕК, ЎЗ САМАРАДОРЛИГИНИ ВА ХАВФСИЗЛИГИНИ ИСБОТЛАГАН**
4. Инъекцион дориларини ўз ичига олган стандарт даволаш схемаси **9-24 ой давомида**

2 БОСҚИЧ
НОЯБР 2020
301 та бемор, даволаш гуруҳлари

1. Бедаквилин + Претоманид + Линезолид + Моксифлоксацин (BPaLM) **6 ой давомида**
2. Инъекцион дориларини ўз ичига олган стандарт даволаш схемаси **9-24 ой давомида**

ТАДҚИҚОТНИНГ ДАСТЛАБКИ НАТИЖАЛАРИ

ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАР	НОЖЎЯ ТАЪСИРИ	Мувафақиятсиз ҳолат / ЎЛИМ
89%	20%	0 ҳолат
52%	59%	2 ҳолат

ТАДҚИҚОТ ТУГАШ ВАҚТИ
ДЕКАБР 2022

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги

MEDECINS SANS FRONTIERES
DOCTORS WITHOUT BORDERS

TB Practecal
Innovating MDR-TB Treatment

Министерство здравоохранения Республики Каракалпакстан

Республика ихтисослашган фтизиатрия ва пульмонология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент шаҳри

Республика фтизиатрия шифохонаси №2, Нукус шаҳри

Батафсил маълумот учун қуйидаги ҳаволага киринг: https://msf.org.uk/tb-practecal-ozbek