

**РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ФТИЗИАТРОВ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ НАУЧНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ ТУБЕРКУЛЕЗА»**

**НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКЕ И  
ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ**

*СБОРНИК ТРУДОВ РОССИЙСКОЙ научно-практической конференции  
молодых ученых С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ, посвященной  
ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ*

**Москва 2015**

**Председатель оргкомитета- А.Э. Эргешов директор ФГБНУ «ЦНИИТ»,  
д.м.н., профессор**

**Оргкомитет:**

**О.В. Демихова – заместитель директора по научной работе, д.м.н., проф.;**

**О.Г. Комиссарова - заместитель директора по научно-лечебной работе,  
д.м.н.;**

**Л.И. Русакова – ученый секретарь, д.м.н.;**

**Н.Н. Макарьянц – ведущий научный сотрудник отдела дифференциальной  
диагностики туберкулеза и экстракорпоральных методов лечения, д.м.н.;**

**М.В. Буракова – председатель Совета молодых ученых;**

**А.С. Полякова – заместитель председателя Совета молодых ученых;**

**О.Ю. Никитина – начальник отдела делопроизводства.**

В динамике лечения установлено, что после 60 доз у больных гр. 2 прекращение бактериовыделения наблюдалось в 93,6% случаев, у больных гр. 1 – в 74,4%, что указывает на эффективность инъекционного введения противотуберкулезных препаратов пациентам с GSTM-null и GSTT1-null генотипом.

**Выводы.** Генотип GSTT1-null / GSTM1-null достоверно не влияет на лечение больных ВДТБ, а применение парентерального введения противотуберкулезных препаратов в интенсивной фазе лечения приводит к уменьшению срока пребывания пациентов в стационаре и более быстрому выздоровлению.

## **ДИСБАКТЕРИОЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

**Тодорико Л.Д., Подвербецкая Е.В., Шаповалов В.П., Шершнева В.В.**

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы

**Актуальность.** Микрофлора кишечника несет большую функциональную нагрузку, обеспечивая защитную, антигенстимулирующую, пищеварительную, детоксикационную функции. Вследствие сложных иерархических механизмов взаимодействия представителей микробиоценоза в экосистеме кишечника поддерживается относительно стабильное равновесие, которое может легко нарушаться под воздействием неблагоприятных факторов. Любые нарушения качественного и количественного состава микрофлоры, то есть развитие дисбактериоза, соответственно ведет к снижению или полной утрате той или иной функции микробиоты. Доказано, что дисбактериоз толстого кишечника (ДТК) приводит к поддержанию, а иногда и прогрессированию, воспалительных процессов различного инфекционного генеза, возможно и туберкулеза.

**Цель исследования.** Изучить состояние микробиоценоза кишечника и клинические проявления его нарушения у больных впервые диагностированным туберкулезом (ВДТБ) легких до начала лечения противотуберкулезными препаратами.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения поставленной цели было обследовано 40 больных ВДТБ, которые вошли в основную группу 1, и 30 практически здоровых лиц (ПЗЛ), которые составили контрольную группу 2. Всем обследуемым проводили микробиологическое исследование кала на дисбактериоз. Забор кала проводился утром до начала приема противотуберкулезных препаратов. Образец доставлялся в лабораторию не позже 2 часов после забора.

Абсолютное количество микроорганизмов выражалось в десятичном логарифме колоний образующих единиц на 1 г испражнений. Степени дисбактериоза определяли согласно классификации И.Б. Кулаевой и К.С. Ладодо (1991 г.).

**Результаты исследования.** При проведении детального опроса больных было установлено, что на момент постановки диагноза туберкулеза в группе 1 жалобы со стороны желудочно-кишечного тракта присутствовали в 77,5 % случаев. Чаще всего больные жаловались на метеоризм – 72,5 %, дискомфорт в животе – 62,5 % и изменение консистенции и частоты стула – 57,5 % ( $p \leq 0,05$ ). 25 % больных отмечали разжижение и увеличение частоты стула, несколько чаще (32,5 %) были отмечены запоры, в некоторых случаях с чередованием с диареей. В 10 % случаев (4 больных) была отмечена периодическая тошнота и у 7,5 % (3 больных) – периодические боли в животе, связанные с выраженным метеоризмом. У значительной части больных туберкулезом наблюдалось 2 и более симптомов одновременно (72,5 %).

В группе ПЗЛ лишь у 10 % (3 обследуемых) случаев наблюдались жалобы на периодический дискомфорт в животе или незначительный метеоризм. Таким образом, клинические проявления дисбиоза достоверно чаще

встречаются у больных ТБ легких, чем у среднестатистической относительно здоровой популяции населения ( $p \leq 0,05$ ).

Полученные результаты микробиологического анализа кала полностью подтвердили клинические проявления дисбактериоза. Дисбиотические нарушения в группе 1 выявлены у 92,7 % больных с преобладанием нарушений II и III ст. У 12,5 % больных дисбактериоз не сопровождался клиническими проявлениями. Нормальные показатели микрофлоры кишечника наблюдались лишь у 7,5 % случаев. ДТК I ст. наблюдался в 20 % случаев, ДТК II ст. – в 42,5 % и ДТК III ст. – в 30 % больных. В контрольной группе в 13,3 % обследуемых был диагностирован ДТК I ст.

**Выводы.** У больных впервые диагностированным туберкулезом легких дисбактериоз толстого кишечника был диагностирован у 92,7 % пациентов, из них в 77,5 % случаев дисбактериоз сопровождался клиническими проявлениями. Преобладали дисбиотические нарушения II и III степеней – 45,2 % и 30 % случаев соответственно против 20 % случаев дисбактериоза I степени ( $p \leq 0,01$ ). Дисбактериоз толстого кишечника и его клинические проявления вероятно чаще встречаются у больных туберкулезом легких еще до начала лечения противотуберкулезными препаратами, нежели у практически здоровых лиц ( $p \leq 0,05$ ).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости внедрения назначения пре- и пробиотиков всем больным туберкулезом в качестве профилактики и лечения дисбактериоза толстого кишечника.