



Департамент здравоохранения г.Москвы
ГКУЗ Московский научно-практический центр
борьбы с туберкулезом
Межрегиональная общественная организация
“Московское общество фтизиатров”



МАТЕРИАЛЫ ГОРОДСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «ИТОГИ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ГОРОДЕ МОСКВЕ»

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения города Москвы от 5 сентября 2013 г. № 946-р 14 и 15 ноября 2013 г. состоялась Городская научно-практическая конференция с международным участием «Итоги реорганизации противотуберкулезных учреждений в городе Москве».

В этом номере журнала, помимо отчета о конференции, вниманию читателей представлены поступившие в адрес Оргкомитета конференции тезисы, посвященные проблемам туберкулеза и ВИЧ-инфекции и образованию и подготовке кадров во фтизиатрии.

При подготовке публикации проведена только техническая редакторская правка; термины и дефиниции сохранены в авторской редакции.

Редакционная коллегия

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С КО-ИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ И ТУБЕРКУЛЕЗ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

С.А. Быков, А.И. Быкова

ГБУ Ростовской области «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями»,
ГБУ Ростовской области «Противотуберкулезный клинический диспансер», г. Ростов-на-Дону

Туберкулез (ТБ) является одной из грозных оппортунистических инфекций, развивающихся у больных ВИЧ-инфекцией на фоне прогрессирующей иммуносупрессии. На 01.09.2013 года в Ростовской области состоял на диспансерном учете 4871 больной ВИЧ-инфекцией, у 340 (7,0%) из них диагностирован ТБ. В структуре причин смерти, связанных с ВИЧ-инфекцией, ТБ занимает первое место и составляет 65,2%.

Своевременное назначение противотуберкулезной (ПТ) и антиретровирусной (АРВ) терапии является одним из основных факторов, определяющих продолжительность и качество жизни больных с коинфекцией ВИЧ и ТБ. Смертность по причине ТБ среди больных ВИЧ-инфекцией, получавших АРВ терапию, в Ростовской области в два раза ниже, чем среди больных, не получавших лечение ВИЧ-инфекции. Основной задачей АРВ терапии является быстрое снижение концентрации ВИЧ в крови до неопределяемого уровня, повышение количества CD4-лимфоцитов. Восстановление иммунного статуса на фоне АРВ терапии предотвращает развитие вторичных заболеваний, в том числе и ТБ.

На 01.09.2013 г. в Ростовской обл. комплексную терапию (ПТ и АРВ) получали 248 пациентов. В зависимости от уровня CD4-лимфоцитов, АРВ терапию назначали в срок от двух до восьми недель после начала ПТ лечения, когда переносимость ПТ препаратов можно было оценить как удовлетворительную. У 235 больных (95%) в схему ПТ лечения входил рифампицин, который как мощный индуктор цитохрома P450 снижает концентрацию в крови АРВ препаратов из групп ингибиторов протеазы и интегразы. В связи с этим ингибиторы протеазы у этих больных не применяли, а применение ингибитора интегразы было ограниченным из-за необходимости увеличивать дозу в два раза.

Цель исследования

Определить эффективность лечения и частоту побочных эффектов различных схем АРВ терапии у больных, получающих ПТ лечение.

Материалы и методы исследования

Отобрана медицинская документация 60 пациентов ГБУ Ростовской обл. «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями», получающих АРВ и ПТ терапию не менее 6 месяцев. В I группу (40 чел.) вошли больные, получавшие схему АРВ терапии, включавшую два препарата из группы нуклеотидных ингибиторов обратной транскриптазы (ЗНИОТ) и нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ЗНИОТ) – невирапин или эфавиренз; во II (20 чел.) – получавшие ЗНИОТ и ингибитор фузии (энфувертид).

Через 12 нед. лечения вирусная нагрузка ВИЧ снизилась до уровня менее 500 копий/мкл в I группе у 58% пациентов, во II – у 60%. Медиана прироста уровня CD4-лимфоцитов через 12 нед. лечения в I группе составила 58 кл/мкл, во II – 97 кл/мкл, а через 24 нед. – 112 кл/мкл и 162 кл/мкл, соответственно.

Таким образом, эффективность снижения уровня вирусной нагрузки в обеих группах оказалась практически одинаковой, однако медиана прироста числа CD4-лимфоцитов во II группе была выше, чем в I. Более высокая иммунологическая активность схем АРВ терапии с использованием энфувертида обеспечила достижение безопасного уровня CD4-лимфоцитов в более короткий срок, улучшив клинический прогноз у наблюдаемых пациентов.

Наряду с иммунологической и вирусологической эффективностью препаратов немаловажное значение имеет степень безопасности лекарственных средств, которая влияет, в том числе, на приверженность больного к терапии.

На фоне проводимой комплексной терапии (АРВ и ПТ) при приеме невирапина отмечено появление сыпи (4%) и проявлений гепатотоксичности (8%), эфавиренз – нарушения функции ЦНС (бессонница, головокружение, галлюцинации) (10%). При приеме энфувертида значимых побочных эффектов со стороны внутренних органов не выявлено, но в 30% случаев отмечены местные

реакции (боль и дискомфорт в месте инъекций), несмотря на которые 95% пациентов продолжили лечение.

Заключение

В комплексном лечении больных с коинфекцией (ВИЧ-инфекция и туберкулез) схемы терапии с использованием энфувертида показали более высокую имму-

нологическую эффективность и безопасность. Наши наблюдения свидетельствуют о целесообразности использования энфувертида в схемах АРВ терапии в случаях исходно низкого уровня CD4-лимфоцитов (менее 100 кл/мкл), а также с целью минимизации побочных эффектов комплексной терапии (АРВ и ПТ).

Быков Сергей Александрович, тел. +7 (863) 219-80-48, e-mail: bykov_s_a_63@mail.ru

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В ПРИГРАНИЧНЫХ РЕГИОНАХ СНГ

В.М. Коломиец¹, С.Б. Вольф², Д.Ю. Рузанов³, О.С. Шевченко⁴

Одним из важнейших противоэпидемических мероприятий является предупреждение распространения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (ВИЧ/ТБ). Особенно остро стоит вопрос о предупреждении ВИЧ/ТБ в приграничных регионах (ПР) СНГ, где имеет место интенсивная миграция населения.

Исследования по выявлению особенностей распространения коинфекции ВИЧ/ТБ в приграничных регионах (ПР) СНГ проводятся в рамках межвузовского сотрудничества в четырех ПР Российской Федерации, Украины и Республики Беларусь. Для этих ПР характерна высокая частота миграции населения, в т. ч. больных как ВИЧ-инфекцией, так и ТБ. Противотуберкулезные учреждения ПР должны оперативно обмениваться информацией о контингентах больных с целью проведения координированных противоэпидемических мероприятий по единым стандартам.

Эпидемическая ситуация в ПР СНГ как по ВИЧ-ассоциированному ТБ, так и по этим инфекциям в отдельности, далеко неоднозначна. Заболеваемость ТБ за анализируемый период наиболее высока в ПР Украины (68,1-49,8 случаев на 100 тыс. населения), в ПР Республики Беларусь этот показатель ниже (41,1-53,6), но тенденции к его снижению не наблюдается. Аналогична ситуация с распространением ВИЧ-инфекции, но в ПР России и Республики Беларусь отмечается ее рост. В этих же ПР наиболее неблагоприятен прогноз распространения ВИЧ-ассоциированного ТБ.

Во всех ПР большинство больных ВИЧ/ТБ (до 70%) составляли городские жители (включая и мигрантов). Преобладали мужчины (до 70%), возрастной состав заболе-

ших ВИЧ/ТБ тесно коррелировал с таковым заболевших ТБ: от 18 до 24 лет – не более 8% и до 50% больных – в возрасте 29-39 лет.

Характерной особенностью патогенеза ВИЧ/ТБ является почти одинаковые пути развития заболеваний: у 38,5-43,4% больных диагностирован вторичный ТБ, у 46,8-52,4% – ВИЧ-инфекция и ТБ выявлены одновременно и не более чем в 10% случаев ВИЧ-инфекция развилась на фоне ТБ. Хотя определить точно время инфицирования ВИЧ зачастую не представляется возможным, больных с наиболее вероятным сроком первичного инфицирования ВИЧ в последние три года было 72,5%.

В 50,5% случаев ВИЧ/ТБ выявлены при обращении больных за медицинской помощью с характерными жалобами, в 42,7% – при профилактических осмотрах, в 6,8% – при обследовании в лечебных учреждениях по различным причинам. При добровольном консультировании и тестировании на ВИЧ-инфекцию пациентов противотуберкулезных учреждений антитела к ВИЧ выявлены только в 2% случаев.

В клинической структуре ТБ у впервые выявленных больных при коинфекции ВИЧ/ТБ отмечены различия: в ПР Украины преобладали диссеминированные поражения (80,7%), тогда как в России – инфильтративный (41,2%) и фиброзно-кавернозный (12,1%) ТБ. Бактериовыделение было выявлено в 55,4-63,9% случаев. Лекарственная устойчивость микобактерий ТБ выявлена у 12% больных (в 21,8% случаев бактериовыделения). При этом, в преобладающем большинстве больных с запущенными и деструктивными формами ТБ выявляют среди мигрантов.

¹ ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России»

² Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

³ Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

⁴ Харьковский национальный медицинский университет, Украина

Из сопутствующих заболеваний наиболее часто регистрировали хронический гепатит (у 65% больных); достаточно характерны были анемия (у 21,6%), дефицит массы тела (10,9%). Наркомания была зафиксирована у 2,5%. Злоупотребление алкоголем выявлено у 17,4%, у 35,3% больных – интенсивное табакокурение (свыше 10 сигарет в день); курение и злоупотребление алкоголем одновременно отмечено у 20,6% больных.

У всех больных через 5-9 лет после инфицирования ВИЧ и при выявлении ТБ отмечали клинические проявления иммунодефицита и вторичных заболеваний: персистирующую генерализованную лимфаденопатию (14,8%), кандидозный стоматит (7,4%), гнойничковые заболевания (3,7%), опоясывающий герпес (3,7%). Саркома Капоши и цитомегаловирусная инфекция диагностированы в 6,7% случаев.

Клинические проявления у больных ВИЧ/ТБ, сравнительно с таковыми у пациентов только с ВИЧ-инфекцией, достоверно отличались более выраженными проявлениями интоксикационно-токсического, астено-вегетативного и бронхолегочного синдромов на всех стадиях ВИЧ-инфекции, кроме IVB и V.

У большинства умерших имели место поздняя диагностика ТБ (уровень CD4-лимфоцитов менее 200 кл/мкл отмечен у 91% умерших), отказ от антиретровирусной терапии (АРТ) или низкая приверженность к ней (сре-

ди умерших от ТБ принимали АРТ только 25% больных). Химиопрофилактику изониазидом прошли только 4,2% больных с ВИЧ-инфекцией.

Выводы

Поздняя диагностика ВИЧ/ТБ связана с клиническими факторами (часто встречались внелегочные формы ТБ, атипичное течение ТБ легких), поздним обращением за медицинской помощью, рядом организационных пробелов (недостаточный уровень знаний врачей о ТБ/ВИЧ, отсутствие согласованной работы фтизиатрических учреждений и центров СПИДа, недостаточная доступность дополнительных диагностических методов).

С учетом того, что больные ВИЧ-инфекцией составляют одну из приоритетных групп повышенного риска заболевания ТБ, необходимо шире использовать химиопрофилактику как основной метод предотвращения ТБ у этих пациентов. Целесообразно наладить обмен информацией об эпидемической ситуации в ПР для контроля нахождения больных на территории соседних государств, в т. ч. возросшего числа трудовых мигрантов. Необходимо сформировать рабочую группу по выработке рекомендаций по взаимодействию фтизиатрических и инфекционных учреждений трех стран между собой и с соответствующими миграционными и таможенными службами.

Коломиец Владислав Михайлович, тел. +7 (960) 690-97-52, e-mail: vlacom@mail.ru

РОЛЬ КАБИНЕТА ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В МЕГАПОЛИСЕ

А.В. Мишина^{1,2}, А.Е. Дитятков¹, В.Ю. Мишин², Н.Д. Ющук²

В филиале Московского научно-практического центра борьбы с туберкулезом по СВАО в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 29.12.2010 г. № 1224-н в 2012 г. создан кабинет фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией, в котором сконцентрированы все больные туберкулезом (ТБ) в сочетании с ВИЧ-инфекцией, наблюдающиеся в данном филиале.

Цель исследования

Организация и изучение практической работы кабинета фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией в

повышение качества диспансерного наблюдения и в повышении эффективности лечения данного контингента больных.

Материалы и методы исследования

В 2012 г. на диспансерный учет вновь созданного кабинета фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией, было взято 111 больных ТБ различной локализации с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции в возрасте 25-50 лет (86 мужчин и 25 женщин). В I группе диспансерного наблюдения (ГДН) наблюдали 68 (61,3%) больных, из них

¹ ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы»

² ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

с впервые выявленным ТБ 57 пациентов и с рецидивами заболевания – 11. ТБ внутригрудных лимфатических узлов диагностирован у 12 больных, генерализованный ТБ – у 23, диссеминированный ТБ легких – у 11, очаговый – у шести, инфильтративный – у 20, туберкулема у двух и фиброзно-кавернозный – у одного больного. Деструктивные изменения выявлены в 13,2% случаев (у девяти больных), выделение микобактерий туберкулеза (МБТ) – в 52,9% (у 36 больных), из них у восьми (11,7%) пациентов определена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) МБТ. Пациенты, наблюдающиеся в I ГДН, интенсивную фазу лечения проходили в стационаре, а фазу продолжения лечения – в строго контролируемых амбулаторных условиях. Во II ГДН наблюдали восемь больных с фиброзно-кавернозным ТБ легких с длительностью заболевания от трех до пяти лет и с выделением МЛУ МБТ. В III группе диспансерного учета состояли 35 пациентов с клинически излеченным ТБ легких, из них у 14 были малые посттуберкулезные изменения и у 21 – большие. Следует отметить, что из 111 больных 108 (97,3%) страдали наркоманией и хроническими вирусными гепатитами С и В, причем 70,3% пациентов не работали и относились к категории социально дезадаптированных лиц. Химиотерапию ТБ проводили в соответствии с Приказом Минздрава России №109 от 21.03.2003 г. Антиретровирусные препараты по консультации врача-инфекциониста Московского центра профилактики и борьбы со СПИДом назначены 54,1% больных.

Результаты исследования

В течение года работы кабинета произошло уменьшение контингентов I ГДН с 68 до 38 больных за счет клинического излечения и перевода в III ГДУ (15 чел.), перевода во II ГДН (5 чел.) и летального исхода у 15 больных. Все пациенты с летальным исходом отличались низкой приверженностью к лечению на стационарном и амбулаторном этапах, неоднократно самовольно прерывали лечение вследствие своей социальной дезадаптации. В III ГДУ наблюдали 35 больных, контингент которых состоял из оставшихся в ней 20 пациентов и 15 – вновь переведенных из I ГДН. Следует отметить такой положительный итог работы кабинета фтизиатрической помощи боль-

ным ВИЧ-инфекцией, как то, что 10 больных были сняты с диспансерного учета из III ГДУ по клиническому излечению с малыми посттуберкулезными изменениями и переведены под наблюдение учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Заключение

Создание кабинета фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией и концентрация в них больных ТБ с ВИЧ-инфекцией имеет определенное положительное значение в повышении эффективности диспансерного наблюдения за данным контингентом пациентов. Однако диспансерное наблюдение за этими больными в значительной степени осложнено необходимостью посещения сразу двух медицинских учреждений – фтизиатрического и инфекционного – для получения, соответственно, противотуберкулезной и антиретровирусной терапии, что необходимо более чем у 50% пациентов. В то же время концентрация этих больных под диспансерным наблюдением фтизиатра, имеющего специализацию по инфекционным болезням, позволяет организовать направление больных на стационарное и санаторное лечение, контролировать прием как противотуберкулезных, так и антиретровирусных препаратов при амбулаторном лечении и качественно проводить профилактическую работу в очагах ТБ инфекции. Для решения этих проблем, по нашему мнению, уже назрела необходимость в рекомендациях по созданию отдельной ГДН для больных ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией в противотуберкулезных диспансерах. Это организационное мероприятие сразу снимет много проблем с эпидемиологическим контролем, статистикой, диспансерным наблюдением, комплексным лечением и реабилитацией, в том числе с санаторным лечением, которого эти больные в настоящее время, по сути, лишены. Естественно, это потребует специализации фтизиатров по инфекционным болезням, но решит проблему наблюдения и индивидуального лечения данных пациентов у одного врача. Эти организационные мероприятия должны существенно снизить эпидемиологическую опасность больных ТБ с ВИЧ-инфекцией для здорового населения.

*Мишин Владимир Юрьевич, тел. +7 (910) 436-56-88, e-mail: mishin.vy@mail.ru
Дитятков Александр Елизарович, тел. +7 (916) 433-19-70, e-mail: dityatkov-ae@mnpcbt.ru*

ВЛИЯНИЕ СЛУЧАЕВ СОЧЕТАНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РЕГИОНЕ

В.В. Охтяркина, М.В. Лехляйдер

ГБУЗ «Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер»

ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России», г. Челябинск

В последние годы в России регистрируют значительный рост случаев туберкулеза (ТБ) в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Увеличение доли пациентов с коинфекцией существенно меняет перспективы, связанные с улучшением эпидемической ситуации по ТБ. Особенно значима эта проблема для регионов с высоким распространением ВИЧ-инфекции, к которым относится Челябинская область.

Цель исследования

Изучение вклада пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и ТБ в формирование показателя заболеваемости ТБ в Челябинской области.

Материалы и методы исследования

В задачи исследования входило определение доли больных с данной сочетанной патологией среди новых случаев ТБ в Челябинской области, выявление возраст-но-половых особенностей сочетанной патологии среди жителей городской и сельской местности. Использованы данные за 2008-2012 гг., рассчитанные на основании учетно-отчетных форм № 8 «Сведения о заболеваниях активным ТБ», № 61 «Сведения о контингентах больных болезнью, вызванной вирусом иммунодефицита человека» и № 263/у-ТБ «Карта персонального учета больных ТБ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией». Все данные интерпретированы без учета случаев заболевания в медицинских учреждениях ФСИН.

Результаты исследования

За пятилетний период доля пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и ТБ увеличилась приблизительно в два раза: с 9,6% в 2008 г. до 18,9% в 2012 г. Такая ситуация характерна как для мужчин, так и для женщин. Удельный вес больных с сочетанной патологией у мужчин увеличился в 1,9 раза: с 11,0% в 2008 г. до 21,1% в 2012 г., у женщин отмечено еще более значимое увеличение данного показателя (в 2,4 раза) – с 6,1% до 14,5%, соответственно.

Отмечено увеличение доли пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и ТБ практически во всех возрастных группах. Наиболее значимо повышение доли таких пациентов зарегистрировано в возрасте 25-44 лет. Напро-

тив, с 2010 г. регистрируется снижение доли больных в возрасте 18-24 лет. Это объясняется, с одной стороны, особенностями развития ТБ на фоне ВИЧ-инфекции, а с другой – уменьшением роли парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции. Значительный вклад пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и ТБ в возрасте 25-34 и 35-44 лет обуславливает выраженный сдвиг эпидемиологической кривой в сторону более молодого возраста. В то же время следует отметить, что изучаемый период характеризуется вовлечением в эпидемический процесс старших возрастных групп. Так, доля лиц в возрасте 45-54 лет увеличилась в 2,9 раза, 55-64 лет – в 4,5 раза. В 2012 г. среди больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и ТБ впервые зарегистрированы лица старше 65 лет. На наш взгляд, это является косвенным признаком расширения эпидемии ВИЧ-инфекции в регионе. Выявленные тенденции характерны как для мужчин, так и для женщин.

Удельный вес пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и ТБ стабильно выше в городской местности по сравнению с сельской. Однако увеличение их доли среди жителей села происходит значительно быстрее, чем среди жителей города: за анализируемый период доля пациентов с коинфекцией среди больных ТБ в городе выросла в 1,8 раза, в сельской местности – в 2,3 раза.

Заключение

В течение последних 5 лет значительно увеличилась доля больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и ТБ среди новых случаев ТБ. Данная тенденция характерна как для мужчин, так и для женщин, независимо от проживания в городской или сельской местности. Наибольшая доля пациентов с коинфекцией регистрируется в возрасте 25-44 лет, что значительно ухудшает прогноз заболеваемости ТБ в регионе, качественно меняет его характеристики. Выявленные закономерности, несомненно, требуют дальнейшего внимания и разработки целого комплекса управленческих решений для организации своевременного выявления, лечения и диспансерного наблюдения больных с сочетанием ТБ и ВИЧ-инфекции.

Охтяркина Валентина Вячеславовна, тел. +7 (912) 897-33-11, e-mail: optdlena@mail.ru

СПОСОБ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕДУЩЕГО ДИАГНОЗА ПРИ СОЧЕТАНИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ТУБЕРКУЛЕЗА ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ

Т.Е. Тюлькова¹, А.С. Корначев², Ю.П. Чугаев³

В настоящее время признаками, позволяющими определить приоритетность ВИЧ-инфекции при летальном исходе, являются истощение, аплазия лимфоидной ткани, ВИЧ-энцефалит, а ориентирами служат длительность наблюдения по поводу ВИЧ-инфекции, уровень CD4-лимфоцитов и вирусная нагрузка. На практике установить длительность инфицирования ВИЧ не всегда представляется возможным, а определить содержание CD4-клеток и вирусную нагрузку не всегда удается по причине непродолжительного времени нахождения пациента в стационаре.

Цель исследования

Определить объективные гистологические критерии, позволяющие выделить патологоанатомический симптомокомплекс, обусловленный преимущественно туберкулезной или ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено на базе стационара ГБУЗ Тюменской области «Областной противотуберкулезный диспансер» и патологоанатомического отделения ГБУЗ Тюменской области «Областная клиническая больница № 1», проанализированы истории болезни и протоколы вскрытия 34 пациентов, болевших ВИЧ-инфекцией в сочетании с ТБ. В I группу (18 чел.) отнесены наблюдения, где ведущим патологоанатомическим симптомокомплексом определен ТБ, а во II (16 чел.) – ВИЧ-инфекция. При жизни всем пациентам проведены клинические, параклинические, рентгенологические и бактериологические исследования. Иммунологический профиль и вирусная нагрузка (ВН) определены только у 48,2% больных, в связи с чем показатели уровня CD4-лимфоцитов и ВН в исследовании не использованы. Данные морфологической картины легких взяты из протоколов вскрытия.

Статистическая обработка выполнена с помощью пакета программ SPSS 14.0. Значительное количество показателей затрудняло интерпретацию полученных результатов, что решено с помощью дискриминантного анализа, который вместо массива лабораторных показателей формировал один интегральный показатель – каноническую функцию для объективной оценки опре-

деления принадлежности умерших в группу с ведущими симптомокомплексами ТБ или ВИЧ-инфекции.

Результаты исследования и обсуждение

Сформированные группы достоверно различались между собой по трем из 12 гистологических признаков (наличию экссудации, лейкоцитарной инфильтрации и вала специфических клеток). Экссудация отмечена во всех наблюдениях I группы и полностью отсутствовала во II. Относительный риск встречаемости «вала из специфических клеток» и «лейкоцитарной инфильтрации» в I группе был соответственно в 3,95 и 4,21 раз выше, чем в наблюдениях II группы. С учетом доверительного интервала (95% ДИ) величина риска варьировала от 1,01 до 15,36 у «вала специфических клеток» и от 1,5 до 11,8 у «лейкоцитарной инфильтрации». У пяти пациентов, исходно зачисленных во II группу, в морфологическом описании указаны «вал специфических клеток», «лейкоцитарная инфильтрация» и «экссудация». Это было расценено нами как адекватная реакция иммунной системы по отграничению ТБ воспаления и больные были перенесены в группу с ведущим симптомокомплексом ТБ. В кластер с ведущим симптомокомплексом ВИЧ-инфекции включены четыре пациента, у которых в морфологической картине отсутствовали «вал специфических клеток» и «лейкоцитарная инфильтрация». Выявленные расхождения исходных патологоанатомических симптомокомплексов и результатов многофакторного кластерного анализа позволили заключить, что точность диагностики ведущей причины смерти, осуществленной патологоанатомами, в группе ТБ составила 77,8%, а ВИЧ-инфекции – 68,8%. На наш взгляд, имевшие место расхождения при определении ведущей причины смерти связаны с ошибками при анализе большого количества различных показателей. Для минимизации подобных ошибок мы вместо 12 показателей использовали один критерий, представляющий собой каноническую дискриминантную функцию (КДФ). Для ее вычисления, с помощью дискриминантного анализа, отобрано пять признаков, для каждого из которых сформированы канонические коэффициенты: «казеозный некроз» (-1,937),

¹ ГБОУ ВПО «Тюменская государственная медицинская академия Минздрава России»

² ФБУН «Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии Роспотребнадзора»

³ ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия Минздрава России», г. Екатеринбург

«вал специфических клеток» (1,207), «лейкоцитарная инфильтрация» (2,615), «наличие фибрина» (1,243), «распад или каверна» (-1,672). Расчет значений КДФ для конкретного наблюдения осуществляли следующим образом. Если какой-либо признак из пяти выбранных присутствовал, то его значение оценивали как равное 1, а если он отсутствовал, то как 0. Далее полученную величину умножали на принадлежащий ей канонический коэффициент. Произведения, исчисленные для всех пяти признаков, складывали и к сумме прибавляли константу, равную 0,444. В результате каждое наблюдение получало определенное количество дискриминантных баллов, с помощью которых можно было осуществлять интегральную количественную оценку вероятности установления в качестве ведущего патологоанатомического симпто-

мокомплекса ТБ или ВИЧ-инфекции. Если сумма баллов имела положительное значение, то ведущим симптомокомплексом у оцениваемого наблюдения следовало считать ТБ. При отрицательном значении КДФ, ведущим симптомокомплексом признавали ВИЧ-инфекцию. Чем больше полученная величина отличалась от 0, в ту или иную сторону, тем выше была точность интегральной количественной оценки данного наблюдения.

Заключение

В качестве объективного критерия, позволяющего определить ведущий патологоанатомический симптомокомплекс, следует использовать интегральный показатель – КДФ. При положительном значении КДФ ведущим симптомокомплексом следует считать ТБ, при отрицательном значении – ВИЧ-инфекцию.

Тюлькова Татьяна Евгеньевна, тел. +7 (912) 924-9710, e-mail: tulkova2006@rambler.ru

ОБРАЗОВАНИЕ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ ВО ФТИЗИАТРИИ

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИИ СЛАЙД-ШОУ В ОБРАЗОВАНИИ ФТИЗИАТРОВ

*А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов, Ю.В. Чернышева
ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия Минздрава России»*

Современная реформа образования предполагает широкое использование информационных технологий, дистанционных форм обучения, непрерывность образования, стандартизацию образовательного и лечебного процессов. Это в полной мере относится и к подготовке кадров во фтизиатрии – как на додипломном, так и на последипломном этапе обучения. Одной из форм обучения и контроля знаний является технология слайд-шоу.

Все лекции на кафедре фтизиатрии сопровождаются использованием мультимедийного проектора в аудитории или дистанционно в режиме on-line через Интернет. Важной частью лекционного материала являются различные изображения, фотографии, рентгенограммы, схемы. Зафиксировать информацию такого рода, работая на лекции с листом бумаги и карандашом, слушатель не может, а возможности визуальной памяти изображений ограничены. За счет этого образовательная эффективность лекционного курса снижается. Для повышения выживаемости знаний лекционного курса

как в «оперативной», так и «долговременной» памяти, обучающимся предоставлена возможность свободного получения через сеть Интернет и библиотечную систему академии компьютерных презентаций лекций по фтизиатрии. Это давало возможность больше внимания уделить комментариям к демонстрируемым слайдам, повторно самостоятельно возвращаться к просмотру изображений. Для проверки знаний визуального лекционного материала в технологию слайд-шоу включены рентгенограммы различных клинко-рентгенологических форм туберкулеза, результаты туберкулинодиагностики и тому подобное, всего 20 изображений с вопросами: «Какой метод исследования использован?», «Какие патологические изменения выявлены?», «Что делать в подобной ситуации?». Время экспозиции каждого изображения 20 секунд, после чего оно меняется другим. Критерием прохождения этого этапа контроля принято 70% правильных ответов (правильная трактовка 14 изображений). Всего использовано восемь вариантов

презентации, один из которых выбирает случайным способом сам испытуемый. При неудовлетворительной оценке испытуемому предоставлялась возможность повторной сдачи этапа.

С первой попытки этап слайд-шоу успешно прошли 62% студентов V курса, но некоторым потребовалось до шести попыток для успешной сдачи зачета. На последипломном этапе обучения неудачных попыток не было. Все обучавшиеся отметили, что обучение и контроль стали нагляднее, объективнее, а полученные знания более прочными.

Использование технологии слайд-шоу имеет следующие преимущества:

- у обучающихся появилась мотивированная потребность не только присутствовать на лекции, но и знать содержание визуального лекционного материала, в т.

ч. интерпретацию рентгенограмм различных клиникорентгенологических форм туберкулеза легких, результаты туберкулинодиагностики;

- работа преподавателя в процессе приема зачета стала более простой, объективной (использование компьютерной технологий и представление изображений в электронном виде) и стандартизированной (все испытуемые находятся примерно в равных условиях ввиду большого количества предъявляемых изображений);

- оценка знаний стала более объективной ввиду охвата в опросе более широкого спектра патологии;

- повысилась ответственность к изучению дисциплины «Фтизиатрия».

Таким образом, использование технологии слайд-шоу позволило повысить эффективность обучения фтизиатрии.

Асеев Александр Владимирович, тел. +7 (910) 648-52-05, e-mail: aseev-alex@mail.ru

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММ ДОДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ФТИЗИАТРИЯ» В СНГ

В.М. Коломиец¹, С.Б. Вольф², Д.Ю. Рузанов³, О.С. Шевченко⁴

В большинстве стран СНГ введены новые государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования, в значительной степени адаптированные к принципам Болонского соглашения. В высшей медицинской школе Российской Федерации лишь в течение последних двух лет принят Федеральный Государственный Образовательный стандарт Высшего профессионального образования (ФГОС 3-го поколения). В связи с этим разработаны и реализуются новые образовательные программы и по дисциплине «Фтизиатрия» (ОПДФ), которые должны учитывать требования и условия, в которых не только проводится додипломное образование, но и продолжающаяся модернизация и реконструкция систем здравоохранения.

В плане межвузовского сотрудничества стран СНГ кафедрами фтизиатрии и фтизиопульмонологии Курского, Гродненского и Гомельского государственных медицинских университетов и Харьковского национального медицинского университета проводятся исследования по

оптимизации ОПДФ для додипломного образования.

При разработке ОПДФ были учтены принципы и варианты медицинского образования по фтизиатрии, рекомендованные и выработанные экспертами ВОЗ на семинаре ВОЗ «Борьба с туберкулезом и медицинские учебные заведения» (Рим, Италия, 29-31 октября 1997 г.) За основу взято требование усовершенствовать медицинское образование с учетом новых концепций, обусловленных патоморфозом болезни и ее социальной значимостью. Однако имеются как общие положения, так и некоторые особенности ОПДФ, которые целесообразно учесть при реализации программ в каждой из стран СНГ.

Так, в Российской Федерации необходимо внести соответствующие изменения в разделах по организации лечения туберкулеза, обусловленные Приказом Минздрава № 932н от 15.11.2012 г., предопределяющим объемы и показания к оказанию специализированной медицинской помощи при туберкулезе, а также № 541н

¹ ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет Минздрава России»

² Гродненский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

³ Гомельский государственный медицинский университет, Республика Беларусь

⁴ Харьковский национальный медицинский университет, Украина

от 23.07.2010 г. о квалификационных характеристиках должностей работников в сфере здравоохранения.

С учетом требований 3-ФЗ ВПО по дисциплине «Фтизиатрия» в нее включены общекультурные (ОК) и профессиональные компетенции (ПК), требования к результатам освоения программы по дисциплине (знания, умения, представления и уровень владения), которые необходимо освоить в объеме 5 зачетных единиц (ЗЕ) – 180 часов, из которых почти 30% отводится для самостоятельной работы.

По нашему мнению, в новую ОПДФ, кроме изменений чисто оперативного характера, обусловленных новыми данными по дисциплине, необходимо ввести изменения, как нам представляется, стратегического характера. Речь идет о необходимости преподавания не только фтизиатрии, но более широко – разделов пульмонологии. В ближайшем будущем врачи-фтизиатры должны оставаться в структуре первичного звена здравоохранения. А уже сейчас во многих региональных лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения вследствие урбанизации и демографической ситуации и в связи с уменьшением населения дело движется в сторону ликвидации ставок фтизиатров. Таким образом, лечебно-профилактические учреждения первичного звена рискуют остаться и без пульмонологов, и без фтизиатров. Отсюда логично подготовить специалистов фтизиопульмологов, которые и смогут оказывать специализированную медицинскую помощь при болезнях органов дыхания, включая и туберкулез.

Укажем лишь, что если по 3-ФЗ ВПО в конечном итоге на этапе додипломного образования готовится врач общей практики, то нет необходимости (если это вообще не противопоказано) расширять ОПДФ за счет еще большей детализации разделов фтизиатрии. Именно поэтому мы считаем целесообразным не ограничиваться дисциплиной «Фтизиатрия», тем более фтизиатры в действительности уже давно занимаются вопросами фтизиопульмонологии.

Если в России рекомендуемая ОПДФ составлена лишь с учетом рекомендаций Болонской декларации, то на Украине и в Республике Беларусь она практически полностью им соответствует.

Так, на Украине ОПДФ установлена на основе образовательно-профессиональной программы подготовки специалистов, утверждённой приказом Министерства образования и науки от 16.04.2003 г. № 239 «Об утверждении отраслевых стандартов высшего образования по направлению 1101 «Медицина». ОПДФ составляют девять содержательных модулей: «Общие вопросы пульмонологии и фтизиатрии», «Пневмонии», «Осложнения бронхолегочных заболеваний», «Бронхообструктивный синдром», «Острая дыхательная недостаточность», «Химорезистентный туберкулез», «Коинфекция – туберкулез и ВИЧ», «Латентный туберкулез», «Инфекционный контроль за туберкулезом в лечебно-профилактических учреждениях». Всего 4,5 кредита при 80 часах практических занятий. Введена довольно сложная система начисления баллов за текущую учебную деятельность с вычислением конечного результата в кредитных показателях ECTS (европейская кредитно-трансферная система).

В Республике Беларусь типовая учебная программа по дисциплине «Фтизиопульмонология» принята в 2011 г. в соответствии с общеобразовательным стандартом по специальности высшего медицинского образования первой ступени «Лечебное дело». Преподавание ведется на IV и VI курсах лечебного факультета (всего 168 аудиторных часов). Практически на кафедрах фтизиопульмонологии в республике преподается и пульмонология (18 часов на IV курсе лечебного факультета и 78 часов на VI курсе).

Цели, содержание и методы освоения профессиональных и общих компетенций по ОПДФ практически везде одинаковы, но по разделам пульмонологии количество учебного времени в России выделяют значительно меньше.

Заключение

Конструктивное обсуждение ОПДФ с учетом их особенностей позволяет оптимизировать их реализацию в странах СНГ и выработать единый подход к преподаванию дисциплины «Фтизиатрия» в непростых современных условиях. По существу, введение новых ОПДФ позволяет также ставить вопрос о подготовке специалистов по специальности «Фтизиопульмонология».

Коломиец Владислав Михайлович, тел. +7 (960) 690-97-52, e-mail: vlacom@mail.ru

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИАТРИИ СТУДЕНТАМ ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

О.Е. Русских, П.Г. Сысоев, У.С. Ваганова, А.В. Полищук
ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздрава России»

Подготовка медицинских кадров – одна из важнейших задач кафедры фтизиатрии. На основании имеющихся данных, до 90,0% больных туберкулезом (ТБ) легких впервые выявляют в поликлиниках и стационарах общей лечебной сети. Поэтому важной задачей преподавателей кафедры является выработка мотивации к обучению дисциплине «Фтизиатрия» у студентов лечебного факультета. Главным мотивационным фактором в обучении является получение будущим специалистом знаний об инфекционной природе заболевания и методах защиты от него себя и своего окружения.

В условиях широкого распространения ТБ, для выработки фтизиатрической настороженности с целью ранней и своевременной диагностики ТБ, на лекциях и практических занятиях студентам акцентируется рассмотрение каждого пациента как потенциального носителя инфекции. В связи с этим на кафедре используют широкий спектр методологических приемов в процессе обучения. Наряду с классическим ведением семинарских занятий используют разнообразные дополнительные приемы, такие как ролевые игры при создании моделирования ситуации оказания помощи больным ТБ на разных этапах лечебно-диагностических мероприятий; логические игры, построение графологических структур, тесты на причинно-следственную связь, самостоятельное создание мультимедийных презентаций, клинические разборы.

Высокий мотивационный импульс в изучении раздела фтизиатрии, посвященного вакцинации и туберкулинодиагностике у детей и подростков, дает осознание студентами себя в роли будущих родителей.

Мотивация к получению знаний подкрепляется участием студентов в лечебно-диагностических манипуляциях у курируемого больного. Кроме практических навыков и умений, в подготовку будущего врача на кафедре фтизиатрии вносится понятие «врачевание», которое объединяет знания особенностей личности больного ТБ, его отношения к болезни и характера взаимодействий между врачом и пациентом. Посещение операционных, перевязочных, очагов ТБ инфекции несет в себе не только информационно-обучающую, но и яркую эмоциональную составляющую, так важную в получении знаний.

Все это способствует повышению мотивации студентов к обучению по дисциплине «Фтизиатрия». Качественное применение полученных знаний и умений позволит лучше ориентироваться в вопросах выявления и диагностики ТБ, что, в свою очередь, будет способствовать настороженности в отношении выявления ТБ у будущего врача.

Сысоев Павел Геннадьевич, тел. + 7 (904) 316-28-12, e-mail: docspg@yandex.ru