

лись свищевые ходы. 20.10.2006 г. выполнена операция: Ревизия свищевого хода, иссечение некротических тканей области левого тазобедренного сустава. При гистологическом исследовании № 23038/41 : бесструктурные некротические ткани с очагами гнойного распада окруженные грануляционной тканью с наличием гигантских многоядерных клеток Пирогова – Ланханса. Заключение: Данная картина может соответствовать туберкулезу. Больная направлена на дообследование и лечение в туберкулезную больницу г. Старый Оскол, во внелечное отделение. 22.12.2006 г. на ЦВКК установлен диагноз: Туберкулезный коксит слева, артритическая фаза, активная стадия, осложненный свищами. Состояние после эндопротезирования (от 01.06.2006 г.). Состояние больной усугублялось сухим кашлем и одышкой. При рентгенологическом обследовании органов грудной клетки от 30.01.2007 г.: с обеих сторон в 10 сегменте определяются мягкоочаговые тени. 22.01.2007 г. получены посевы мокроты от 25.12.2006 г. рост 1 колонии микобактерий и от 26.12.2006 г. рост 2 колоний микобактерий. В этот же время получены посевы отделяемого из свищей от 22.12.2006 г. рост 1 колонии микобактерий и от 26.12.2006 г. рост 6 колоний. 22.01.2007 на ЦВКК установлен диагноз: Генерализованный туберкулез: Туберкулезный коксит слева. Состояние после эндопротезирования (от 01.06.2006 г.), осложненный свищами, МБТ (+). Диссеминированный туберкулез легких, фаза инфильтрации, МБТ (+).

Заключение: Анализ приведенных наблюдений свидетельствует о необходимости обязательной консультации специалиста по костно-суставному туберкулезу перед проведением оргоуносящей операции – тотального эндопротезирования суставов, во избежание возникновения генерализации туберкулезной инфекции.

ВЛИЯНИЕ ИММУНОКОРРЕКЦИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, УЧИТЫВАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ ИММУННОЙ И ФИБРИНОЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМ

Маслеников А.А., Оболонкова Н.И.

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород

В настоящее время доказано наличие взаимосвязи иммунной и фибринолитической систем, а также, что при ряде неспецифических заболеваний легких происходит угнетение системного фибринолиза и Т-клеточного звена иммунитета.

В ОГКУЗ «Противотуберкулезный диспансер» г.Белгород под наблюдением находились 108 больных туберкулезом в сочетании с атеросклерозом (различные формы ИБС), т.к. последний наиболее полно отражает процессы фибриногенеза. По результатам наблюдений, в ходе которых производилось исследование как иммунитета (определение Т и В лимфоцитов, рецепторов к

урокиназе на лимфоцитах, РБТЛ с ФГА, НСТ-тест, ЦИК), так и фибринолитической системы (определение фибринолитической активности, активности плазминогена, антиплазминовой активности, содержания антитромбина 3), все больные были разделены на две группы: реактивную и ригидную. В реактивную группу вошли те пациенты, у которых показатели иммунитета, фибринолитической активности, посредников их функциональной взаимосвязи создавали фон, противодействующий прогрессированию атеросклероза (в частности высокая активаторная активность крови, повышение содержания урокиназо-положительных лимфоцитов, низкий уровень фибронектина вследствие потребления его в иммунных и коагуляционных реакциях). Клинически у больных доминировали респираторный синдром и синдром интоксикации. В ригидную группу вошли лица с обратными изменениями указанных параметров или их отсутствием. Причем первую группу (37 человек) составили больные с остро прогрессирующим туберкулезом, а вторую – больные с хронизирующим течением заболевания (71 человек).

В качестве патогенетической терапии был использован метод параваскулярной лимфотропной иммунотерапии ПЛИТ. Внутри группы больные были разделены на две подгруппы. В первой группе эффективность лечения подгруппы с ПЛИТ составила 100%, у остальных – 74,4%. Во второй группе эффективность лечения подгруппы с ПЛИТ составила 81,3% и достоверно отличалась (в другой подгруппе – 67,3%).

Таким образом, в ходе исследований определены закономерности взаимосвязи фибринолитической и иммунной систем при туберкулезе. Доказана эффективность ПЛИТ, как при экссудативном варианте воспаления, так и преимущественно пролиферативной воспалительной реакции.

ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РЕСПИРАТОРНОГО ДИСТРЕСС-СИНДРОМА ВЗРОСЛЫХ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Михайловский А.М.

Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер

Остро прогрессирующие формы лекарственно-устойчивого туберкулеза сопровождаются неспецифическими изменениями респираторного отдела проявляющимися в частности острым респираторным дистресс-синдромом взрослых (ОРДСВ). Морфологическим проявлением ОРДСВ является диффузное альвеолярное повреждение (ДАП) с формированием в ряде случаев гиалиновых мембран.

Проведено патоморфологическое исследование 35 больных прогрессирующим диссеминированным туберкулезом легких (ДТЛ) и 104 пациентов с сочетанной патологией ТБ-ВИЧ.