

Харьковском областном противотуберкулезном диспансере № 1. Группу больных отобрано с помощью ультразвукового исследования щитовидной железы больных с ко-инфекцией. У всех были изменены объем и/или структура щитовидной железы. В лечение был включен селенит натрия по 200 мкг/сут в течение интенсивной фазы лечения (60 доз) четырьмя противотуберкулезными препаратами I ряда с коррекцией при выявлении лекарственной устойчивости. Пациенты также получали высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ). В сыворотке венозной крови у всех пациентов до начала терапии и через 2 мес определяли уровни селена в лаборатории Synevo (Германия), а также содержание свободного тироксина, тиреотропного гормона гипофиза, антител к тиреоглобулину и тиреопероксидазе иммуноферментативным методом. Анализ результатов показал, что содержание селена в свободном кровотоке до лечения было ниже нормы у 50 % пациентов с ко-инфекцией. У 13 % больных отмечался аутоиммунный тиреоидит с характерной структурой щитовидной железы в виде ее неоднородности, общего снижения эхогенности с включением очагов повышенной эхогенности («мозаичности»), подтвержденный повышением титра антител к тиреопероксидазе. У 30 % пациентов отмечался субклинический гипотиреоз, который диагностировали при уровне тиреотропного гормона выше 4,31 мкМЕ/мл. Присоединение селенита натрия к стандартной терапии достоверно повысило уровень селена, свободного тироксина и нормализовало содержание ТТГ в свободном кровотоке, что свидетельствует о восполнении селенодефицита и усилении функциональной активности щитовидной железы под влиянием этого микроэлемента. Кроме того, под влиянием селенита натрия у больных с ко-инфекцией снизился титр антител к тиреопероксидазе, что подтверждает целесообразность применения селена для лечения больных с аутоиммунным тиреоидитом. Таким образом, стандартное лечение больных с ко-инфекцией при сопровождении его препаратом селена не только не привело к угнетению функции щитовидной железы, а и активизировало ее в результате восполнения дефицита селена. И это, несмотря на потенциальный ингибирующий тиреоидную функцию противотуберкулезных препаратов и ВААРТ (ламивудин, эфавиренц). У всех больных на фоне лечения улучшился комплаенс и отмечался регресс симптомов интоксикации и бронхо-легочного синдрома при полном отсутствии побочных реакций на селенит натрия.

Результаты исследования позволяют рекомендовать включение селенита натрия в комплексную терапию больных с ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ с тиреопатиями как препарата сопровождения антимикобактериальной терапии и ВААРТ.

The results of selenium inclusion in complex therapy of patients with co-infection tuberculosis/HIV

S.L. Matveyeva

Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

The goal of study was to estimate the result of selenium inclusion in complex therapy of patients with co-infection tuberculosis/HIV and thyroid pathology. The level of selenium in venous blood was low in 50 % of patients. In 13 % of patients autoimmune thyroiditis was diagnosed. Subclinical hypothyroidism was diagnosed in 30 % of patients. Using of selenium nitric in complex therapy of patients with co-infection and thyroid pathology improves the results of antituberculosis chemotherapy.

Key words: co-infection tuberculosis/HIV; thyroid gland; selenium nitric, results of antituberculosis chemotherapy. ■

Поширеність ВІЛ/СНІДу, вірусного гепатиту С та ко-інфекції ВІЛ/вірусний гепатит С у хворих на туберкульоз залежно від чутливості мікобактерій

Н.А. Мацегора, С.О. Полякова, М.Н. Єлісейдіс

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

На сьогодні проблема поєднаного перебігу туберкульозу (ТБ), ВІЛ/СНІД та вірусного гепатиту С (ВГС) стоїть однаково гостро як у розвинених країнах світу, так і в тих, що розвиваються, зокрема в Україні. Все більше населення охоплює цей патологічний процес з несприятливим прогнозом. Без адекватної терапії понад половина з них помирають протягом перших років захворювання, що пояснюється все частішим приєднанням до ТБ інших хвороб, що супроводжуються зниженням імунітету: ВІЛ/СНІД, ВГС. На підставі сказаного вище виникає велике зацікавлення у вивченні безпосереднього зв'язку лікарсько стійкого ТБ (ЛС) з ВІЛ/СНІД та ВГС.

Мета дослідження: на підставі ретроспективного вивчення особливостей перебігу ТБ та формування коморбідних станів (ТБ у поєднанні з ВІЛ/СНІД, ВГС та ко-інфекцією ВІЛ/ВГС) з'ясувати подальші напрями досліджень задля підвищення ефективності ранньої діагностики, своєчасного адекватного лікування та поліпшення прогнозу згаданого контингенту хворих.

Матеріали та методи. Для дослідження використано методи ретроспективного аналізу 390 медичних карток стаціонарних хворих, що перебували в КУ «Одеська обласна туберкульозна клінічна лікарня» в 2011–2013 рр. Встановлювали діагноз та призначали лікування відповідно до «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги хворим «Туберкульоз» № 1091 від 21.12.2012 року. Матеріали оброблено за методами варіаційної статистики.

Результати дослідження. Із 390 хворих у 253 (64,9 %) був тільки ТБ, у 100 (25,6 %) – ТБ/ВІЛ, у 26 (6,7 %) – ТБ/ВГС та в 11 (2,8 %) – ТБ/ВІЛ/ВГС. Встановлено, що у 184 (72,7 %) хворих тільки на ТБ був лікарсько чутливий ТБ (ЛЧ), а у 69 (27,3 %) – ЛС ТБ ($p < 0,05$). У 40 (40,0 %) на ТБ/ВІЛ був ЛЧ ТБ та у 60 пацієнтів (60,0 %) – ЛС ТБ ($p < 0,05$). Схожа картина була і з ко-інфекцією ТБ/ВГС: 10 (38,5 %) хворих мали ЛЧ ТБ та 16 (61,5 %) – ЛС ТБ. При обстеженні хворих з потрійною інфекцією ТБ/ВІЛ/ВГС виявили, що у 5 (45,5 %) з них був ЛЧ ТБ та у 6 (54,5 %) – ЛС ТБ ($p < 0,05$).

Висновки

1. Поєднання лікарської стійкості мікобактерій туберкульозу, ВІЛ/СНІД та ВГС визначають якісно новий стан хворих на ТБ.
2. Вірогідно вища питома вага ко-інфекцій ТБ/ВІЛ, ТБ/ВГС та потрійної інфекції ТБ/ВІЛ/ВГС спостерігається у хворих на лікарсько стійкий ТБ, на відміну від хворих на лікарсько чутливий ТБ.
3. Важливим та невирішеним завданням є оптимізація терапевтичного підходу до змішаної інфекційної патології: лікарсько стійкого ТБ, ВІЛ/СНІД та ВГС, оскільки це поєднання призводить до взаємного обтяжування перебігу кожної із хвороб.

Prevalence of HIV-infection, viral hepatitis C and co-infection of HIV/viral hepatitis C for patients with tuberculosis depending on the sensitiveness of mycobacteria

N.A. Matsegora, S.O. Polyakova, M.N. Yeliseidis

Odesa State Medical University, Odesa, Ukraine

Among 390 inspected patients it is educed, that for certain greater specific gravity of co-infection of TB/HIV, TB/VHC and triple infection of TB/HIV/VHC is determined for patients with drug resistance TB, unlike patients with drug sensible TB. ■

Низкая эффективность химиотерапии у детей в условиях широкого распространения лекарственной устойчивости возбудителя

Ю.Э. Овчинникова, Н.В. Корнева, А.А. Старшинова, И.Ф. Довгалик

ФГБУ «Санкт-Петербургский Научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, Санкт-Петербург, РФ

Увеличение количества контактов детей с больными туберкулезом с лекарственной устойчивостью микобактерий может стать одной из причин снижения эффективности лечения заболевания у них, прежде всего из-за контакта с больным туберкулезом с МЛУ/ШЛУ МБТ, который наблюдается у 60 % заболевших туберкулезом детей.

Цель исследования: изучить эффективность лечения туберкулеза органов дыхания у детей из контакта с больным туберкулезом при использовании стандартных режимов терапии.

Материалы и методы. Проанализирована эффективность терапии туберкулеза органов дыхания у 36 детей, имеющих в анамнезе контакт с больным туберкулезом, находившихся на обследовании и лечении в отделении детской фтизиатрии ФГБУ СПбНИИ фтизиопульмонологии в 2012–2013 гг. Для обследования детей использованы методы лучевой диагностики (обзорная рентгенография грудной клетки, многосрезовая компьютерная томография (МСКТ) и КТ-ангиография), диаскинтест® (ДСТ), комплекс серологических реакций, исследование промывных вод бронхов, мокроты на МБТ (посев на среду Левенштейна – Йенсена, микроскопия люминисцентная, ВАСТЕС MGIT 960), метод ПЦР. Пациенты разделены на две группы: I ($n = 17$) – дети из контакта с бактериовыделителем с сохраненной чувствительностью к противотуберкулезным препаратам; II ($n = 19$) – пациенты, имеющие контакт с больным туберкулезом со множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ/ШЛУ). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Office World Excel 2007 с использованием непараметрических методов и статистической значимости различий по U-критерию Манна – Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. В I группе в возрасте от 3 до 6 лет было 8 (47,1 %) пациентов, 7–14 лет – 9 (52,9 %). У всех детей выявлен туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 11 (64,7 %) случаев отмечено осложненное течение процесса. У пациентов II группы туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ) диагностирован в 12 (63,2 %) случаях, у 3 детей выявлен первичный туберкулезный комплекс и в 4 – вторичные формы – инфильтративный и очаговый туберкулез легких. Оценка динамики клиничко-рентгенологических данных к окончанию 2 мес терапии достоверных различий по группам не выявила и расценена положительной у 12 (70,6 %) больных I группы и у 11 (57,9 %) II ($\chi^2 = 0,626$; $p > 0,1$). У 4 детей II группы в 1,5–2 мес терапии потребовалось изменить режим лечения на IV в связи с бактериовыделением и МЛУ/ШЛУ. Статистически чаще отмечали положительную динамику в I группе (64,7 % по сравнению с 26,3 % во II; $\chi^2 = 5,355$; $p < 0,05$). Причиной низкой эффективности терапии туберкулеза у детей в обеих группах являлись прежде всего неразобоченность контакта с бактериовыделителем (30,6 % случаев), отсутствие сведений об источнике заражения (61,1 %) и поздняя диагностика туберкулеза.

Выводы. Использование стандартных режимов химиотерапии у ребенка из контакта с бактериовыделителем с МЛУ/ШЛУ неэффективно. Для повышения эффективности лечения детей необходима специфическая терапия в