

ЛНЗ ≥ 20 мг/л. Параллельное тестирование сывороток пациентов в альтернативных вариантах ИФА продемонстрировало высокую степень соответствия между результатами, подтвердив точность измерений.

Выводы. Разработаны варианты ИФА для количественного определения ЛНЗ в сыворотке человека. Объем образца – 0,1 мл, время анализа – 1,5 ч. Фармакокинетическое исследование двух пациентов подтвердило адекватность разработанного метода для проведения терапевтического мониторинга препарата.

ВЕТУШКО Д.А.¹, ЖАВОРОНОК С.В.², ЯЦКЕВИЧ Н.В.¹, СОЛОДОВНИКОВА В.В.¹, ГЛИНСКАЯ Т.Н.¹

13. ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ С, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ: ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТА ПРИ КОИНФЕКЦИИ

¹ ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии», Минск, Республика Беларусь

² УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Республика Беларусь

Цель. Оценить эффективность лечения пациентов с коинфекцией: ЛУ-ТБ/ВИЧ/ВГС при единовременном применении противотуберкулезных лекарственных препаратов (ПТЛП), антиретровирусной терапии (АРВТ), противовирусного лечения гепатита С препаратами прямого противовирусного действия (ПППД).

Материалы и методы. Пациенты с ко-инфекцией ЛУ-ТБ/ВИЧ/ВГС – 108 человек. Эффективность лечения оценивалась: для ЛУ-ТБ – по конверсии мокроты на 1–2 месяце лечения и развитию нежелательных явлений (НЯ), для ВГС – по достижению устойчивого вирусологического ответа (УВО) в срок 12 недель; для ВИЧ-инфекции – по содержанию CD4+ лимфоцитов и концентрации РНК ВИЧ в плазме крови. Группа сравнения (ретроспектива) – 53 пациента с тремя коинфекциями, не получавшие ПППД, сопоставимая по полу и возрасту.

Результаты. Схемы противотуберкулезного лечения включали эффективные ПТЛП (бедаквилин, линезолид, клофазимин, циклосерин, фторхинолоны или даламанид, претоманид). С учетом БЛВ для АРВТ использовались долутегравир, тенофовир, эмтрицитабин или ламивудин. В схему лечения ВГС у 80 (74,1%) пациентов были включены софосбувир и даклатасвир, у 28 пациентов (25,9%) софосбувир и велпатасвир. Курс приема ПППД составил 12 недель. Период наблюдения – 6 месяцев. Завершили лечение ВГС 105 пациентов (97,2%), УВО12 достигнуто в 100%. Токсический гепатит в ретроспективной группе развивался в 32% случаев. Эффективность лечения ВИЧ-инфекции достигнута у 91,4% пациентов, в группе сравнения – у 69,8% (из-за перерыва в лечении, токсического гепатита), $\chi^2 = 5,8$; $p < 0,05$. Эффективность лечения ЛУ-ТБ по конверсии мокроты на 1–2 месяце

лечения составила 82,8%, в группе сравнения 46,8%, $\chi^2 = 11,3$; $p < 0,001$.

Выводы. Одновременное лечение трех коинфекций (ЛУ-ТБ/ВИЧ/ВГС) позволяет избежать развития токсического гепатита, демонстрирует удовлетворительную переносимость терапии и более высокую эффективность по сравнению с последовательным лечением названных инфекционных заболеваний.

ВЕШКУРЦЕВА И.М.^{1,2}, ИЗВИН А.И.¹, ОРТЕНБЕРГ Э.А.¹, РУДЗЕВИЧ А.В.², РЕБЯТНИКОВА М.А.²

14. ОТОГЕННЫЕ И РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

¹ ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Тюмень, Россия

² ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №2», Тюмень, Россия

Цель. Изучить структуру возбудителей внутричерепных осложнений (ВЧО) при ЛОР-патологии у взрослых пациентов.

Материалы и методы. Анализ структуры микрофлоры, выделенной из материала (ликвор, операционная рана, кровь) пациентов с ВЧО за период 2010–2024 гг. и их чувствительности к антибактериальным препаратам (АБП).

Результаты. В исследование включены 111 случаев ВЧО (70,2% – вторичный менингит, 4% – абсцесс/эмпиема головного мозга, в 2,4% – тромбоз церебральных венозных синусов, 12,9% – сочетанное поражение головного мозга, сепсис); было проведено 322 микробиологических исследования клинического материала, положительные результаты получены в 39,7% случаев. В структуре возбудителей ВЧО ведущие позиции (по 25,8%) заняли *Streptococcus* spp. (в 61,2% случаев представленные *S. pneumoniae*), и *Staphylococcus* spp. (из них 61,2% – КНС). Представители порядка *Enterobacterales* выделены в 14,3% случаев, *Acinetobacter* spp. – в 9,2%, *Enterococcus* spp. – в 8,3%, анаэробы – в 12,5%. В единичных случаях высевались *H. influenzae* и *L. monocytogenes*. Отмечена высокая чувствительность *Streptococcus* spp. к бета-лактамам АБП, уровень устойчивости КНС к цефоспектину составил 42,1%, MRSA изолятов выявлено не было. Резистентность *Enterococcus* spp. к ампициллину и гентамицину составила 81,8%. Энтеробактерии, представленные главным образом *K. pneumoniae* (47,1%), в 64,7% случаев были продуцентами БЛРС, в 35,3% случаев – устойчивы к карбапенемам. Резистентность *Acinetobacter* spp. составила к меропенему/имипенему – по 63,6%, амикацину и ципрофлоксацину – по 81,8%. У пациентов с летальным исходом (14,4%) в структуре возбудителей преобладали энтеробактерии (46,9%), в том числе с продукцией БЛРС (75%) и устойчивостью к карбапенемам (25%), что требовало назначения комбинированной системной противомикробной терапии (СПМТ).