

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
ГУ «Республиканский научно-практический центр
пульмонологии и фтизиатрии»
УО «Гродненский государственный медицинский университет»
РОО «Белорусское респираторное общество»

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ, КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

МАТЕРИАЛЫ
международной научно-практической конференции
«ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические,
клинические и социальные аспекты»

(г. Гродно, 29-30 октября 2015 года)



Гродно 2015

ПРОЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ПАЦИЕНТОВ С БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ

Ю. Ю. Панкратова, Е. А. Кравченко, В. В. Гуринович
УО «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность темы обусловлена широкой распространенностью, рецидивирующим течением спонтанного пневмоторакса (СП), возможным возникновением легочных и внелегочных осложнений. Предполагаемой причиной СП является буллезная эмфизема легких. Существует много причин развития буллезной эмфиземы, среди которых – дефицит альфа-1 антитрипсина, курение и, возможно, врожденная недифференцированная дисплазия соединительной ткани (ВНДСТ).

Цель: оценить выраженность проявлений синдрома ВНДСТ у пациентов с буллезной эмфиземой, осложнённой СП.

Материал и методы. В 2014 году в отделении торакальной хирургии 10-й ГКБ города Минска наблюдали 51 пациента по поводу эпизода СП. Среди них преобладали мужчины (80%). Средний возраст пациентов составил 38 ± 18 лет. Методом случайной выборки отобрали 24 человека в возрасте до 30 лет и обследовали их на наличие проявлений ВНДСТ. Средний возраст пациентов в выборке составил 24 ± 5 лет. Мужчин было 76%. Для первичной диагностики СП использовалась обзорная рентгенография органов грудной клетки. Буллезная эмфизема выявлялась при помощи компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК). У всех пациентов отсутствовало указание на перенесенный туберкулез легких в анамнезе. Изучали те проявления ВНДСТ, которые могли обнаружить без инструментальных методов исследования: изменения со стороны кожи, опорно-двигательного аппарата, глаз. Использовались опрос и клиническое исследование пациентов. Оценка фенотипических признаков ВНДСТ проводилась по критериям, предложенным Л.Н. Абакумовой в модификации Т. Т. Милковска-Димитровой. Главные критерии: плоскостопие, расширение вен, гипермобильность суставов, нарушение зрения, деформация позвоночника и грудной клетки, увеличение растяжимости кожи. Второстепенные критерии: аномалии зубов, вывихи и подвывихи суставов, птеригодактилия.

Легкая степень ВНДСТ определялась при наличии двух главных признаков. Средняя степень – при наличии трех главных и двух-трех второстепенных (трех-четырёх главных и одного-двух второстепенных). Тяжелая степень ВНДСТ устанавливалась при наличии пяти главных и трех второстепенных критериев.

Результаты. Астенический тип конституции имели 40%. Индекс массы тела (ИМТ) составил в среднем $18,8 \pm 1,4$. При этом ИМТ у девушек был достоверно ниже ($t=3,4$; $p<0,05$). Рецидивирующий СП наблюдался у 56% обследованных. При этом КТ ОГК им выполнялась только во время повторной госпитализации для уточнения диагноза (причины СП) и выбора тактики дальнейшего лечения. Регулярными курильщиками являлись 60% пациентов, все они были мужчины. Рецидивы СП наблюдались у 58% курящих пациентов (критерий Краскела-Уолиса составил $N=5,2$; $p<0,05$).

По данным КТ ОГК, буллезная эмфизема локализовалась преимущественно (в 88% случаев) субплеврально в области верхушек легких (чаще в первом сегменте). Чаще наблюдалась односторонняя локализация булл. Преобладала правосторонняя локализация пневмоторакса (88%), что соответствует литературным данным. Клинические проявления ВНДСТ были диагностированы у всех пациентов со СП (рисунок 1) и имели разную степень выраженности. Чаще выявлялась средняя степень выраженности ВНДСТ.

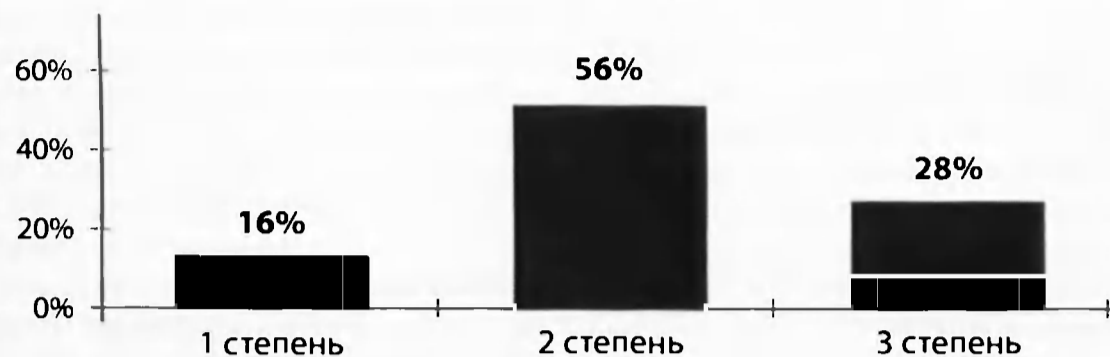


Рисунок 1 – Распределение пациентов с первичным СП в зависимости от степени выскренности ВВДСТ

Основными проявлениями ВВДСТ были деформации позвоночника (44%) и грудной клетки (20%), гипермобильность суставов (20%), клинодактилия мизинцев (8%), плоскостопие (8%), гипотония и гипотрофия мышц (30%), патология зрения (80%), голубые склеры (8%), бледность кожных покровов (32%), повышенная растяжимость кожи (28%), нежная кожа (20%), выраженный венозный рисунок (12%), нарушения пигментации кожи (8%).

Заключение:

У всех пациентов со СП имеются проявления ВВДСТ. Преобладают нарушения средней степени тяжести.

Из клинических проявлений ВВДСТ преобладают изменения опорно-двигательного аппарата и нарушение зрения.

Пациентам с пневмотораксом в анамнезе необходимо отказаться от курения, особенно при наличии ВВДСТ.

КТ ОГК необходимо выполнять всем пациентам с впервые жизни развившимся пневмотораксом для уточнения диагноза и выбора дальнейшей тактики лечения, в т.ч. с целью профилактики рецидива.

Необходимо комплексное обследование пациентов со СП для выявления проявлений ВВДСТ и последующей профилактики возможных осложнений.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ СПЕКТР ВОЗБУДИТЕЛЕЙ, ОБУСЛОВИВШИХ ИНФИЦИРОВАНИЕ / КОЛОНИЗАЦИЮ, У ПАЦИЕНТОВ С ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

И.А. Горбич

О «Белорусский государственный медицинский университет», г. Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Внебольничная пневмония в виду высокой распространенности, тяжести и полиэтиологичности относится к наиболее частым заболеваниям человека. Эксперты ВОЗ свидетельствуют, что более 10% всех госпитализаций пациентов с острой патологией обусловлены пневмонией, причем, в последние годы отмечается рост заболеваемости среди молодежи и возрастание летальности при этом заболевании.

Цель. Выявление и идентификация инфекционных агентов, колонизирующих верхние отделы дыхательных путей, а также спектра возбудителей, вызвавших развитие внебольничной пневмонии.

Материал и методы. В настоящее исследование было включено 646 изолятов, полу-

