

Лабораторные показатели пациентов с инфильтративным туберкулезом при постановке диагноза до начала терапии

Критерии	Среднее		t-критерий равенства средних		Разность средних	95% ДИ разности средних	
	группы пациентов		t	значимость (2-сторонняя)		нижняя граница	верхняя граница
	2-я	1-я					
γ-глобулины*	30,24	21,53	6,87	0,000	8,71	6,15	11,27
α ₂ -глобулины*	11,82	9,45	4,54	0,000	2,36	1,31	3,41
α ₁ -глобулины*	4,99	3,95	3,32	0,002	1,04	0,41	1,67
Сядерные нейтрофилы*	58,26	49,54	2,98	0,004	8,71	2,91	14,52
Лейкоциты*	7,73	6,55	2,46	0,016	1,17	0,23	2,12
Лимфоциты*	27,23	36,97	-4,23	0,000	-9,74	-14,32	-5,17
Альбумины*	40,02	52,72	-7,96	0,000	-12,70	-15,91	-9,49

Примечание. * — статистически достоверные отличия.

фильных лейкоцитов до начала терапии отмечался выше у пациентов 2-й группы, а лимфоцитоз — только у пациентов 1-й группы (см. табл.). При биохимическом анализе только во 2-й группе обращала внимание гипоальбуминемия с диспротеинемией (увеличением фракций α₁, α₂ и γ-фракций). Кроме того, усугублялось положение у пациентов 2-й группы, среди которых отмечалось бактериовыделение до начала терапии у 28 из 35 (80%), а в 1-й группе — у 25 из 82 (30,4%, p=0,007). Множественная лекарственная устойчивость во 2-й группе составила 50% (12 из 24), а в операционном материале после иссечения туберкулом — в 52,2% (35 из 67, у которых выделена культура МБТ).

Таким образом, сходная лекарственная устойчивость в обеих группах привела к формированию разных форм ТВ: туберкулемам — в 1-й группе и рас-

пространенной хронической — во 2-й группе. Учитывая, что при постановке диагноза все имели инфильтративный ТВ, значит, различия касались иммунной системы, что подтвердило нашу гипотезу об участии иммунной системы в исходе туберкулеза.

Выводы. У пациента в момент постановки диагноза инфильтративного туберкулеза при обнаружении лимфоцитоза можно предположить с большей долей вероятности формирование туберкулемы. При выявлении нейтрофильного лейкоцитоза, сопровождающегося диспротеинемией с увеличением фракций α₁, α₂ и γ, гипоальбуминемией, существует высокий риск формирования фиброзно-кавернозного туберкулеза. Для нивелирования этого эффекта необходимо применять патогенетическую (иммунотропную) терапию.

Формирование хронической плацентарной недостаточности у беременных с туберкулезом легких

А.В. Якимова¹, Л.А. Черданцева², А.П. Надеев¹, В.А. Шкурупий²

¹Новосибирский государственный медицинский университет;

²Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО РАМН

Введение. Среди инфекционных заболеваний туберкулез занимает второе ведущее место как причина смерти: от туберкулеза ежегодно умирает около 2 млн человек (Frieden T.R. et al., 2003). В развивающихся странах и в определенных областях индустриально развитых стран частота туберкулеза наиболее высока сре-

ди женщин и мужчин детородного возраста (Starke J.R., 1997). В Российской Федерации у женщин наблюдается возрастающий показатель заболеваемости туберкулезом в возрастном интервале 20–35 лет, причем на этот возраст приходится до 35%, в том числе на 20–28 лет — до 20%, всех выявленных больных (Омарова Х.М., 2000;

Белиловский Е.М. и др., 2003). Известно, что туберкулез является причиной ряда акушерских осложнений, таких как гестоз, невынашивание, несвоевременное излитие околоплодных вод, анемия и др.

Цель. Изучение особенностей формирования плацентарной недостаточности у беременных, страдающих туберкулезом.

Материал и методы. Всего было обследовано 108 беременных с доношенной беременностью. Для проведения морфологического исследования последа по критерию наличия или отсутствия туберкулоstaticеской терапии во время беременности были выделены следующие группы беременных: 1-я группа — пациентки, страдающие туберкулезом дыхательной системы, получавшие терапию туберкулоstaticескими препаратами во время беременности (25 человек); 2-я группа — пациентки, страдающие туберкулезом дыхательной системы, не получавшие терапию туберкулоstaticескими препаратами во время беременности (23 человека). В качестве группы сравнения были взяты пациентки с тяжелым гестозом, составившие 3-ю группу (40 человек). Второй группой сравнения послужили 20 беременных, не имевших такого осложнения беременности, как гестоз, и не страдавших туберкулезом, — 4-я группа (условно здоровые). У всех обследованных беременных возраст не превышал 27 лет. У большинства беременных туберкулез был диагностирован до беременности — у 29 (60,42%), во время беременности — у 19 (39,58%). Наиболее часто наблюдался инфильтративный и очаговый туберкулез легких — 23 (47,9%) и 17 (18,7%) беременных соответственно.

Результаты исследования. У беременных, страдающих туберкулезом, роды происходили достоверно раньше, чем у здоровых беременных, в среднем на 2 недели независимо от формы туберкулеза. Воспалительные изменения последа у пациенток, страда-

вших туберкулезом (1-я, 2-я группы), были обнаружены в 100% случаев и представлены в виде диффузного продуктивного воспаления (100% наблюдений). Достоверных различий между 1-й и 2-й группами выявлено не было. Гранулематозный базальный децидуит диагностирован в 4 случаях, однако окраска по Цилю–Нельсену на выявление микобактерий туберкулеза не дала положительного результата. В 4-й контрольной группе воспалительные изменения носили острый очаговый характер.

При морфологическом исследовании последа признаки хронической плацентарной недостаточности были выявлены у всех пациенток 1, 2 и 3-й групп в виде патологической незрелости плаценты в вариантах промежуточных дифференцированных ворсин и диссоциированного развития котиледонов. Гипотрофия плода была выявлена в 1-й и 2-й группах — 22 случая (45,8%). В 3-й группе новорожденных с гипотрофией было 14 (35%), ($p < 0,05$). При исследовании объемной плотности (Vv) цитотрофобласта и симпластических узелков, терминальных ворсин, бессосудистых ворсин, аксиальных, парацентральных и подтрофобластических капилляров терминальных ворсин, синцитиокапиллярных мембран имелись достоверные различия между группами больных туберкулезом и 4-й контрольной группой ($p < 0,05$).

Выводы. В основе развития хронической плацентарной недостаточности у беременных женщин, больных туберкулезом, лежат задержка созревания котиледонов с уменьшением доли терминальных ворсин, увеличением объема бессосудистых ворсин, снижение компенсаторно-приспособительных реакций, при этом масштабы этих изменений менее выражены у больных, получавших терапию, что может послужить основой для проведения противотуберкулезной терапии (Павлова М.В. и др., 2014).

Анализ туберкулиновой чувствительности у детей и подростков, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере

А.А. Бакиров, И.В. Титлова, М.М. Азаматова, Э.А. Даминов, О.М. Шукаева

Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер, г. Уфа

Введение. Проведен сравнительный анализ чувствительности диаскинтеста (ДСТ) и пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л (ПМ) у детей и подростков, состоящих на учете в ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» Минздрава Республики Башкортостан в 2013 году.

Материалы и методы. Проведен анализ туберкулиновых проб из амбулаторных карт 6436 детей в возрасте от 3 мес. до 17 лет из указанного контингента. Детей, наблюдаемых с активным туберкулезом в I группе учета (I группа ДУ), было 33 (0,5%); с риском рецидива туберкулеза (IIA и IIIB группы ДУ) —