



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ
ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ГОУ «ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО»



ИЛМИ ТИБ ДАР АСРИ XXI – НАЗАР БА ОЯНДА
МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА XXI ВЕКА – ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ
MEDICAL SCIENCE OF THE XXI CENTURY –
LOOKING TOWARDS THE FUTURE



Материалы международной научно-практической
конференции (67-ой годичной), посвященной 80-летию
ТГМУ им. Абуали ибни Сино и «Годам развития села,
туризма и народных ремёсел (2019-2021)»



ТОМ – II

29 ноября 2019
Душанбе (Dushanbe)

Использование электроножа для иссечения остроконечных кондилом перианальной области позволило достичь хороших результатов в 41 (91,1%) случаев. У 4 больных (8,8%) в ближайшие 3 месяца после операции отмечен рецидив заболевания. Рецидивные остроконечные кондиломы имели разрозненный характер, не образовывали большие конгломераты. Этим больным в амбулаторных условиях проводилось прижигание 33% раствором пергидроли. Результат хороший. У 1 больного в связи с возникновением рубцового процесса в перианальной области, с последующей стриктурой анального канала произведена повторная операция, при которой произведено иссечение рубцовой ткани. Принимая во внимание минимальную травматичность и минимизации риска рецидива заболевания при использовании электроножа у больных с остроконечными кондиломами, мы считаем данный способ наиболее приемлемым.

Выводы

1. Использование электрокоагулятора при остроконечных кондиломах перианальной области является одним из наиболее приемлемым способом операции.
2. При лечении больных остроконечными кондиломами наряду с применением электроножа, необходимо назначение противовирусных препаратов и проведение противовоспалительной терапии дистальных отделов толстой кишки.
3. При начальной стадии заболевания применение 33% раствора пергидроли для местной деструкции кондилом дает хороший эффект.

Список литературы

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. М.: Медицинская книга. 2001. 219-231 с.
2. Аполихина И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин. М.: Гэотар-мед. 2002. 112 с.
3. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М.: Медицинское информационное агентство. 2002. 734 с.
4. Ван Крог Г., Лейси Д., Гросс Г. Европейский курс по заболеваниям, ассоциированным с ВПЧ: рекомендации для врачей общей практики по диагностике и лечению аногенитальных бородавок // Инфекции, передаваемые половым путем. 2001. № 1. С. 5-12.
5. Васильев В.В., Богатырева И.И., Котова Л.К., Белавин А.С. Современные аспекты папилломавирусной инфекции урогенитального тракта (клиника, диагностика, лечение) // Инфекции, передаваемые половым путем. 1999. № 5. С. 20-26.

ВЛИЯНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РЕЖИМОВ ХИМИОТЕРАПИИ НА ТИРЕОИДНЫЙ ГОМЕОСТАЗ У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Матвеева С.Л.

Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Мультирезистентный туберкулез (МРТБ) остается глобальной проблемой здравоохранения во многих странах мира. Доля мультирезистентного туберкулеза составляет 10-30% среди вновь выявленных случаев и 20-70% среди рецидивов и неудачи лечения [3]. Лечение этих случаев требует 20-месячного режима химиотерапии, который включает 8 месяцев интенсивной фазы лечения. Препараты, применяемые для лечения МРТБ, могут вызвать ряд побочных реакций. Побочные эффекты на щитовидную железу наблюдаются не часто, но они могут встречаться при назначении этионамида (протионамида) и парааминосалициловой кислоты (ПАСК). Побочные реакции, вызываемые этими препаратами хорошо документированы, однако, часто их не учитывают. Данное исследование проводится как перспективное для освещения неясных ранее моментов проблемы в связи с тем, что изменения тиреоидного гомеостаза больных туберкулезом неблагоприятно влияют на результаты его химиотерапии [1,2].

Целью исследования является изучение побочного действия препаратов второго ряда, используемых при лечении МРТБ на функцию щитовидной железы.

Материалы и методы исследования. Клинические наблюдения проводились в Харьковском областном противотуберкулезном диспансере №1. Обследовано 120 пациентов с мультирезистентным туберкулезом. Диагноз был установлен при наличии резистентности микобактерий туберкулеза, выделенных из образцов мокроты больных, к изониазиду и рифампицину. Средний возраст больных составил $38,57 \pm 10,9$ лет, преобладали мужские субъекты (3:1). Пациенты получали индивидуальную химиотерапию с включением этионамида (или протионамида) и ПАСК. Исследование проводилось в соответствии с международными стандартами этических норм с использованием соответствующих протоколов и получения информированного согласия всех пациентов, включенных в исследование. Функциональное состояние щитовидной железы оценивали по результатам исследования эхоструктуры щитовидной железы и определения сывороточного уровня свободного тироксина (Т4) и тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) иммунобиологическим методом до начала терапии, а также в конце интенсивной фазы (ИФ) и в конце поддерживающей фазы (ПФ). Эти показатели были отобраны в соответствии с современными общепринятыми стандартами скрининга для выявления нарушений функции щитовидной железы. Субклиническую дисфункцию уровня ТТГ диагностировали при значении более 4,5 мкМЕд / мл даже при нормальном уровне Т4. Гипотиреоз делится на явное или субклиническое заболевания. Этот диагноз определяют на основании лабораторных анализов крови на ТТГ. Нормальный диапазон концентрации ТТГ падает между 0,45 - 4,5 мкМЕд/мл. У больных с субклиническим (биохимическим) гипотиреозом уровень ТТГ составляет 4,5 - 10 мкМОд / мл. Пациентов с уровнями более 10 мкМЕд / мл считают, что имеют явный гипотиреоз и должны лечиться медикаментозно. Щитовидную железу была исследована с помощью диагностического ультразвукового аппарата SSF-240а производства Toshiba Medical Systems (Япония). Статистическую обработку полученных данных осуществляли методом вариационной статистики с помощью стан-

дартизированного пакета расчетов Microsoft Excel XP. Вероятность разногласия средних значений определялась студентским тестом. Критический уровень значимости (P) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Выявлена патология щитовидной железы при исследовании ее структуры при помощи УЗИ; 4 (6,67%) – зобная трансформация щитовидной железы (в 2 случаях - узловая форма и в 2 - смешанная форма), у 64 (53,33%) - диффузно увеличенная щитовидная железа с наличием гипозоногенных микроузлов (1-6 мм) с окружающими экзогенными включениями и другие признаки диффузной патологии в виде зернистости (мозаичности) ее структуры, содержащие участки нормальной, повышенной и пониженной экзогенности, что характерно для аутоиммунного тиреоидита. Исследование уровня свободного тироксина показало его концентрацию на нижней границе нормы у больных туберкулезом в начале лечения ($12,71 \pm 0,98$ пмоль / л) с достоверным снижением этого гормона к концу интенсивной фазы ($10,43 \pm 0,85$ пмоль / л) и еще большим снижением после завершения лечения ($8,33 \pm 0,87$ пмоль / л) (табл. 1).

Таблица 1. - Тиреоидный гомеостаз у пациентов с мультирезистентным туберкулезом (МРТБ)

Критерий	Референтные значения	Перед началом лечения	В конце ИФ	В конце ПФ
Свободный Т4 (пмоль / л)	9,0 - 22,0	$12,71 \pm 0,98$	$10,43 \pm 0,85$ $P_{1,2} \geq 0,5$	$8,33 \pm 0,87$ $P_{1,3} \leq 0,5$
ТТГ(мкМЕд / мл)	0,45 - 4,5	$1,29 \pm 0,08$	$3,80 \pm 0,04$ $P_{1,2} \geq 0,5$	$5,8 \pm 0,14$ $P_{1,3} \leq 0,5$

Примечание. Статистически значимая разница ($p \leq 0,05$) между показателями: *до лечения и в конце ИФ;

** до лечению и в конце ПФ.

Средний уровень ТТГ увеличивался в конце фазы интенсивной терапии (с $1,29 \pm 0,08$ до $3,80 \pm 0,04$ мкМЕд / мл) с еще большим увеличением к концу лечения (до $5,8 \pm 0,14$ мкМЕд /мл). Полученные данные свидетельствуют о значительном ослаблении функции щитовидной железы у больных МРТБ под воздействием индивидуальной химиотерапии с включением этионамида и ПАСК. Полученные данные позволяют сделать вывод о подавляющем действии противотуберкулезных препаратов на гормональную функцию щитовидной железы больных мультирезистентным туберкулезом. Из 120 пациентов (81 мужчин и 39 женщин) у 30% развился клинический гипотиреоз, который был диагностирован за счет повышения уровня ТТГ и снижения уровня свободного Т4. У 4 больных (12,12%) развился зоб, один из которых - эутиреоидный и три - гипотиреоидных со снижением уровня свободного Т4 (в среднем до $6,11 \pm 1,32$) пмоль/л) и повышением уровня ТТГ в среднем до $11,0 \pm 1,43$ мкМЕд/мл). Гипотиреоз хорошо компенсировался 50 мкг эутирокса с нормализацией уровней гормонов: снижением ТТГ, в среднем, до $3,67 \pm 1,25$ мкМЕд / мл и увеличением свободного Т4, в среднем, до $11,43 \pm 9,14$ пмоль / л. Продолжительность развития зоба составляла в среднем 8 месяцев с диапазоном 6-13 месяцев (Таблица 1).

Наиболее заметными симптомами гипотиреоза были анемия, снижение сухожильных рефлексов, охриплость, отечность, слабость и запоры. Пациенты с клиническим гипотиреозом одновременно получали этионамид и ПАСК. Влияние противотуберкулезной химиотерапии на функцию щитовидной железы, особенно таких как этионамид (или протионамид) и ПАСК, было показано в ряде исследований и объяснялось снижением в системном кровотоке тироксин-связывающего белка, что приводило к уменьшению содержания гормонов щитовидной железы в крови. При анализе функции щитовидной железы другими авторами у больных МРТБ с периодом лечения 8 месяцев под влиянием ПАСК в 11% больных развивался гипотиреоз с эутиреозом, а 7,4% - зоб с гипотиреозом.

Чтобы компенсировать гипотиреоз, больным туберкулезом назначали L-тироксин в дозе 100 мкг в течение 4 недель, что приводило к уменьшению зоба и восстановлению функции щитовидной железы. После окончания курса химиотерапии они должны были отказаться от тироксина [9].

Субклиническое или мягкий (биохимический), гипотиреоз, также называемый ранним этапом гипотиреоза, является состоянием, при котором уровень тиреотропного гормона гипофиза (ТТГ) начинает увеличиваться в ответ на раннее снижение уровня Т4 в щитовидной железе. Однако анализы крови для Т4 все еще являются нормальными. Пациент может иметь легкие симптомы (как правило, легкую усталость) или они вообще отсутствуют. Ежегодно примерно 2-5% людей с субклинической щитовидной железой развивают открытый гипотиреоз [11]. Своевременное обнаружение нового случая субклинического гипотиреоза и его коррекция предотвращает возникновение явного гипотиреоза, укрепляет иммунитет и улучшает ответ на противотуберкулезную химиотерапию.

При сравнительном анализе эффективности лечения больных с МРТБ установлено, что патология щитовидной железы неблагоприятно влияет на результаты лечения. К концу интенсивной фазы химиотерапии в группе с тиреоидной патологией наблюдалось на 12,5% меньше больных с исчезновением клинической манифестации по сравнению с группой без патологии щитовидной железы. Количество больных с абациллированием мокроты к концу интенсивной фазы лечения в группе с тиреоидной патологией было на 11,64% больше, чем в группе без патологии щитовидной железы. В группе без тиреоидной патологии заживления деструкций в конце фазы интенсивной химиотерапии наступило у 9 больных, что на 14,44% выше при сравнении с группой патологии щитовидной железы, в которой к концу фазы интенсивной терапии деструкции зажили у 6 больных.

Выводы: Полученные данные демонстрируют негативное влияние патологии щитовидной железы на тяжесть течения и результаты лечения деструктивных форм мультирезистентного туберкулеза легких. Результаты сопоставимы с результатами других исследователей [4,5] и обосновывают необходимость своевременного выявления тиреоидной патологии и ее коррекции для повышения эффективности противотуберкулезной химиотерапии больных с МРТБ путем определения у них уровня в крови ТТГ каждые 6 месяцев согласно стандартного протокола.

Список литературы

1. Нужен ли скрининг тиреоидного статуса при туберкулезе легких? (Аналитический обзор литературы и результаты собственных наблюдений) / С.Л. Матвеева [и др.] // Туберкулез, легеневи хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2012. – №3 (10). – С. 86-95.
2. Матвеева, С.Л. Влияние функционального состояния щитовидной железы на состояние всех звеньев противотуберкулезного иммунитета / С.Л. Матвеева // Туберкулез, легеневи хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2016. – №1 (28). – С. 54-59.
3. Gandhi, N.R. Multidrug-resistant and extensively-resistant tuberculosis: a threat to global control of tuberculosis / N.R. Gandhi, P. Nunn, K. Dhida, H.S. Schaaf // Lancet. – 2010. – V.375. – P.1830-1843.
4. High rate of hypothyroidism among patients treated for multidrug-resistant tuberculosis in Lesotho / H. Satti [et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2012. – V.16(4). – P.468-472. doi:10.5588/ijtld.11.0615.
5. Modongo, C. Prevalence of hypothyroidism among MDR-TB patients in Botswana / C. Modongo, N.M. Zetola // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2012. – V.16(1)1. – P.1561-1562. doi:10.5588/ijtld.12.0403.

ОЦЕНКА МИКРОЭКОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЛЯМБЛИОЗОМ

Махамбетов К.О., Бекенова Ф.К., Ткачев В.А.

Кафедра внутренних болезней №1 НАО «Медицинский университет Астана», Республика Казахстан

Актуальность темы. Лямблиоз является одним из распространенных паразитозов в Республике Казахстан. Клинические проявления данной патологии характеризуются полиморфизмом, с преимущественным поражением пищеварительного тракта и развитием секреторной диареи. Это, безусловно, требует проведения оценки микрофлоры кишечника с целью коррекции выявленных дисбиотических сдвигов [1].

Цель исследования: Изучить характер и особенности дисбиоза кишечника у пациентов с верифицированным диагнозом лямблиоз.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования являются больные с клиническими проявлениями гастродуоденита лямблиозного генеза. Весь биологический материал (фекалий) был собран от пациентов, проживающих в г.Нур-Султан, обратившихся за помощью к терапевту и гастроэнтерологу. Группа пациентов с секреторной диареей включало 51 человек, страдающие лямблиозом. Средний возраст больных колебался в пределах 32±3,1 года, в большинстве случаев данный паразитоз диагностировался у женщин (68%).

Диагноз лямблиоз был выставлен на основании клинических проявлений болезни, эндоскопического исследования желудка и двенадцатиперстной кишки, а также обнаружения при микроскопическом исследовании кала и/или дуоденального содержимого вегетативных форм лямблии и их цист. В большинстве случаев (54%) вегетативные формы лямблии обнаруживались в кале, в 28% случаев - в дуоденальном содержимом. Микроскопическое подтверждение наличия вегетативных форм *Lambliа intesninalis* в дуоденальном содержимом и их цист в кале наблюдалось у 9 обследованных больных.

Особенностью течения данного заболевания является постоянная реинвазия возбудителя, которая способствует поражению различных отделов пищеварительного тракта [2]. В наших исследованиях в 23% случаев лямблиоз протекал в кишечной форме, билиарно-панкреатическая форма болезни была диагностирована у 8 пациентов, в большинстве случаев (61%) регистрировалась смешанная форма заболевания.

Результаты исследования и их обсуждение. Кишечная форма лямблиоза характеризовалась наличием в клинике синдромом гастроэнтерита и астенизацией больного. Синдром поражения ЖКТ проявлялся диспепсическими расстройствами (42%), периодически возникающими болями ноющего характера в эпигастрии и околопупочной области (37%), тошнотой (27%), а также диареей, которая наблюдалась у всех пациентов. Астено-невротический синдром, включающий слабость, быструю утомляемость, раздражительность, головные боли, головокружение, потливость, нарушение сна был выявлен у больных с лямблиозной инфекцией в 35% наблюдений.

Билиарно-панкреатическая форма у пациентов с лямблиозом проявлялась признаками хронического холецистита и панкреатита в виде болей, преимущественно локализующихся в правом подреберье и околопупочной области, усиливающихся при пальпации и связанные с нарушением диеты (52%); субиктеричности склер (27%), повышением уровня трансаминаз и амилазы крови (22%); картины застоя желчи в желчном пузыре и диффузных изменения паренхимы печени и поджелудочной железы по результатам ультра-звукового исследования (40%). Необходимо отметить тот факт, что у пациентов с секреторным генезом диареи в 23% случаев отмечалась сенсibilизация организма к продуктам жизнедеятельности паразита, что клинически выражалось необильной аллергической сыпью с преимущественной локализацией на верхних конечностях, лице и животе, а в общем анализе крови наблюдалась эозинофилия (18%).

Учитывая тот факт, что у всех пациентов с лямблиозом в клинической картине отмечалась диарея, целесообразно было изучить микробную экологию кишечника. Анализ микробного пейзажа больных с лямблиозом свидетельствуют о незначительном снижении уровня представителей облигатной микрофлоры (рисунок 1). Так, в общей группе пациентов в 63,2% и 45,4% случаев бифидобактерий и лактобациллы обнаруживались в допустимых значениях, тогда как лишь у 42,7% обследованных количество энтерококков было ниже 10⁵ КОЕ/г. Кишечная палочка с нормальной ферментативной активностью в значениях ниже нормальных показателей регистрировалась только в 31,6% случаев, при этом атипичных форм указанной бактерии в группе больных с лямблиозом не было выявлено. Заслуживает внимания факт отсутствия в содержимом толстого кишечника лиц с секреторным генезом диареи представителей рода кластридий, а также стафилококков.