

drug sensitive status. Of these 340 patients, 193 (56.8 %) experienced good treatment outcomes while 39 (11.5 %) failed treatment, 38 (11.2 %) had missing outcome data, 34 (10.0 %) died, 30 (8.8%) defaulted, and 6 (1.8 %) transferred out. Among patients with poor treatment outcomes, 25 (24.3 %) were HIV positive compared to 18 (9.4%) with good outcomes ( $p < 0.001$ ). Median time to ART initiation was 53.0 days for patients with poor outcomes (IQR 34.0–63.0) vs 36.5 days (IQR 33.5–43.0;  $p = 0.24$ ) for those with good outcomes. Patients with poor outcomes were also more likely to have alcohol use disorder (23.3 % vs 13.5 %;  $p < 0.04$ ), be homeless (3.9 % vs 0.5 %;  $p < 0.05$ ), or have baseline smear positive disease (56.9% vs 43.8 %;  $p = 0.04$ ).

After adjusting for possible confounders, we found that patients with HIV (OR 3.97; 95 % CI 1.94–8.14;  $p < 0.0002$ ), alcohol use disorder (OR 1.97; 95 % CI 1.03–3.75;  $p < 0.04$ ), and smear positivity (OR 1.82; 95 % CI 1.09–3.06;  $p < 0.02$ ) were at increased risk of poor TB outcomes. We also found that these three predictors only accounted for 36 % of the poor outcomes.

**Conclusions.** We found relatively low rates of treatment cure and completion for drug sensitive TB in Kyiv Oblast of Ukraine. Numerous opportunities exist for interventions to reduce risk of poor outcomes in the most vulnerable populations and improve TB treatment outcomes.

УДК 616-002.5-08

## Направления современной терапии перикардита туберкулезной этиологии

**А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов**

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Туберкулезный перикардит — частное проявление внелегочного туберкулеза. Пункционная частичная эвакуация гидроперикарда и коррекция системной противотуберкулезной терапии в условиях отсутствия местной санации полости перикарда позволяют ликвидировать накопление жидкости, но не предотвращают облитерацию полости перикарда и формирование панцирного сердца.

**Цель работы** — повышение эффективности терапии гидроперикарда туберкулезной этиологии.

**Материалы и методы.** Мы наблюдали 8 больных туберкулезом легких в возрасте от 22 и 34 лет с выпотным перикардитом туберкулезной этиологии. Накопление жидкости в полости перикарда происходило медленно, не сопровождалось бурными рефлекторными реакциями. При УЗИ перикарда надчревным доступом и через 4-е межреберье слева от грудины выявлена жидкость в полости перикарда. Наибольшая ширина полоски жидкости гидроперикарда была в систолу и составила в проекции 4-го межреберья слева от грудины 6 см, в надчревной области не превышала 2 см. У 4 больных при УЗИ выявлены признаки «волосатого сердца».

В связи с угрозой декомпенсации правожелудочковой сердечной недостаточности выполнена пункция перикарда в точке наибольшей ширины полоски жидкости гидроперикарда в 4-м межреберье слева от грудины, которую намечали под УЗИ-контролем. Удаляли от 100 до 300 мл жидкости, у 2 больных она была желтой и прозрачной, у 6 — вида «мясных помоев». Критерием для прекращения эвакуации гидроперикарда было появление у врача субъективного чувства царапанья пункционной иглы об эпикард. Процедуру заканчивали внутривнутриперикардальным введением 1 г стрептомицина и 1 г тубазида. Осложнений не было.

При бактериологическом исследовании перикардального выпота микобактерии туберкулеза не обнаружены ни в одном случае. У двух пациентов, несмотря на исчезновение жидкостного компонента перикардита, через 6–8 мес развилось панцирное сердце с декомпен-

сацией правожелудочковой сердечной недостаточности: развитие ортостатического коллапса, гепатомегалии, асцита, отека нижних конечностей. У них выполнено перикардэктомии из sternотомического доступа. Во время операции выявлена полная облитерация полости перикарда, листки перикарда утолщены, местами до 15 мм. Уже во время операции отмечены положительные изменения центральной гемодинамики. При гистологическом исследовании удаленного перикарда выявлены признаки хронического неспецифического воспаления. Посев операционного материала на среду Финна-2 и Левенштейна–Йенсена выявил рост микобактерий туберкулеза, в обоих случаях устойчивых к препаратам основного ряда (HRZES), что позволило провести коррекцию противотуберкулезной терапии.

**Обсуждение.** Таким образом, пункционный способ не позволяет произвести полную эвакуацию гидроперикарда. В результате выпадения фибрина в оставшейся перикардальной жидкости достаточно быстро формируется «волосатое», а затем и «панцирное» сердце. Выделение микобактерий из перикардальной жидкости наблюдается редко. Отсутствие сведений о лекарственной резистентности возбудителя не позволяет своевременно проводить адекватную терапию туберкулеза. Возможно, показано раннее хирургическое лечение в объеме открытого дренирования полости перикарда надчревным доступом с визуальным осмотром полости перикарда и прицельным взятием с измененных участков ткани для биопсии. Последующее гистологическое и бактериологическое исследования с использованием молекулярно-генетических методов и посева на жидкие среды позволят увеличить частоту и уменьшить сроки идентификации возбудителя, определить лекарственную резистентность, своевременно провести коррекцию терапии, улучшить результаты лечения. У данной категории больных целесообразно использовать не только системную противотуберкулезную терапию, но и длительное местное внутривнутриперикардальное введение препаратов, включая растворы противотуберкулезных средств и протеолитических ферментов.