



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



МАТЕРИАЛЫ

II Ежегодной конференции московских фтизиатров «Приоритеты противотуберкулезной работы в мегаполисе в период снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу» 25–26 сентября 2014 года

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения города Москвы от 8 августа 2014 г. № 918-р 25 и 26 сентября 2014 г. состоялась Городская научно-практическая конференция «Приоритеты противотуберкулезной работы в мегаполисе в период снижения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу».

В этом номере журнала мы завершаем публикацию поступивших в адрес Оргкомитета конференции тезисов, представляя вниманию читателей материалы по коинфекции ВИЧ/туберкулез и медицинскому образованию.

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

Редакционная коллегия

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА БОЛЬНЫМИ С КОИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ МЕГАПОЛИСА

Г.С. Баласанянц

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России

Диспансерное наблюдение имеет целью полное клиническое излечение и предупреждение развития рецидивов туберкулезного процесса, а также предупреждение развития туберкулеза (ТБ) у лиц с высоким риском заболевания. В настоящее время диспансерное наблюдение за больным туберкулезом, ассоциированным с ВИЧ-инфекцией (коинфекция ТБ/ВИЧ), осуществляют согласно приложению 7 приказа Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», появление этой особой категории пациентов не изменило ни содержания диспансерного наблюдения, ни его сроков.

Первый этап диспансерного наблюдения включает взятие пациента на диспансерный учет. Взятие на учет осуществляют по тем же принципам, что у больных ТБ. Диспансерное наблюдение и учет больных туберкулезом осуществляется по участковому принципу. Согласно приложению 11 приказа № 932-н «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом» от 15.11.2012 г. во всех противотуберкулезных организациях областного/краевого/республиканского уровня должен быть организован кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией. Основные функции кабинета определены в этом приложении. Следует отметить, что в территориях с низкой пораженностью ВИЧ-инфекцией, в которых доля пациентов с коинфекцией не превышает 5% активных больных, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях, диспансерное наблюдение пациентов с сочетанной патологией можно осуществлять только в этом кабинете. Однако при высокой пораженности участковый принцип диспансерного наблюдения больных с коинфекцией является приоритетным.

Наблюдение за пациентами с ТБ/ВИЧ не требует отдельной группы, но должно встраиваться в структуру принятой в 2003 г. диспансерной группировки с тем же объемом обследования. Дополнением является систематическое проведение исследования уровня CD4⁺

клеток и вирусной нагрузки, которое осуществляется в Центре СПИД и передается в противотуберкулезный диспансер. Инфекционист Центра СПИД два раза в год оповещает участкового фтизиатра о состоянии здоровья пациента в отношении других вторичных заболеваний, о том, получает ли пациент АРВТ (и какие препараты), об эффективности АРВТ.

Изменения претерпевают сроки наблюдения в группах. В основу определения длительности диспансерного наблюдения положен, помимо динамики туберкулезного процесса, уровень CD4⁺ клеток пациентов, который определяет риски реактивации туберкулеза. Учитывая тот факт, что основной контингент пациентов с сочетанной патологией является социально неблагополучным, необходима постоянная медико-социальная поддержка не только на этапе лечения, но и на этапе диспансерного наблюдения, особенно в период проведения противорецидивных курсов лечения.

Если уровень CD4⁺ клеток после проведения основного курса лечения составляет 500 клеток/мкл и более и сохраняется таковым на всем протяжении учета, то диспансерное наблюдение не отличается от больных туберкулезом без ВИЧ-инфекции. Этой категории пациентов рекомендованы противорецидивные курсы лечения два раза в год противотуберкулезными препаратами, к которым чувствительны МБТ пациента. Сохраняются все возможности хирургического, санаторного и других видов лечения, а также медико-социальной реабилитации.

Если после основного курса лечения у пациента уровень CD4⁺ клеток находится в пределах 200–499 клеток/мкл, то срок диспансерного наблюдения удлиняется на один год и составляет при ТБ с лекарственной чувствительностью МБТ или при отсутствии данных о лекарственной чувствительности не менее 36 месяцев с момента взятия на учет, при МЛУ/ШЛУ МБТ, сочетании двух и более локализаций, генерализованных формах туберкулеза – не менее 48 месяцев. Этой категории пациентов обязательно проводить противорецидивные курсы лечения два раза

в год. У них сохраняются все возможности хирургического, санаторного и других видов лечения, а также медико-социальной реабилитации. При снижении уровня CD4⁺ клеток в процессе наблюдения менее 200 клеток/мкл сроки наблюдения увеличиваются решением ЦБК на основании комплексного изучения данных о пациенте.

Пациенты с уровнем CD4⁺ клеток менее 200 клеток/мкл после окончания основного курса лечения, независимо от клинических данных, наблюдаются в IA и IB группах ДУ в течение четырех лет, после чего они переводятся во IIA группу диспансерного учета, так как у этих пациентов туберкулезный процесс, как правило, не имеет тенденции к затиханию. Наблюдение во IIA группе ДУ еще не менее трех лет. При благополучном течении процесса решением ЦБК пациенты могут быть переведены в III группу.

Если пациент не получает АРВТ (сам отказался или ЦБК Центра СПИД приняла решение о прекращении лечения), то неуклонное прогрессирование ВИЧ-инфекции даже при наличии эффективно законченного курса основного лечения ставит под сомнение эффективность диспансерного наблюдения, поэтому пациент из IA и IB групп переводится во IIA группу учета сразу после окончания основного курса лечения и наблюдается в этой группе до перевода во IIB или пожизненно.

Во IIA группе, в которой наблюдаются пациенты с хроническими формами туберкулеза, сроки диспансерного

наблюдения пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом не ограничены. При уровне CD4⁺ клеток менее 500 клеток/мкл пациенты должны состоять на учете даже после успешного лечения, включая хирургическое, не менее трех лет. В этой группе обязательно проведение противорецидивных курсов лечения два раза в год. У пациентов сохраняются возможности медико-социальной реабилитации.

Больные, состоящие на учете в IIB группе, наблюдаются пожизненно. В эту группу переводят пациентов из IA, IB и IIA групп ДУ, сразу после окончания основного курса лечения или на последующих этапах наблюдения в этих группах до окончания предельно допустимого срока, если решением ЦБК пациент признается инкурабельным и ему назначается паллиативная терапия.

Наблюдение в III группе диспансерного учета ДУ при уровне 500 клеток/мкл и более осуществляется, как и в случае пациентов с ТБ и наличием отягощающих факторов, в течение трех лет. У пациентов с уровнем CD4⁺ клеток 200–499 клеток/мкл сроки наблюдения увеличиваются до пяти лет, они должны получать курсы противорецидивной химиотерапии. Лица, перенесшие туберкулез и излеченные, с уровнем CD4⁺ клеток менее 200 клеток/мкл наблюдаются противотуберкулезной службой пожизненно с обязательным систематическим противорецидивным лечением.

Баласанянц Гоар Сисаковна, тел. + 7 (812) 579-24-23, e-mail: balasanjanz@mail.ru

К ВОПРОСУ О ПРАВИЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СОЧЕТАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Г.С. Баласанянц

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России

Написание клинического диагноза при туберкулезе регламентируется пунктом IV приложения № 2 приказа Минздрава России № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» от 21.03.2003 г. Принятая в России клиническая классификация туберкулеза в основном совпадает с МКБ-10, поэтому в формулировках диагноза нет существенных расхождений. Длительное развитие отечественной фтизиатрии привело к появлению некоторых общепринятых допущений, которые у современного фтизиатра не вызывают вопросов. Однако появление новой категории пациентов с сочетанием туберкулеза и

ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ) и значительное их увеличение в последние годы в структуре больных активным туберкулезом требуют определенной коррекции формулировок диагноза.

ВИЧ-инфекция приносит в течение туберкулезной инфекции существенные изменения, обусловленные глубокими иммунологическими нарушениями, способствующими развитию тяжелого течения туберкулеза с высокой долей поражения лимфатической системы и диссеминированных процессов, включая генерализованные формы. В связи с этим к вопросам постановки правильного диагноза нельзя относиться формально,

просто перенеся уже известные принципы с больных туберкулезом на пациентов с коинфекцией. Следует отметить, что постановка диагноза туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией обязательно требует привлечения ЦВК, включая врача кабинета противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией.

Учитывая тот факт, что подавляющее число больных с сочетанной патологией при постановке диагноза имеют ВИЧ-инфекцию в стадии СПИДа, вторичность фтизиатрического диагноза не вызывает никаких возражений: в правильном диагнозе пациента с коинфекцией на первом месте всегда должен стоять развернутый диагноз ВИЧ-инфекции. Однако при интерпретации фтизиатрической части диагноза иногда возникают определенные сложности.

Безусловно, фтизиатрический диагноз, как заявлено в приложении № 2, должен содержать все необходимые разделы: клиническую форму туберкулеза, локализацию, фазу, бактериовыделение. По поводу последнего следует особенно подчеркнуть, что бактериовыделителями считают больных туберкулезом, у которых в выделяемых во внешнюю среду биологических жидкостях организма и/или патологическом материале обнаружены МБТ. Больные, у которых МБТ выделены при посеве пункционного, биопсийного или операционного материала (а при коинфекции МБТ часто выявляют именно таким образом), как бактериовыделители не учитываются.

Одной из особенностей патогенеза сочетанной патологии является одновременное поражение легочной ткани и лимфатической системы, в первую очередь внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) у значительной части пациентов. Безусловно, возможен туберкулез ВГЛУ в фазе обсеменения различной распространенности или первичный туберкулезный комплекс с легочным аффектом в виде фиброзной каверны или казеозной пневмонии. Довольно часто изменения в легочной ткани не укладываются в выше приведенные клинические формы и в диагнозе ставят клиническую форму туберкулеза легких с добавлением понятия «аденогенный», что является патогенетически неверным. Поскольку в международной практике, да и все чаще у нас стране, поражение ВГЛУ справедливо относят к туберкулезу органов дыхания внелегочной локализации, представляется правомочным выставлять два диагноза: клиническую форму туберкулеза легких и туберкулез ВГЛУ как вторую локализацию туберкулезного процесса.

Кроме того, у больных ТБ/ВИЧ часто наблюдают поражение нескольких групп лимфатических узлов. В таких случаях, как при других внелегочных локализациях, например, туберкулезе костно-суставной системы, следует перечислять все локализации специфических поражений лимфатических узлов.

Еще одну особенность диагноза предопределяет патогенез сочетанной патологии, когда при значительном снижении иммунитета возможно включение милиарной диссеминации в классические вторичные, в том числе хронические, формы туберкулеза. В начале 90-х годов XX века для фиброзно-кавернозного туберкулеза уже было сделано допущение, при котором диагноз мог представлять сочетание двух клинических форм: основной формы – фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, и формы, возникшей при прогрессировании фиброзно-кавернозного туберкулеза – казеозной пневмонии. Диагноз формулировался как «фиброзно-кавернозный туберкулез, осложненный казеозной пневмонией...» с указанием локализации и фазы.

Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией продолжил череду таких допущений в отношении милиарной диссеминации. При значительном снижении иммунитета вследствие прогрессирования ВИЧ-инфекции вторичные формы туберкулеза могут осложняться гематогенным прорывом МБТ и развитием острого гематогенного диссеминированного туберкулеза. Описывать этот процесс только как милиарный нельзя, т. к. одновременно присутствует вторичный процесс, причем хронический. Формулировать два последовательных диагноза, как при поражении ВГЛУ, также не совсем корректно, т. к. милиарный туберкулез, будучи генерализованным поражением, «закрывает» собой все легочные и внелегочные поражения. Считать милиаризацию фазой обсеменения не разрешает давно принятый термин обсеменения как бронхогенного процесса. Поэтому диагноз следует формулировать аналогично выше приведенному примеру с казеозной пневмонией: «фиброзно-кавернозный туберкулез легких, осложненный милиарным туберкулезом».

Таким образом, следует признать, что правильная формулировка диагноза ТБ/ВИЧ представляет в настоящее время определенные трудности и требует дополнительного обсуждения во фтизиатрическом сообществе для принятия консенсусного решения.

Баласанянц Гоар Сисаковна, тел. + 7 (812) 579-24-23, e-mail: balasanjanz@mail.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ПРИМОРСКОМ КРАЕ

С.Ю. Безуглая, Е.Н. Федун

ГБУЗ «Приморский краевой противотуберкулезный диспансер», г. Владивосток

Актуальность

В Приморском крае за последние три года число больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез выросло в два раза, показатель заболеваемости впервые выявленных больных данной патологией увеличился на 42,7% и составил в 2013 г. 15,7 на 100 тыс. населения. В то же время заболеваемость ВИЧ-инфекцией в сочетании с туберкулезом постоянно проживающего населения снизилась с 9,4 случая на 100 тыс. населения в 2011 г. до 7,9 случая на 100 тыс. населения в 2013 г.

Цель исследования

Совершенствование координации работы служб оказания медицинской помощи больным ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в Приморском крае.

Материалы и методы

Анализ заболеваемости коинфекцией ВИЧ/туберкулез (ВИЧ/ТБ) в Приморском крае проводили по учетным формам № 263/у-ТБ «Карта персонального учета на больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» и форме 33 «Сведения о больных туберкулезом».

В 2013 г. в Приморском крае зарегистрировано 255 случаев сочетанной инфекции, из них в ГУФСИН выявлено 53 случая ВИЧ-инфекции в сочетании с туберкулезом. Заболеваемость ВИЧ/ТБ регистрируют преимущественно среди социально дезадаптированных слоев населения: безработных, лиц БОМЖ, лиц, страдающих алкогольной и наркотической зависимостью (64–72% впервые выявленных больных ежегодно). Среди больных с ВИЧ/ТБ, выявленных в 2011–2013 гг., отмечено преобладание мужчин над женщинами (в 2–2,5 раза), подавляющее большинство (91,4%) – это пациенты трудоспособного возраста. Чаще выявляли туберкулез на фоне ранее установленной ВИЧ-инфекции (более 50%), далее следует одновременное выявление обеих инфекций, доля случаев выявления ВИЧ-инфекции на фоне ранее установленного туберкулеза незначительна. У каждого второго пациента заражение ВИЧ-инфекцией произошло парентеральным путем, половым путем заразились около 20% больных, и у каждого пятого пациента путь заражения установлен не был. Вертикальный путь передачи от больной матери регистрировали в 2011 и 2012 гг. – три (1,1%) и два ребенка (0,9%), соответственно.

В течение 2011–2013 гг. туберкулез чаще регистрировали у пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. На долю ранних стадий совокупно приходится 16,4% всех случаев сочетанной инфекции, на долю поздних – 53,6% случаев. У каждого третьего больного (30%) стадия ВИЧ-инфекции остается неустановленной по ряду причин – отсутствие лабораторной диагностики из-за проживания в отдаленных и труднодоступных территориях края, отсутствие венозного доступа, невыполнение пациентом врачебных назначений.

В клинической структуре впервые выявленного туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией преобладали инфильтративный (45,9%) и диссеминированный (25,9%) туберкулез, очаговый туберкулез легких встречался в 11,6% случаев, доля других форм туберкулеза у больных с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом незначительна.

Показатель распространенности коинфекции ВИЧ/ТБ снизился незначительно (на 6,2%) по сравнению с 2011 г. (19,2 на 100 тыс. населения) и составил в 2013 г. 18,0 на 100 тыс. населения.

Смертность среди лиц с ВИЧ/ТБ в 2013 г. составила 7,6 на 100 тыс. Среди больных ВИЧ/ТБ, состоявших на учете, доля умерших от туберкулеза и от других причин при наличии ВИЧ-инфекции в 2013 г. в Приморском крае составила 10,9%. Показатель смертности от всех причин у больных ВИЧ/ТБ среди постоянно проживающего населения снизился с 5,8 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 3,6 на 100 тыс. населения в 2013 г. (в 1,6 раза).

Летальность больных ВИЧ/ТБ снижается на протяжении последних трех лет: с 12,4% в 2011 г. до 6,7% в 2013 г. Снижение летальности этой категории больных, по нашему мнению, обусловлено увеличением доли пациентов, получающих наряду с противотуберкулезной терапией ВААРТ.

Заключение

На территории Приморского края сохраняется неблагоприятная эпидемическая ситуация по распространению туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Это связано с постоянным накоплением случаев ВИЧ-инфекции и высокой инфицированностью микобактериями туберкулеза населения, особенно в системе ГУФСИН. С целью оптимизации противотуберкулезных мероприятий необходимы координация работы служб оказания

медицинской помощи как больным туберкулезом, так и больным с ВИЧ-инфекцией, развитие телемедицинских технологий диагностики и контроля за проводимым ле-

чением, укрепление материально-технической базы и укомплектование квалифицированными медицинскими кадрами.

Безуглая Светлана Юрьевна, тел. + 7 (908) 992-07-86, e-mail: Kbezugluy@yandex.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ВНЕЛЕГОЧНЫМИ И ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА

С.Г. Жиленков, Ю.П. Гуров, А.В. Гладких, А.Я. Самохин

ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 Департамента здравоохранения города Москвы»

Цель исследования

Определить особенности хирургического лечения больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции на основании опыта работы специализированного отделения туберкулезного стационара.

Материалы и методы

С 2008 г. по 01.07.2014 г. в отделение на диагностику и лечение поступило 1442 ВИЧ-инфицированных больных. Из них диагноз внелегочного туберкулеза был установлен у 562 пациентов (39,0%). Генерализация процесса наблюдалась у 994 больных (68,9%), чаще всего имелось сочетание диссеминированного туберкулеза легких, поражение периферических лимфоузлов и крупных суставов. Преобладали лица мужского пола – 73%.

Результаты

Диагноз туберкулеза не был подтвержден у 70 из 1442 больных (4,9%), из них у 10 больных (14,3%) выявлен онкологический процесс.

За прошедший период проведено 597 операций 393 больным.

У больных с патологией костно-мышечной системы и последствиями травмы выполнено 280 операций у 161 больного.

За период 2008–2013 гг. по поводу туберкулеза позвоночника оперированы 53 пациента. Операции на грудном отделе: передне-боковой корпородез выполнен у 31 больного, декомпрессивная ламинэктомия – у двух больных. На поясничном отделе: передне-боковой корпородез произведен у девяти, декомпрессивная ламинэктомия – у 11 больных. Положительный результат достигнут у 46 больных, осложнения в виде нагноения послеоперационной раны развились у семи пациентов (13,2%).

С 2014 г. в отделении после секвестрэктомий тел позвонков применяют системы для транспедикулярной и ламинарной фиксации. Данная методика позволяет начать более раннюю активизацию больных и уменьшает

риск возникновения компрессионного синдрома. За первое полугодие 2014 года оперированы 11 пациентов. Им выполнены следующие варианты операций:

1. Двухэтапная: а) торакотомия, резекция ребра, секвестрэктомия тел позвонков, передний корпородез ауто-трансплантатом ребром; б) через 4 месяца – транспедикулярная фиксация.

2. Одномоментная: торакотомия, резекция ребра, секвестрэктомия тел позвонков, передний корпородез ауто-трансплантатом ребром. Транспедикулярная фиксация.

3. Декомпрессивная ламинэктомия. Транспедикулярная фиксация с фиксацией трансплантата.

4. Декомпрессивная ламинэктомия. Стабилизация ламинарными крючками Fixpine.

Осложнения наблюдались у одного больного (перелом фиксаторов).

С патологией суставов оперированы 86 пациентов. Произведено 50 операций на тазобедренном суставе, из них методом внеочагового компрессионно-дистракционного остеосинтеза (ВКДО) – 48. На коленном суставе выполнено 19 операций (методом ВКДО – 16). На суставах верхних конечностей выполнены 17 операций (ВКДО – 12). Осложнения наблюдались у 11 пациентов (12,8%): у трех – нагноение спиц, у восьми – металлоз.

На подкожной клетчатке и мягких тканях выполнены 247 операций у 243 больных. При этом у 97 больных был впервые диагностирован туберкулез лимфоузлов, генерализация процесса за счет лимфоузлов установлена у 115 больных, туберкулез других локализаций выявлен у 35 больных.

Выводы

1. Учитывая то, что 80% больных, поступивших в отделение, находились в тяжелом состоянии, обусловленном развитием туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции (CD4⁺ ниже 100 кл/мкл) и ее вторичными заболеваниями (ЦМВИ, токсоплазмозом, грибковыми поражениями),

оперативное лечение позволяет значительно уменьшить интоксикацию, связанную с туберкулезным процессом.

2. У больных, которым проводили только консервативное лечение (20%), сроки восстановления увеличивались на 1,5–2 месяца, генерализация туберкулезного процесса происходила гораздо чаще, чем у оперированных больных. Проведение консервативного лечения

возможно только у пациентов, соблюдающих ортопедический режим.

3. Проведение погружного остеосинтеза у данной категории больных противопоказано, так как имеется высокий риск нагноения конструкций.

4. Внеочаговый компрессионно-дистракционный остеосинтез (ВКДО) – наименее травматичный и наиболее эффективный метод оперативного лечения.

Гладких Александр Вениаминович, тел.: + 7 (495) 588-41-10, + 7 (495) 588-45-19, e-mail: tb6@mail.ru

ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТЫВА

М.М. Кызыл-оол, А.Д. Оюн, У.С. Тойбухаа

ГБУЗ Республики Тыва «Противотуберкулезный диспансер», г. Кызыл

По распространенности туберкулеза Республика Тыва занимает первое место в Российской Федерации и в СФО, хотя за последние пять лет имеется тенденция к снижению основных эпидемических показателей.

По состоянию на 01.01.2014 г. в Республике Тыва зарегистрировано и состоит на диспансерном учете 77 пациентов с ВИЧ-инфекцией, показатель на 100 тыс. населения – 24,7 (в 2013 г. по России – 53,4, по СФО – 91,6).

За весь период регистрации ВИЧ-инфекции в республике (2001–2014 гг.) отмечен рост числа пациентов на 40 человек. Состоящих под наблюдением больных с данным заболеванием в Республике Тыва в 2011 г. было 50, в 2012 г. – 37 и в 2013 г. – 77 человек. Заболеваемость туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя в Республике Тыва ежегодно растет. Если в 2006 г. этот показатель (ф. № 33, на 100 тыс. населения) составил 14,9, то в 2013 г. – 35,0 (по России – 2,8, по СФО – 5,9). Общая заболеваемость туберкулезом среди гражданского населения по Республике Тыва превышает среднероссийский показатель в 3,1 раза, а СФО – в 1,7 раз. Смертность от туберкулеза в Республике Тыва выше среднероссийской в 5,2 раза, а СФО – в 2,8 раза. Высокие эпидемиологические показатели по туберкулезу в республике создают риск развития сочетанной патологии ВИЧ и туберкулез.

Учитывая распространенность туберкулезной инфекции в Республике Тыва, рост числа больных с МЛУ возбудителя, ВИЧ-инфицированным, состоящим на диспансерном учете, в республике проводят химиопрофилактику туберкулеза. В 2013 г. из 34 пациентов, подлежащих такому лечению, его получили всего 26, двоим химиопрофилактика не назначена по поводу беременности, одна больная временно выбыла за пределы

республики, остальные пять ВИЧ-инфицированных отказались от химиопрофилактического лечения. Но если учесть, что химиопрофилактику должны получать еще и лица с уровнем CD4⁺ менее 350–200 кл/мкл при отсутствии клинических проявлений, а также учесть социальную дезадаптацию многих больных ВИЧ-инфекцией и сложность доступа к ним медицинского персонала, то очевидно, что доля нуждающихся в химиопрофилактике значительно больше.

Доля больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией среди контингентов больных за период с 2010 г. по 2013 г. показывает следующее: за 2010 г. Республика Тыва – 4 (0,2), СФО – 4002 (7,3), за 2011 г. Республика Тыва – 0 (0), СФО – 4811 (9,0), за 2012 г. Республика Тыва – 3 (0,1), СФО – 5439 (10,8). В 2013 году по Республике Тыва – 3 (0,96).

Из 17 зарегистрированных больных с коинфекцией ВИЧ/ТБ в Республике Тыва у девяти пациентов наступил летальный исход. Из числа умерших у восьми больных туберкулез развился на фоне ВИЧ-инфекции, у одного больного обе инфекции были выявлены одновременно.

С целью оценки причин летальных исходов больных ВИЧ/ТБ проведены разборы всех девяти случаев смерти: у семи больных ВИЧ-инфекция выявлена на поздних стадиях (4Б, 4В, 5 стадии). Из них трое приехали из-за пределов Республики Тыва «на заработки», трое – прибыли из мест лишения свободы, из-за пределов республики. Таким образом, прослеживается неконтролируемая миграция населения, без предварительного медицинского обследования. Например, были случаи анонимно организованного прибытия из-за пределов Республики Тыва группы лиц бывших наркоманов и лиц с алкогольной зависимостью по линии так называемой реабилитационной

организации «Преображение России», «Путь к себе». Вопрос рассматривался на уровне мэрии г. Кызыла, затем и на уровне Правительства Республики совместно с Центром СПИД и координатором по сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ. В результате проведенной совместной работы добились улучшения требований по предварительному медицинскому обследованию мигрантов, прибывающих из-за пределов республики.

На фоне низкой распространенности ВИЧ-инфекции и стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу в республике прослеживается неблагоприятная тенденция, которая имеет место в районах с высокой распространенностью туберкулеза, где имеются и случаи ВИЧ-инфекции. Поэтому одной из задач является своевременное выявление туберкулеза, снижение заболеваемости туберкулезом, в том числе с МЛУ возбудителя.

Тойбухаа Урана Салчаковна, тел. + 7 (394) 226-27-01, e-mail: ptdrt@mail.ru

РЕТРОСТЕРНАЛЬНАЯ ЛИМФОТРОПНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КОИНФЕКЦИЕЙ ВИЧ/ТУБЕРКУЛЕЗ

А.А. Миляев¹, А.В. Асеев²

Актуальность

У больных коинфекцией ВИЧ/туберкулез часто наблюдается острое течение туберкулеза, вовлечение в процесс внутригрудных лимфатических узлов. Поэтому введение противотуберкулезных препаратов (растворимые формы) в загрудинное пространство с целью создания максимальной концентрации лекарственных веществ в лимфатической системе представляется оправданным.

Цель исследования

Определить возможность повышения эффективности лечения больных с коинфекцией ВИЧ/ТБ за счет ретростеральной лимфотропной противотуберкулезной химиотерапии.

Материалы и методы

С 2008 по 2013 гг. пролечено 32 пациента с коинфекцией ВИЧ/ТБ. У 16 больных имел место остро прогрессирующий инфильтративный туберкулез легких, у 10 – милиарный туберкулез легких, у шести – диссеминированный туберкулез легких. У 26 больных (81,3%) выявлено увеличение ВГЛУ, микобактерии туберкулеза (методом бактериоскопии) обнаружены у 22 больных (68,8%), наличие деструкций (на обзорных рентгенограммах и линейных томограммах) диагностировано у 12 (37,3%) пациентов. Все больные на различных этапах лечения туберкулеза начали получать антиретровирусную терапию.

Процедура ретростеральной пункции проста и не требует специальной подготовки. Во время пункции больной лежит спиной на кушетке, для удобства проведения процедуры под лопатки подкладывается валик. Для пункции использовали иглу одноразового шприца объемом 10 мл, которую изгибали перед выполнением

процедуры под углом 45–50 градусов примерно по середине. Иглу вводили в загрудинное пространство в области яремной вырезки. Перед введением противотуберкулезных препаратов вводили раствор новокаина 0,5% до 10 мл. Этого объема достаточно для получения надежной анестезии перед введением препаратов. Обычно использовали изониазид и капреомидин. Дозы препаратов рассчитывали по весу больного. При разведении препаратов в качестве лимфотропного носителя использовали полиглюкин. Курс лечения составлял 30–40 доз через день. Другие противотуберкулезные препараты назначали в соответствии с чувствительностью микобактерий. Как правило, до получения сведений о чувствительности флоры лечение проводили по IIb режиму химиотерапии: изониазид 0,6, капреомидин 1,0, рифампицин 0,6, этамбутол 1,2, пипразинамид 1,5, левофлоксацин 0,5 ежедневно.

Перед началом лечения, а затем через каждые два месяца проводили рентгенологическое обследование, которое включало в себя прямую обзорную рентгенографию органов грудной клетки и линейные оптические томограммы.

Результаты

Больные хорошо переносили процедуры, отказов от лечения и самовольного прерывания лечения не было. На фоне лечения симптомы интоксикации проходили в течение двух-трех недель. Закрытие полостей распада наступило у 10 больных из 12 (83,7%) не позднее восьми недель от момента начала лечения. На фоне лечения у всех больных произошла негативация мазка методом Циля-Нельсена на ранних сроках лечения.

¹ ГКУЗ «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер».

² ГБОУ ВПО «Тверская государственная медицинская академия» Минздрава России.

У больных милиарным туберкулезом легких перед началом лечения на обзорной рентгенограмме по всем легочным полям определяли мелкие мономорфные очаги. Через два месяца на фоне лечения отмечали прекращение бактериовыделения, через четыре – полное рассасывание очаговых изменений в легких, через шесть месяцев больных обычно выписывали из стационара.

Заключение

Метод ретростеральной лимфотропной химиотерапии у больных коинфекцией ВИЧ/ТБ, прежде всего при остром милиарном гематогенно-диссеминированном туберкулезе легких, позволяет значительно повысить эффективность лечения.

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

ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

В.И. Митрушкина¹, В.Ю. Мишин²

Цель

Изучение кожной патологии у больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, с использованием современных специальных методов диагностики этиологии заболеваний кожи.

Материалы и методы

Дизайн исследования – проспективное клиническое исследование 50 больных туберкулезом, сочетанным с IVБ стадией ВИЧ-инфекции, находящихся на стационарном лечении. Клиническое обследование и лечение больных осуществляли в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21 марта 2003 г. и Национальным руководством по фтизиатрии (2007). Дерматологическое обследование проводили на основании жалоб пациента на изменение кожных покровов или наличие субъективных ощущений в виде болезненности или зуда кожи, по показаниям проводили патогистологическое исследование пораженных тканей, иммуногистохимическое определение антител к *M. tuberculosis* (mouse monoclonal antibody, клон – 1.1/3/1), наличие микобактерий туберкулеза в коже и подкожной клетчатке определяли методом микроскопии по Цилю-Нельсену, методом полимеразной цепной реакции определяли ДНК микобактерий туберкулеза.

Результаты

У всех больных инфицирование ВИЧ произошло первично, затем был выявлен туберкулез. Поражения кожи специфической туберкулезной этиологии по типу вторичной скрофулодермы были диагностированы у 14 больных с полиорганом туберкулезом и у двух пациентов с туберкулезом периферических лимфатических узлов. У 20 больных с аллергическим дерматитом, связанным с приемом противотуберкулезных препаратов,

был диагностирован диссеминированный туберкулез легких и у пяти – инфильтративный туберкулез. Вирусные дерматозы, вызванные герпесвирусной инфекцией, и папилломавирусная инфекция были выявлены у двух и у трех пациентов, соответственно; кожные процессы при этом имели распространенный характер, при герпетической инфекции – со вторичной пиодермией и выраженным болевым синдромом. У одного больного выявлена чесотка, сопровождавшаяся аллергическими высыпаниями, и у трех пациентов – пиодермия с преимущественной локализацией на коже нижних конечностей, сопровождавшаяся образованием эрозий и язвенных дефектов кожи с обильным гнойно-геморрагическим отделяемым.

Все пациенты этой группы являлись потребителями инъекционных наркотиков и неоднократно вводили наркотические препараты в сосуды нижних конечностей. Всем больным проведено лечение туберкулеза в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21 марта 2003 г. и Национальным руководством по фтизиатрии (2007) в сочетании с антиретровирусными препаратами (АРВП) в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых (2013 г.). Кроме того, всем больным проводили комплексное лечение, направленное на клинические проявления других вторичных заболеваний. У больных туберкулезом кожи по типу вторичной скрофулодермы применяли хирургические методы лечения в виде иссечения узлов и местное лечение противотуберкулезными препаратами и антимикробными средствами широкого спектра действия, а также применяли гипосенсибилизирующую терапию, противовирусные лекарства и мази и мифокок у пациента с чесоткой.

¹ ГБУЗ «Московский областной противотуберкулезный диспансер», г. Москва.

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

Заключение

Для решения основных тактических вопросов, определяющих стратегию ведения пациентов с кожной патологией при наличии у них сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекции, необходимо использование высокотехнологичных современных средств диагностики. Кроме того, мультидисциплинарный подход с обязательным вовлечением наряду с врачом-фтизиатром и инфекционистом в лечебный процесс дерматолога способствует решению поставленной задачи и определению основных методов диагностики и лечения кожной патологии. Наличие многокомпонентных схем терапии, проблема полипраг-

мазии и перекрытия профилей побочного действия различных групп лекарственных средств, наличие иммунодефицита, сопутствующих патологических изменений в системе органов пищеварения, заболеваний печени, наркомании, алкоголизма увеличивает риск возникновения кожных изменений и может влиять на их течение и распространение. Лечение своевременно диагностированной кожной патологии способствует повышению качества терапии в целом, в дальнейшем может улучшить качество жизни больных и повысить их приверженность к лечению.

Митрушкина Вера Ивановна, + 7 (016) 217-59-31, e-mail: vmitrushkina@rambler.ru

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИ ЕГО СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ (ПО ДАННЫМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ)

А.М. Михайловский¹, Л.Н. Лепеха², С.А. Чуркин¹

Цель исследования

Изучить патоморфологию туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией и выявить особенности проявления коинфекции ВИЧ/ТБ в легких и других внутренних органах в зависимости от первичности инфицирования.

Материалы и методы

Начиная с 2004 г. проведены патоморфологические исследования 530 пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, находившихся на лечении и умерших в Оренбургском ОКПТД. У всех пациентов непосредственной причиной смерти было прогрессирование туберкулеза. Группа сочетанной патологии включала 455 (85,8%) мужчин и 75 (14,2%) женщин в возрасте от 20 до 40 лет. Все пациенты с коинфекцией были разделены на две группы по первичности поражения. Первая группа – больные, у которых ВИЧ-инфекция развилась на фоне существующего туберкулеза (ТБ-ВИЧ, $n = 113$). Вторая группа – больные с ВИЧ-инфекцией, у которых на разных стадиях присоединился туберкулез (ВИЧ-ТБ, $n = 417$). Все больные имели ВИЧ-инфекцию в стадии вторичных заболеваний, из них 4А стадию имели 42 чел., 4Б – 164 чел., 4В – 238 чел., а 5 стадию – 86 человек. В обеих группах пациентов в легких наблюдали остро прогрессирующий диссеминированный туберкулез (ДТЛ), казеозную пневмонию (КП), прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез (ФКТ). В группу сравнения (ТБ, $n = 150$) включены умершие больные с остро

прогрессирующим ФКТ (44,0%), прогрессирующим ДТЛ (42,0%) и КП (14,0%); 126 (84%) мужчин и 24 (16%) женщины в том же возрастном промежутке. Во всех группах преобладали мужчины трудоспособного возраста, городские жители, имеющие низкую приверженность к лечению, с подтвержденным при жизни и при проведении патоморфологических исследований алкоголизмом и наркоманией. Проведенное исследование включало: вскрытие умерших больных, описание макро- и микроскопических изменений внутренних органов, гистологическое, бактериологическое, вирусологическое и молекулярно-генетическое исследования патологического материала. Кусочки внутренних органов после фиксации в 10%-ном нейтральном формалине заключали в парафиновые блоки. Готовые срезы окрашивали гематоксилином и эозином, по Ван-Гизону и по Цилю-Нельсену (для выявления кислотоустойчивых микобактерий).

Результаты

Ведущей клинической формой туберкулеза в обеих группах на поздних стадиях ВИЧ-инфекции являлся генерализованный туберкулез (в группе ТБ-ВИЧ – 53,8%, в группе ВИЧ-ТБ – 71,4%). При гистологическом исследовании органов дыхания у пациентов группы ТБ-ВИЧ выявлено сохранение признаков ранее существующего специфического процесса. Во всех наблюдениях специфический процесс в легких являлся двусторонним и проявлялся в виде ФКТ и ДТЛ с прогрессированием по типу

¹ ГБУЗ «Оренбургский областной клинический противотуберкулезный диспансер».

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» РАМН, г. Москва.

КП. Диссеминация очагов некроза в легочной ткани преимущественно средне- и крупноочаговая с выраженным слиянием очагов в обширные поля казеоза. Выявлено сохранение слабой продуктивной клеточной реакции в виде небольших скоплений макрофагов с единичными эпителиоидными клетками и гигантскими многоядерными макрофагами типа инородных тел и/или Пирогова-Лангханса, наличие эпителиоидноклеточных гранул с центральными некрозами и слабовыраженными признаками организации по периферии. Отграничение специфического воспаления – в виде рыхлых, хаотично расположенных коллагеновых волокон вокруг полостей распада. При окраске гистологических препаратов по Цилю-Нельсену в области пневмониогенных каверн определяли обильные скопления кислотоустойчивых микобактерий. Во всех наблюдениях *группы ТБ-ВИЧ* выявлены признаки гипертензии малого круга кровообращения. Структурно-функциональные нарушения респираторного отдела отражали развитие дис- и ателектаза, эмфиземы, очагового внутриальвеолярного отека. В ряде случаев (15–19%) туберкулезное воспаление в легочной ткани сочеталось с неспецифическими изменениями, характерными для бактериальной инфекции. Характерной особенностью пациентов группы ТБ-ВИЧ было вовлечение в патологический процесс лимфатических узлов грудной полости с субтотальным казеозным некрозом паренхимы. Генерализация туберкулезного воспаления у 80% больных этой группы проявлялась в основном поражением селезенки как результат лимфогематогенной диссеминации специфического процесса. Все описанные морфологические проявления туберкулеза в этой группе сходны с проявлениями туберкулеза у больных контрольной группы, за исключением степени проявления продуктивной реакции. Морфологическое исследование больных *группы ВИЧ-ТБ* выявило отсутствие характерных для группы сравнения признаков отграничения и организации очагов специфического воспаления, волнообразного течения процесса. Очаги поражения гистологически однотипны и повсеместно имели вид периваскулярных гнойно-некротических фокусов. Двустороннее поражение легких специфическим процессом во всех наблюдениях этой группы происходит в виде милиарной или мелкоочаговой диссеминации с преобладанием в паренхиме альтеративно-экссудативных тканевых реакций. Отмечено выраженное нарушение микроциркуляции, о чем свидетельствует выявление в легких различного вида васкулитов. Эти воспалительные изменения преобладали в сосудах среднего и мелкого калибра и определяли разви-

тие в 62,6% случаев деструктивных нарушений респираторного отдела, характерных для диффузного альвеолярного повреждения. Генерализация туберкулеза в группе ВИЧ-ТБ проявлялась выраженной гематогенной диссеминацией, которую констатировали с разной частотой практически во всех органах. Развитие менингоэнцефалитов туберкулезной этиологии в этой группе сочеталось с развитием васкулитов, особенно тромбovasкулитов, ведущих к формированию ишемических инфарктов вещества головного мозга. Характерным признаком являлось одновременное поражение лимфатических узлов как грудной, так и брюшной полостей. При их гистологическом исследовании выявляли лимфоаденопатию с обеднением лимфоидной ткани, частичной или полной редукцией фолликулов, реактивной гиперплазией гистиоцитарных элементов и ангиоматозом. Казеозный некроз выявляли значительно реже, чем в группе ТБ-ВИЧ и группе сравнения, в виде небольших фокусов, в которых при окраске по Цилю-Нельсену обнаруживали скопления КУМ в 49% случаев, а по данным посева на МБТ – в 61,5% случаев. Характерной особенностью группы ВИЧ-ТБ являлось частое сочетание данной патологии с поражением легких и других органов смешанной инфекцией. Так, в этой группе выявлены: пневмоцистная пневмония (12% случаев), бактериальные пневмонии (24%), криптококкоз (8%) и цитомегаловирусная пневмония (9%).

Выводы

Проведенное патоморфологическое исследование выявило схожесть морфологической картины туберкулезного воспаления у пациентов группы ТБ-ВИЧ и больных с прогрессирующими формами туберкулеза без ВИЧ-инфекции. Отличия касаются степени выраженности процессов отграничения фокусов специфического воспаления и развития эпителиоидноклеточных гранул, характера поражения лимфатических узлов и генерализации туберкулезного процесса в других органах. Морфологическая картина в легких и других органах при сочетанной патологии ВИЧ-ТБ не имеет выраженной специфичности и развивается с преобладанием экссудативно-альтеративных изменений, отсутствием признаков отграничения фокусов некроза, дополнительным присоединением различных бактериальных и вирусных инфекций. Неспецифичность морфологической картины внутренних органов и сочетание иногда нескольких инфекционных патологий у данной категории пациентов требует применения микробиологических методов верификации с обязательной окраской гистологических срезов по Цилю-Нельсену.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНЫХ, НАБЛЮДАЕМЫХ В КАБИНЕТЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

А.В. Мишина^{1,2}, А.Е. Дитятков^{1,2}, В.Ю. Мишин^{1,2}

Цель исследования

Организация и изучение опыта практической работы кабинета фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией в повышении качества диспансерного наблюдения и эффективности лечения данного контингента больных.

Материалы и методы

В филиале по СВАО МНПЦ борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения г. Москвы в соответствии с приказом Минздрава России от 29.12.2010 г. № 1224н «Порядок оказания медицинской помощи больным туберкулезом» в 2011 г. был создан кабинет фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией, в котором сконцентрировались все больные с коинфекцией ВИЧ/туберкулез, наблюдающиеся в данном филиале. С 2011 по 2013 гг. на диспансерный учет в кабинете фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией было взято 178 больных туберкулезом органов дыхания, сочетанным с 3–4 стадией ВИЧ-инфекции в возрасте 18–60 лет, мужчин было 136 (76,4%) и женщин – 46 (23,6%). Не имеющие постоянной работы лица трудоспособного возраста составляли 89,3%; наркотики употребляли 79,8%. Вирусные гепатиты В и С у данных пациентов были диагностированы в 79,2% случаев, энцефалопатия – в 84,3%, анемия – в 74,7%. Клиническое обследование и лечение больных туберкулезом осуществляли в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г. и Национальным руководством по фтизиатрии (2007 г.). Интенсивную фазу лечения проводили в стационаре, а фазу продолжения лечения – в строго контролируемых амбулаторных условиях. Антиретровирусные препараты были назначены 54,1% больным по консультации врача-инфекциониста Московского СПИД-центра в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых (2013 г.).

Результаты

Среди 178 больных туберкулез ВГЛУ диагностирован у 21,3% больных, диссеминированный туберкулез лег-

ких – у 28,8%, милиарный – у 3,4%, очаговый – у 10,7%, инфильтративный – у 30,5%, туберкулема – у 2,3%, туберкулезный плеврит – у 0,6% и внелегочный туберкулез – у 2,3%. Среди 135 (75,8%) больных туберкулезом легких поражение одного-двух сегментов наблюдали в 48,9% случаев, одной-двух долей – в 8,9% и трех долей и более – в 42,8%, при этом каверны выявлены в 22,2%, в т. ч. большие и гигантские – в 10,3%. У 85,2% больных туберкулезом органов дыхания были также диагностированы внелегочные локализации туберкулезного процесса, причем одна локализация – в 24,4% случаев, две – в 5,6%, три – в 4,5%, а четыре-пять – в 7,3%. Частота туберкулеза мезентериальных лимфатических узлов, брюшины и кишечника составила 27,3%, менингоэнцефалита – 9,1%, почек – 8,5%, селезенки – 7,4%, плеврита – 7,9%, периферических лимфатических узлов – 7,4%, костей и суставов – 1,7%, половых органов – 1,1%, перикардита и отита – по 0,6%. Выделение микобактерий туберкулеза (МБТ) установлено у 100 (56,2%) пациентов, при этом кроме мокроты у 12 больных МБТ выделены в моче и у 11 – в кале. Лекарственная устойчивость МБТ выявлена у 55% больных. Монорезистентность была в 8% случаев, полирезистентность – в 27% и МЛУ – в 20%. Вторичные нетуберкулезные заболевания были диагностированы у 29,5% больных: одно заболевание – в 21% случаев, два – 5,1% и три – в 3,4%. Кандидоз слизистых оболочек был у 15,3% пациентов, микобактериоз – у 10,2%, пневмоцистная пневмония – у 7,9%, цитомегаловирусная инфекция – у 4,0%, герпетическая инфекция – у 2,3%, лимфома – у 1,7% и саркома Капоши – у 1,7%. Среди 100 больных с выделением МБТ в интенсивной фазе лечения у 50 пациентов применили I режим химиотерапии (РХТ) и у 50 – IIб. Через 3 мес. лечения по I РХТ прекращение выделения МБТ было установлено у 6,0% больных, а при лечении по IIб РХТ – у 66% ($p < 0,001$). Через 12 мес. прекращение выделения МБТ было достигнуто в 77% случаев, а выделение МБТ продолжалось в 23% случаев. Среди 178 больных

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

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

эффективный и завершённый основной курс лечения был зарегистрирован в 41% случаев (73 чел.), неэффективный – в 25,9% (46 чел.), летальный исход – в 23% (41 чел.), прерывание лечения отмечено в 10,1% (18 чел.). Следует отметить, что амбулаторное лечение больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в значительной степени осложнено необходимостью двойного посещения: как фтизиатра в ПТД для специфического лечения, так и врача-инфекциониста в СПИД-центре для получения антиретровирусной терапии, которую получали 54,1% пациентов. В то же время установлен положительный факт, что концентрация пациентов в кабинете фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией у врача-фтизиатра, имеющего специализацию по инфекционным болезням, позволила качественно контролировать направление больных на стационарное лечение, прием противотуберкулезных препаратов при амбулаторном лечении и качественно проводить профилактическую работу в очагах туберкулезной инфекции.

Заключение

Создание кабинета фтизиатрической помощи больным ВИЧ-инфекцией и концентрация больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, имеет большое эпидемиологическое и клиническое положительное значение в повышении эффективности диспансерного наблюдения и лечения данного контингента с сочетанной патологией. В то же время уже назрела необходимость в рекомендациях по созданию отдельной группы диспансерного наблюдения для больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией. Это сразу снимет много проблем с эпидемиологическим контролем, статистикой, диспансерным наблюдением, комплексным лечением и санаторным этапом реабилитации, что должно существенно снизить эпидемиологическую опасность, повысить эффективность диспансерного наблюдения и создаст благоприятные условия для персонифицированного и индивидуализированного наблюдения и лечения данных пациентов у одного врача-фтизиатра.

Мишина Анастасия Владимировна, тел. + 7 (910) 459-18-90, e-mail: Av.mishina@yandex.ru

ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РОССИИ

О.Б. Нечаева

ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

Первые единичные случаи туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в России были зарегистрированы в 1987 году. Заболеваемость туберкулезом больных ВИЧ-инфекцией среди постоянного населения, вставшего на учет, в 2013 г. составила 1979 на 100 тыс. больных, что в 39 раз больше, чем в среднем по России (51,1 на 100 тыс. населения).

В 2013 г. доля больных в стадии вторичных проявлений среди впервые вставших на учет больных ВИЧ-инфекцией составляла 28,2%, а среди умерших по разным причинам, состоявших на учете, – 69,5%. Доля поздних стадий ВИЧ-инфекции (4Б, 4В и 5) составляет, соответственно, 14,3 и 56,5%. Вследствие регистрации причины смерти В20–В24 при поздних стадиях ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом растет показатель смертности от ВИЧ-инфекции и сокращается показатель смертности от туберкулеза. Среди состоявших на противотуберкулезном учете больных туберкулезом сокращается доля умерших от туберкулеза и, соответственно, растет доля больных, умерших от других причин (2007 г. – 40,9%, 2013 г. – 53,6%), прежде всего от ВИЧ-инфекции.

Растет доля детей, родившихся от матерей, имевших ВИЧ-инфекцию, от числа детей, родившихся живыми в роддомах Российской Федерации (2007 г. – 0,5%; 2013 г. – 0,8%). Учитывая, что большинство детей, родившихся от матерей с ВИЧ-инфекцией, все еще не прививается вакциной БЦЖ в роддоме, можно предполагать в перспективе рост заболеваемости туберкулезом детского населения.

Охват обследованиями на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете, растет (2007 г. – 54,6%, 2013 г. – 81,2%), но не достигает нормативного уровня. Лучевым методом в 2013 г. обследовано 80,8% больных ВИЧ-инфекцией, методом микроскопии мазка – 11,9%, культуральным методом – 5,0%, морфологическим методом – 0,9%.

Редко проводится химиопрофилактика туберкулеза: среди впервые вставших на учет – в 6,6% случаев (2007 г. – 2,3%), в контингентах больных ВИЧ, состоящих на учете, – в 4,8% случаев (2007 г. – 2,2%).

Если отношение к профилактике и выявлению туберкулеза останется на существующем в настоящее время уровне, то к 2020 г. ВИЧ-инфекцию будут иметь до 25–30% впервые выявленных больных туберкулезом и

50–60% умерших больных туберкулезом. Туберкулез в России становится не только основной, но и преобладающей причиной смерти больных ВИЧ-инфекцией, в отличие от так называемых высокоразвитых стран, где уровень инфицированности туберкулезом населения в десятки раз ниже, чем в России.

В соответствии с постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (зарегистрирован в Минюсте России 6.05.2014 г. № 32182):

- по эпидемиологическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры проходят 2 раза в год: ... ВИЧ-инфицированные; ...

- во внеочередном порядке профилактический медицинский осмотр на туберкулез проходят: ... лица, у которых диагноз «ВИЧ-инфекция» установлен впервые, если с момента последнего обследования прошло более шести месяцев, а также инфицированные ВИЧ в стадии вторичных проявлений (4А-4В) или инфицированные ВИЧ с низким уровнем CD4⁺ лимфоцитов (менее 350 кл/мкл);

- проба Манту проводится два раза в год: ...ВИЧ-инфицированным детям;

- подросткам, состоящим на диспансерном учете в наркологических, психиатрических учреждениях, а также ВИЧ-инфицированным, флюорографическое обследование проводится два раза в год;

- иммунизация против туберкулеза детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, проводится в родильном доме в том случае, если была проведена трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (тремя антиретровирусными препаратами в течение не менее восьми недель перед родами, во время родов и в периоде новорожденности). Для иммунизации применяется вакцина БЦЖ-М. Вопрос о вакцинации детей, не привитых в родильном доме, решается только после проведения диагностики ВИЧ-инфекции путем определения нуклеиновых кислот ВИЧ (ДНК/РНК) молекулярными методами в возрасте до 18 месяцев или

выявления антител к ВИЧ в возрасте старше 18 месяцев. При получении двух отрицательных результатов обследования ребенка на нуклеиновые кислоты ВИЧ (первое исследование в возрасте не менее одного месяца, второе – в возрасте не менее 4-6 месяцев) вакцинация против туберкулеза проводится на общих основаниях. Иммунизация против туберкулеза не проводится у детей при обнаружении нуклеиновых кислот ВИЧ и у детей с подтвержденной ВИЧ-инфекцией;

- специализированными медицинскими организациями по профилактике и борьбе со СПИДом обеспечивается проведение химиопрофилактики туберкулеза у взрослых ВИЧ-инфицированных лиц в установленном порядке. Химиопрофилактика туберкулеза проводится всем ВИЧ-инфицированным лицам, вне зависимости от степени иммуносупрессии и результата пробы с препаратом Диаскинтест®/реакции Манту при уверенном исключении активного туберкулеза.

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации (утвержден приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 932н, зарегистрирован в Минюсте России 7.03.2013 г. № 27557) в случае выявления у больного туберкулезом ВИЧ-инфекции по решению врачебной комиссии он направляется под наблюдение в кабинет противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекцией; при наличии показаний для стационарного лечения – в отделение для больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Исполнение этих федеральных документов не позволит осуществиться прогнозу. Влияние ВИЧ-инфекции на эпидемическую ситуацию по туберкулезу в России может сократиться. Проведение химиопрофилактики туберкулеза и своевременных обследований на туберкулез больных ВИЧ-инфекцией, осуществление прививок БЦЖ родившимся детям от матерей с ВИЧ, квалифицированное лечение туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией позволят большими темпами снижать заболеваемость туберкулезом и снижать суммарную летальность больных туберкулезом от туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

**Нечаева Ольга Борисовна, тел.: + 7 (495) 618-16-51 (раб.), + 7 (917) 517-92-78,
факс + 7 (495) 619-38-40, e-mail: nechaeva@mednet.ru**

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

В.В. Охтяркина^{1,2}, П.Н. Новоселов^{1,2}, И.Л. Маслова¹

Актуальность

Высокая заболеваемость туберкулезом населения Российской Федерации сопровождается увеличением среди больных пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Характерной особенностью туберкулезного процесса у данной категории больных является частое генерализованное распространение инфекции, которое нередко сопровождается развитием менингита. Клинические и лабораторные проявления данной формы туберкулеза у таких больных существенно различаются в зависимости от наличия ВИЧ-инфекции, что является причиной диагностических затруднений.

Цель исследования

Выявить особенности клинического течения, лабораторных показателей и исходов туберкулезного менингита у пациентов в зависимости от наличия ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы

Проведено ретроспективное когортное исследование 76 пациентов с туберкулезным менингитом, проходивших лечение в ОКПТД г. Челябинска в 2007–2011 гг. Первую группу составили 39 больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции, вторую – 37 больных без ВИЧ-инфекции. Полученные данные обработаны методами дескриптивной статистики, значимость различий между I и II группами оценивали с помощью U-критерия Манна-Уитни. Межгрупповые сопоставления по качественным параметрам осуществлялись с помощью критерия χ^2 Пирсона.

Результаты

Туберкулезный менингит у пациентов с ВИЧ-инфекцией является проявлением генерализованного туберкулезного процесса, провоцирующим фактором его развития является прекращение приема противотуберкулезных и/или антиретровирусных препаратов. Клиническая картина заболевания характеризуется коротким продормальным периодом, длительной фебрильной лихорадкой, развитием судорожного синдро-

ма, психическими нарушениями и очаговой симптоматикой ($p < 0,05$). Изменения в ликворе характеризуются более низким уровнем цитоза, белка, глюкозы и отсутствием фибриновой пленки ($p < 0,05$). Существенные различия между пациентами обеих групп выявлены при проведении туберкулиновой пробы, среднее значение папулы при постановке пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л в I группе составило $1,38 \pm 0,48$ мм, во II – $5,06 \pm 0,96$ мм ($p = 0,006$). Оценивая результаты лечения у больных обеих групп, следует отметить, что имело место более неблагоприятное течение заболевания в I группе. Летальный исход в течение первого месяца зарегистрирован у 25 (65,8%) пациентов, несмотря на проводимое лечение. У 12 больных (31,6%) на фоне адекватной терапии наступило быстрое улучшение самочувствия, что позволило им самостоятельно прервать лечение. Средний срок лечения в специализированном отделении составил $36,4 \pm 2,5$ дня. Однако результаты наблюдения в течение 12 месяцев показали, что преобладающее число (86,1%) больных умерло в течение этого срока от прогрессирования туберкулезного процесса при нарастании неврологической симптоматики, которая развивалась в период от двух до шести недель после самостоятельного прекращения приема противотуберкулезных препаратов. Полное выздоровление во II группе достигнуто у 25 пациентов (67,6%), выздоровление с остаточными изменениями в виде параличей и парезов – у шести больных (16,2%), летальный исход – у шести пациентов (16,2%). Средний срок госпитализации составил $221,4 \pm 15,4$ дня. 12-месячное наблюдение показало, что большинство больных (83,8%) продолжали наблюдение.

Выводы

Установленные клинико-лабораторные проявления туберкулезного менингита у ВИЧ-инфицированных позволяют оптимизировать выявление, диагностику и своевременное лечение данной патологии.

Охтяркина Валентина Вячеславовна, тел. + 7 (351) 262-82-06, e-mail: valent_optd@mail.ru

¹ ГБУЗ «Челябинский областной клинический противотуберкулезный диспансер».

² ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра фтизиатрии, г. Челябинск.

НЕОБХОДИМОСТЬ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ОПАСНОСТИ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО КОНТАКТА

Г.В. Панов^{1,2}, А.И. Цветков¹, Л.Н. Черноусова², Е.Е. Ларионова²

Актуальность

В России на данный момент туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ/ТБ) остается неуправляемой инфекцией в связи с наличием значительного бациллярного ядра. На фоне снижения общей заболеваемости туберкулезом происходит рост заболеваемости больных ВИЧ-инфекцией. В Свердловской обл. заболеваемость туберкулезом (ТБ) постоянного населения в 2013 г. составила 64,7 на 100 тыс. населения (2012 г. – 73,0), а при сочетании туберкулеза и ВИЧ-инфекции – 14,9 на 100 тыс. населения (2012 г. – 13,9). При этом доля больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией ежегодно увеличивается на 16–20%.

Цель исследования

Определение целесообразности изоляции пациентов с ВИЧ/ТБ из общего потока больных туберкулезом с точки зрения опасности микробиологического контакта.

Материалы и методы

Нами был проведен анализ результатов обследования пациентов с бактериовыделением за период с декабря 2012 г. по декабрь 2013 г. I группу составили больные коинфекцией ВИЧ/ТБ (179 чел.), II группу – больные ТБ (211 чел.). Все клинические изоляты микобактерий туберкулеза (МБТ) исследовали классическими методами (посев и определение лекарственной чувствительности – ЛЧ) и с использованием молекулярно-генетических методов. Также определяли видовую принадлежность выделенных микобактерий.

Результаты

Было выявлено, что МБТ, выделенные от больных ВИЧ/ТБ, чаще обладают первичной устойчивостью к химиопрепаратам, что проявлялось фенотипически (54% – при ВИЧ/ТБ, 44% – при ТБ) и подтверждалось генетически (наличие мутаций в 70,6% – при ВИЧ/ТБ, 52,9% – при ТБ). При этом у больных группы I (ВИЧ/ТБ) незначительно чаще выделялись МБТ с мутациями, ответственными за множественную лекарственную устойчивость (МЛУ) – 97,9%, по сравнению с группой II (ТБ), где доля МБТ с МЛУ составила 92,7%. Наблюдались различия по двойным мутациям: в группе I преобладало сочетание мутации в 315 кодоне гена *katG* и 15 кодоне гена *lnhA* (91,6%), а в группе II таковых было 69,2%. Также при оценке видовой принадлежности было обнаружено, что в группе I присутствуют нетуберкулезные микобактерии в 17,9% случаев, а в группе II – в 6,3% случаев.

Выводы

Изоляция больных с коинфекцией ВИЧ/ТБ в связи с особенностями иммунной системы организма является рациональной, так как высок риск инфицирования штаммами микобактерий туберкулеза с лекарственной устойчивостью и нетуберкулезными микобактериями, что осложняет лечение пациентов данной группы.

Панов Григорий Валентинович, тел. + 7 (950) 644-44-05, e-mail: grigoriy31183@yandex.ru

¹ ГБУЗ Свердловской области «Противотуберкулезный диспансер», г. Екатеринбург.

² ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза» РАМН, г. Москва.

СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС И МЕДИЦИНСКИЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, СОЧЕТАННЫМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И.В. Рыманова¹, Н.В. Сергеева¹, А.Л. Собкин¹, Л.С. Волковинская¹, В.Ю. Мишин^{1,2}

Цель исследования

Изучение социального статуса и формирование медицинского портрета больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы

Дизайн исследования – ретроспективное исследование больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, находившихся на стационарном лечении в Туберкулезной клинической больнице № 3 (ТКБ № 3). Лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов проводили по IIb и IV режиму химиотерапии в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г. и Национальным руководством по фтизиатрии (2007 г.) в сочетании с антиретровирусными препаратами (АРВП) в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых (2013 г.).

Результаты

В настоящее время в ТКБ № 3 функционирует 125 коек туберкулезного профиля (90 для мужчин и 35 для женщин) и шесть реанимационных коек для ВИЧ-инфицированных больных. Пациенты поступают по направлению противотуберкулезных учреждений (635 чел., 50,1%), инфекционных больниц (553 чел., 43,6%) и других медицинских организаций г. Москвы (80 чел., 6,3%). В 2011–2013 гг. в больнице пролечен 1241 человек (77,8% мужчин). Отмечена стабильно высокая доля пациентов в возрасте 30–39 лет, постепенный рост числа пациентов от 50 до 59 лет (с 6 до 18 чел.) и старше 60 лет (с 1 до 5 чел.). Увеличивается число работающих пациентов (2011 г. – 16,3%, 2012 г. – 23,4%, 2013 г. – 25,2%), но растет и количество пациентов, имеющих группу инвалидности (2011 г. – 12,5%, 2012 г. – 15,5%, 2013 г. – 23,5%), тогда как доля неработающих снижается (2011 г. – 71,2%, 2012 г. – 61,1%, 2013 г. – 51,3%). Основными путями заражения ВИЧ-инфекцией являются инъекционное употребление наркотиков (72,6%) и половой путь передачи инфекции (26,1%). Среди впервые выявленных больных туберкулезом у 71,2% первично была выявлена ВИЧ-инфекция, у 28,8% туберкулез и ВИЧ-инфекция выявлена одновременно. Туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией, выявляют в среднем на десятом году заболевания ВИЧ-инфекцией, сроки забо-

левания колеблются от 7 до 15 лет. Среди больных туберкулезом из контингентов (426 пациентов) в 17,4% случаев впервые был выявлен туберкулез и только потом, через какой-то период, присоединилась ВИЧ-инфекция. Среди пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечено увеличение количества заболевших туберкулезом среди лиц, употребляющих наркотики. Количество пациентов с впервые выявленным туберкулезом преобладает над другими группами, а за последние три года оно выросло почти в два раза. Туберкулез ВГЛУ в 2011 г. был диагностирован у 73,2% пациентов, в 2013 г. – у 71,8%, диссеминированный туберкулез, соответственно, у 26,8% и 28,2%. Генерализованный туберкулез выявлен у 273 пациентов (33,9%) из 815 впервые выявленных больных туберкулезом. В течение последних трех лет число пациентов с генерализованным туберкулезом увеличивается; с 70 больных в 2011-м до 114 – в 2013 году. За этот же период отмечен рост частоты вторичных заболеваний. Если в 2011 г. у 201 пациента было выявлено 106 вторичных заболеваний, то в 2013 г. у 311 было диагностировано уже 321 заболевание. Среди пациентов с впервые выявленным туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, МЛУ МБТ в 2013 г. выявлена в 19% случаев. При этом с 2011 г. количество больных с МЛУ выросло почти в три раза. Эффективность лечения туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией зависела от распространенности туберкулезного процесса, степени снижения количества CD4⁺ лимфоцитов в крови и уровня вирусной нагрузки, наличия вторичных заболеваний и приверженности пациента к лечению. В группе впервые выявленных больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, бактериовыделение установлено у 344 пациентов, каверны в легких были у 119. Среди пациентов, завершивших курс противотуберкулезной терапии в стационаре, прекращения бактериовыделения удалось добиться в 79,4% случаев и закрытия каверн – в 51,3%. Досрочно прервали лечение в связи с разными нарушениями режима 40% пациентов. Летальность среди больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, является высокой, что связано с распространенными и генерализованными тяжелыми формами туберкулеза, сочетанными с другими вторичными заболеваниями.

¹ ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения города Москвы».

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

Заключение

Туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, чаще болевают пациенты, употребляющие наркотики (40%, отмечена тенденция к увеличению данной группы больных), мужского пола (77,8%), в возрасте от 30 до 39 лет (хотя отмечена тенденция к увеличению числа пациентов старше 50 лет). По социальному составу преобладали не имевшие постоянной работы пациенты трудоспособного возраста (60,4%). Количество впервые выявленных пациентов с туберкулезом ежегодно

увеличивалось (54,7% – в 2011 г., 68,2% – в 2013 г.), преобладают распространенные формы туберкулеза ВГЛУ и диссеминированного туберкулеза, сочетающиеся с внелегочными поражениями. Отмечается также увеличение количества пациентов с наличием других вторичных заболеваний с 34,8% в 2011-м до 103,2% в 2013 году. Наличие нескольких вторичных заболеваний и генерализованного туберкулезного процесса в значительной степени ухудшает прогноз и увеличивает летальность данного контингента пациентов.

Рыманова Ирина Вячеславовна, тел. + 7 (903) 569-02-74, e-mail: tkb_3@mail.ru

ПОЛИОРГАНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ С ПОРАЖЕНИЕМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ И ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, СОЧЕТАННЫЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

И.В. Рыманова¹, Н.В. Сергеева¹, А.Л. Собкин¹, В.Ю. Мишин^{1,2}

Цель исследования

Изучение клинических проявлений и течения генерализованного туберкулеза с поражением органов дыхания (ОД) и центральной нервной системы (ЦНС), сочетанного с ВИЧ-инфекцией, при высоком уровне (более 10%) первичной множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ).

Материалы и методы

Дизайн исследования – проспективное исследование 70 больных туберкулезом, сочетанным с IV стадией ВИЧ-инфекции, мужчин было 58 (82,9%) и женщин – 12 (17,1%). Проводили стандартные клиничко-рентгенологические, лабораторные и микробиологические исследования, включая определение устойчивости к противотуберкулезным препаратам (ПТП) выделенных МБТ. Проводили диагностическую люмбальную пункцию с оценкой показателей клеточного и биохимического состава ликвора, микроскопическим исследованием методом Циля-Нельсена и посевом для выявления МБТ, криптококков, кандид, токсоплазм и другой грибковой и неспецифической бактериальной инфекции, а также молекулярно-генетическим исследованием на наличие ДНК цитомегаловируса, вирусов гепатитов В и С, герпеса и др. Лечение туберкулеза ОД и ЦНС проводили в соответствии с приказом Минздрава России № 109 от 21.03.2003 г. и Национальным руководством по фтизиатрии (2007 г.). При уровне первичной региональной МЛУ МБТ более 10% у пациентов применяли IIb режим химиотерапии (РХТ) с индивидуальным подбором комбинации ПТП: феназид

или изониазид, рифабутин, пипразинамид, этамбутол, амикацин или канамицин и левофлоксацин или офлоксацин. При подтверждении МЛУ МБТ микробиологическими методами пациентам назначали IV РХТ: протионамид, капреомицин, циклосерин, аминосалициловую кислоту и левофлоксацин или офлоксацин. Химиотерапию у всех больных проводили в сочетании с антиретровирусными препаратами (АРВП) в соответствии с Национальными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению ВИЧ-инфекции у взрослых (2013 г.). Кроме того, всем больным проводилось комплексное патогенетическое лечение, направленное на клинические проявления сочетанной патологии.

Результаты

Среди 70 больных у 24 (34,3%) пациентов был туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ) и туберкулезный менингоэнцефалит (ТМЭ), у 18 (25,7%) – туберкулез легких (ТЛ) и ТМЭ, у 10 (14,3%) – ТВГЛУ, ТМЭ и туберкулез кишечника, у семи (10%) – ТЛ, ТМЭ и туберкулез кишечника, у шести (8,7%) – ТВГЛУ, ТМЭ, туберкулез кишечника и мочеполовой системы и у пяти (7,1%) – ТВГЛУ, ТЛ, ТМЭ, туберкулез кишечника, мочеполовой системы, среднего уха и еще двух-четырех внелегочных локализаций. 66 (94,3%) больных, кроме того, еще страдали наркоманией и хроническим вирусным гепатитом В и С. Помимо туберкулеза были диагностированы и другие поражения ЦНС: у 16 пациентов – токсоплазмоз, у семи – гнойный стрептококковый и стафилококковый менингоэнцефалит (МЭ), у трех – криптококковый

¹ ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения г. Москвы».

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

и у одного – герпетический. У 7 (10%) больных количество $CD4^+$ лимфоцитов в периферической крови составляло 500–200 клеток/мкл, у 25 (35,7%) – 200–100 и у 38 (54,3%) – менее 100. Необходимо отметить, что уровень $CD4^+$ лимфоцитов в крови менее 100 клеток/мкл наблюдали у больных генерализованным туберкулезом с поражением ОД и ЦНС при их сочетании с другой внелегочной локализацией и при сочетании ТМЭ с поражением ЦНС другой этиологии. Острое начало заболевания наблюдали у трети больных ТМЭ, а стойкую субфебрильную и фебрильную температуру тела – практически у всех. У 45 (64,3%) пациентов не отмечали нарушения сознания, ступор имел место у 16 (22,8%) и кома – у девяти (12,9%) больных. Определяли наличие типичного для туберкулезного поражения ЦНС менингеального симптомокомплекса и положительного симптома Кернига, при этом поражение черепно-мозговых нервов встречалось в основном при сочетании с поражением ЦНС другой этиологии. Состав ликвора у больных ТМЭ характеризовался умеренным лимфоцитарным плеоцитозом, повышением белка, снижением сахара и хлоридов. В то же время при сочетании ТМЭ с неспецифическим гнойным МЭ преобладал выраженный нейтрофильный плеоцитоз, а при сочетании с токсоплазмозом или с герпесом отмечалось отсутствие цитоза. В процессе химиотерапии, антиретровирусного лечения и комплексной патогенетической терапии в течение 5–7 мес. у девяти (12,8%) больных был достигнут выра-

женный положительный клинический эффект сочетанных заболеваний, у 16 (22,8%) – незначительное улучшение, у девяти (12,8%) имело место прогрессирование сочетанных заболеваний и у 36 (51,4%) – летальный исход. Необходимо отметить, что результаты комплексного лечения больных имели существенные различия и зависели от исходного состояния иммунодефицита. Наиболее низкая эффективность лечения и высокая летальность (51,4%) отмечены у пациентов с количеством $CD4^+$ лимфоцитов в крови менее 100 клеток/мкл. При этом раннее применение АРВП оказывает определенный положительный эффект в виде увеличения $CD4^+$ лимфоцитов в крови и появления тенденции к уменьшению летальных исходов даже у этой группы пациентов.

Заключение

Генерализованный туберкулез с поражением ОД и ЦНС у больных с высоким уровнем первичной множественной лекарственной устойчивости возбудителя, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, имеет тяжелые клинические проявления и протекает крайне неблагоприятно, с высоким уровнем летальных исходов. Особенно это проявляется при низком количестве $CD4^+$ лимфоцитов в крови – менее 100 клеток/мкл, и сочетаниями с другими внелегочными локализациями и с другими патологиями. В этих случаях раннее назначение АРВП в значительной степени определяет эффективность комплексного лечения сочетанной патологии.

Рыманова Ирина Вячеславовна, тел. + 7 (903) 569-02-74, e-mail: tkb_3@mail.ru

ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫЕ ЛИЦА КАК ОСНОВНАЯ ГРУППА РИСКА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

М.В. Сеницын

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

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в г. Москве продолжает улучшаться. Постоянные жители болеют туберкулезом все реже, происходит замещение контингентов на представителей групп риска. Одной из основных групп риска являются ВИЧ-инфицированные лица. Среди больных туберкулезом постоянных жителей, впервые выявленных в 2013 г., 424 пациента имели туберкулез, сочетанный с ВИЧ-инфекцией (в 2012 г. – 438). При стабильном числе ежегодно регистрируемых впервые выявленных больных с сочетанной инфекцией доля случаев туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией, продолжает

расти. В 2013 г. она достигла 19,6% (в 2012 г. – 16,4%), в России этот показатель в среднем составляет 12,5%.

Люди, живущие с ВИЧ, ввиду снижения иммунологической реактивности в большей степени подвержены риску развития туберкулеза. Зачастую заболевание у них протекает нетипично, диагностический поиск требует применения дополнительных методов. Выявление и диагностика туберкулеза организованы в Московском городском центре профилактики и борьбы со СПИДом, при взаимодействии с противотуберкулезной службой города. Выявление осуществляется при периодических

плановых медицинских осмотрах (активное выявление) и по скринингу клинических симптомов (пассивное выявление, если пациент самостоятельно обратился за медицинской помощью с характерными для туберкулеза жалобами). Принципиальным является проведение необходимого диагностического обследования (вплоть до установления диагноза) вне противотуберкулезного учреждения для предотвращения контакта больных ВИЧ-инфекцией с больными туберкулезом. На территории МГЦ профилактики и борьбы со СПИДом в 2014 г. открыт кабинет раннего выявления туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией, в котором консультирует врач-фтизиатр, выполняются диагностические тесты, проводится химиопрофилактика туберкулеза. Раннее выявление туберкулеза проводится не только в МГЦ профилактики и борьбы со СПИДом, но и в учреждениях первичной медико-санитарной помощи (поликлиники по месту жительства, клиничко-диагностические центры). Диагностический минимум включает флюорографию и внутрикожный тест с антигеном туберкулезным рекомбинантным (АТР). Одним из наиболее важных разделов профилактической работы является проведение химиопрофилактики и превентивного лечения. Назначение превентивного лечения показано всем ВИЧ-инфицированным пациентам с латентной туберкулезной инфекцией, перенесшим ранее туберкулез, в том числе с формированием остаточных посттуберкулезных изменений, а также при снижении CD4⁺ менее 200 клеток в мкл. Превентивное лечение проводят двумя препаратами. Изониазид в дозе 10 мг/кг веса и пиразинамид в дозе 25 мг/кг (или

этамбутол 20 мг/кг), курс 6–9 мес. Также может применяться схема, состоящая из рифапентина в дозе 10 мг/кг и изониазида в дозе 10 мг/кг, прием препаратов один раз в три дня (два раза в неделю), курс 3–4 мес. Химиопрофилактику туберкулеза назначают при наличии контакта с больным туберкулезом, лицам из очага туберкулезной инфекции, а также всем впервые выявленным больным ВИЧ-инфекцией с CD4⁺ менее 350 клеток в мкл и в дальнейшем один раз в два года или при снижении показателей иммунитета. Химиопрофилактику проводят также двумя препаратами: изониазид в дозе 5 мг/кг и пиразинамид в дозе 25 мг/кг (этамбутол 20 мг/кг), курс 3–6 мес. При наличии постоянного контакта с больным туберкулезом химиопрофилактику проводят все время контакта. В исключительных случаях с целью химиопрофилактики возможно назначение изониазида в дозе 5 мг/кг в течение 6–9 мес. Превентивное лечение и химиопрофилактику назначает врач-фтизиатр, выдачу препаратов проводят в кабинете фтизиатра в МГЦ профилактики и борьбы со СПИДом, в кабинетах инфекционных заболеваний организаций первичной медико-санитарной помощи. Стадия выявленной ВИЧ-инфекции, уровень напряженности иммунитета во многом определяют течение и прогноз туберкулеза. Активная работа с группами риска в учреждениях первичной медико-санитарной помощи способствует раннему выявлению туберкулеза. Проведение АРТ пациентам с ВИЧ-инфекцией и профилактический прием противотуберкулезных препаратов предотвращают развитие туберкулеза и продлевают жизнь.

Синицын Михаил Валерьевич, тел. + 7 (910) 462-42-54, e-mail: msinitsyn@mail.ru

ДИНАМИКА СКИАЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ РАЗВИТИИ СИНДРОМА ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА И ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ

Е.Г. Фомин¹, С.П. Завражнов²

Наряду со стойким снижением заболеваемости туберкулезом органов дыхания, достигнутым за последние годы практически во всех группах населения, отмечается ее стойкий рост в группе лиц с синдромом приобретенного иммунодефицита, что делает актуальными исследования, проводимые у данных больных с сочетан-

ной патологией. Динамика (положительная или отрицательная) скиалогической картины позволяет судить об эффективности проводимой терапии или ее отсутствии, что, в свою очередь, позволяет проводить своевременную коррекцию лечения для достижения стойкого положительного эффекта.

¹ ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина Департамента здравоохранения г. Москвы».

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

На базе туберкулезной клинической больницы № 3 ДЗМ было проведено обследование 52 лиц с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания из числа лиц, больных синдромом приобретенного иммунодефицита. Все больные были выявлены при обследовании в стационаре. Все обследованные находились в трудоспособном возрасте, преобладали лица в возрасте 40 лет и моложе. Распределение по полу – в равных частях. По данным бактериологического исследования мокроты у всех больных сохранялась чувствительность выделенных штаммов к назначенным средствам бактериостатической химиотерапии. Оценку скиагической картины проводились с интервалом в две недели на протяжении двух месяцев. Оценивали динамику рентгенологических проявлений болезни. Среди больных преобладали лица с распространенными формами туберкулеза органов дыхания, почти у трети из них (16 чел.) туберкулез расценивался как генерализованный.

Через две недели у 13 чел. (25,0%) была получена положительная рентгенологическая динамика в виде уменьшения диссеминации, частичного рассасывания инфильтрации, нормализации структуры корней, нормализации легочного рисунка. У двух человек (3,9%) динамика была оценена как отрицательная, в виде нарастания диссеминации, снижения структурности корней, нарастания деформации и диффузного обогащения легочного рисунка. Через месяц от начала наблюдения положительная динамика (при сохранении положительной динамики у отмеченных выше пациентов) была зафиксирована еще у 11 человек (21,1%), отрицательная – у одного пациента (1,9%). Через полтора месяца от начала наблюдения положительная динамика была отмечена у 14 человек (26,9%), отрицательная – у одного (из числа тех, у кого при первом наблюдении установлена положительная). Через два месяца положительная динамика наблюдалась у 10 человек (19,5%), отрицательная динамика не была получена ни у одного человека.

По аналогичной методике проведено обследование 43 лиц с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания, инфицированных ВИЧ, но без признаков развития синдрома приобретенного иммунодефицита. Через две недели после начала лечения рентгенологическая динамика (как положительная, так и отрицательная) не была отмечена ни у одного больного. Через месяц после начала наблюдения положительная динамика была отмечена у четырех больных (9,1%), у двух больных (4,5%) была отмечена отрицательная динамика, у остальных больных рентгенологической динамики отмечено не было. Через полтора месяца после начала лечения положительная динамика была отмечена еще у 11 человек (25,5%), отрицательная – у одного (2,3%). Через два месяца положительная динамика была отмечена у 25 человек (58,1%), отрицательной динамики не было выявлено ни у одного больного.

Выводы

У лиц, больных СПИДом с впервые выявленным туберкулезом, отмечалась быстрая рентгенологическая динамика специфического поражения органов дыхания как в положительную, так и в отрицательную стороны, но с преобладанием динамики положительной, что значительно отличается от «классического» течения туберкулеза органов дыхания. Изложенное выше требует пересмотра кратности рентгенологического обследования таких больных в виде сокращения промежутков между обследованиями до двух недель. В то же время течение впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у больных, инфицированных вирусом иммунодефицита человека без признаков СПИДа, практически не отличается от течения туберкулеза у лиц неинфицированных, что не требует пересмотра кратности их рентгенологического обследования.

Завражнов Сергей Петрович, тел. + 7 (903) 975-61-30, e-mail: zhnoff@rambler.ru

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ И ТУБЕРКУЛЕЗ

КОНСАЛТИНГ – ВАЖНЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРИЕМ В РЕАЛИЗАЦИИ ИДЕЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ю.И. Лебедев

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Самообразование врача-фтизиатра предполагает работу с медицинской литературой, объем которой неуклонно растет, а информация, по данным «Cochrane Collaboration», не всегда бывает достоверной и в отдельных случаях способна вводить в заблуждение не только студентов-медиков, но и опытных врачей. Решение этой проблемы возможно путем реализации идей доказательной медицины (*evidence-based medicine*) – продуманного, строгого и последовательного применения достоверной научной информации в процессе принятия клинических решений у конкретных больных.

На современном этапе развития науки и медицины наиболее надежным доказательством эффективности и безопасности лечебно-диагностических методик являются данные рандомизированных клинических (контролируемых) исследований, их систематические обзоры и мета-анализ. Все большее дидактическое значение приобретает индивидуальная самостоятельная работа обучающихся по реферированию литературы. Активизация этого процесса возможна благодаря использованию новых инновационных образовательных технологий, которые являются сегодня объективной реальностью, существенным элементом развития системы профессионального обучения, формирующегося в рамках гуманистической парадигмы образования.

Одним из инновационных направлений образования является консалтинг. В широком смысле консалтинг – это помощь менеджменту в достижении заявленных целей. Применительно к обучению консалтинг предполагает деятельность педагогов, способную запустить механизмы самоорганизации и саморазвития, стимулировать индивидуальную и совместную деятельность обучающихся по решению конкретных образовательных задач.

Консалтинг – важный педагогический прием реализации идей доказательной медицины во фтизиопульмонологии. Необходимо особо обратить внимание на следующие положения консалтинга:

1. При отборе литературы следует использовать матричный и экспертный методы, позволяющие создать библиографический указатель с учетом принципов доказательной медицины. Работа обучающегося с рекомендованными источниками информации должна обеспечить критический и осмысленный отбор фактического материала для составления тематического обзора или реферата в русле высокопрофессионального подхода к изучаемой теме.

2. В методике управления чтением необходимо делать акцент на рефлексию, без которой нет учения. Известно, что человек, читающий книгу или выполняющий другую самообразовательную деятельность, заданную в образце сто раз, вполне может ничему не научиться. Цель рефлексии – вспомнить, выявить и осознать основные компоненты прочитанного: его смысл, типы, способы, проблемы, пути их решения, полученные результаты и тому подобное.

3. Реферирование литературы должно быть представлено в виде трех модификаций: сигнальное, предназначенное для выявления новой фактографической информации; оценочное, связанное с целенаправленной критикой, сравнением и отбором новой, ценной и полезной информации; рекомендательное – для выявления и отбора по результатам ценностного изучения содержания первоисточника только тех данных, которые имеют значение с точки зрения их практического использования в определенной сфере медицинской деятельности.

4. Для поддержания логики изложения материала и связи частей научного текста обучающимся следует использовать специальные языковые средства, встречающиеся в статьях по разной тематике и пригодные для адекватного применения при самостоятельном оформлении рефератов и обзоров.

5. Рекомендуемые темы рефератов должны быть отобраны в соответствии с узловыми вопросами фтизиатрии после углубленного авторского анализа тематического

материала. Освещение выбранной темы потребует от обучаемого широкого охвата различных разделов фтизиатрии, скрупулезного анализа и осмысления литературных данных. Примерный план изложения позволит лучше организовать эту работу, сконцентрировать внимание на важных для практического врача деталях и проблемных вопросах современной фтизиатрии.

6. Обучаемым предлагается завершать реферат созданием собственного алгоритма достижения цели, который выполняет роль теста на прочное усвоение материала и одновременно является формой реализации полученных знаний в практической деятельности. Дискретность алгоритма, последовательность в выпол-

нении простых действий организует мышление врача, позволяет использовать алгоритм при составлении ориентировочных основ действия в решении различных клинических задач.

Таким образом, консалтинговый подход к использованию информации в обучении фтизиопульмонологии является важным педагогическим приемом в реализации идей доказательной медицины и предполагает специальный отбор информационного материала и организацию реферативной деятельности обучаемых, с акцентом на рефлексию и создание собственных алгоритмов – эффективного завершения работы над изучаемой темой.

Лебедев Юрий Иванович, тел. + 7 (910) 213-53-25, e-mail: as.prof.lebedev@gmail.com

ФОРМИРОВАНИЕ КОМПЕТЕНЦИЙ ОБУЧАЕМЫХ В ОБЛАСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ПРИНЦИПАХ КОУЧИНГА

С.Н. Новикова

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

Несвоевременное выявление туберкулеза у детей и подростков является одной из причин сложной эпидемиологической ситуации в стране. Анализ объективных причин этого явления показал, что чаще всего оно обусловлено неготовностью и неспособностью специалистов разного профиля к установлению природы туберкулиновой аллергии, диагностической роли пробы с препаратом Диаскинтест®, учету особенностей патогенеза раннего периода первичной туберкулезной инфекции вследствие устаревших «знаниевых» методов обучения студентов и врачей на фоне лавинообразного потока информации и новых компьютерных технологий. Поэтому очевидна необходимость разработки и использования в учебном процессе интерактивных методов обучения по программе «Фтизиатрия» на основе новых федеральных государственных стандартов образования (ФГОС).

Одним из таких методов является использование принципов коучинга, хотя его роль в обучении в отечественной литературе освещена недостаточно. Существует несколько десятков определений коучинга в педагогике, которые в той или иной мере соответствуют действительности. Наиболее общим является представление о том, что «коучинг» – это система реализации совместного социального, личностного и творческого

потенциала участников процесса обучения с целью получения максимально возможного эффективного результата. При этом ставка делается на реализацию потенциала самого обучаемого.

Специалистами в области лингвистики предлагается обращать внимание на несколько толкований слова *coach*: перевозка пассажиров в междугороднем автобусе, репетиторство с индивидуальным подходом к обучаемому, тренировка футбольной команды. Все три вида деятельности преследуют четкую цель, индивидуальные подходы к ее достижению, формируют навыки работы в команде и высокую личную ответственность за окончательный результат. Для педагога это новый гуманный подход к обучению, четко поставленная цель, креативность, максимальная активизация мыслительной деятельности обучаемого и обучающего. Один из основоположников коучинга Тимоти Голви пишет, что идея коучинга пришла ему в голову во время работы инструктором по теннису. Исследование процессов обучения на примере спорта оказалось удобным благодаря ясности целей и возможности непосредственного наблюдения за их достижением. Автор заметил, что в условиях административно-командного типа обучения спортсмен полностью доверяет экспертной оценке тренера и сводит свою ответственность до уровня точного выполнения

того, что ему говорят. В результате такого подхода страдает готовность ученика учиться и нести за это ответственность. Обучение на принципах коучинга требует совместного выяснения целей обучения и только после этого определения таких стратегий и подходов, которые лучше всего работают именно для данного конкретного человека. Это мобилизует внутренние резервы обучаемого и устраняет привычные для него внутренние барьеры. При этом он вовсе не обязан четко осознавать все пресуппозиции коучинга. Хорошо поставленные преподавателем вопросы, посильные клинические задачи, расположенные в оптимальном алгоритмическом порядке, демократический тип педагогического общения формируют внутреннюю мотивацию, веру в себя, собственный потенциал, собственные силы, собственную способность достигать того, что важно.

Принципы коучинга в обучении своевременной диагностики туберкулеза у детей и подростков начали использоваться на кафедре фтизиопульмонологии КГМУ примерно в середине 80-х годов XX века и после апробации они были опубликованы в учебных пособиях по фтизиопульмонологии. При этом были решены следующие задачи:

- разработана гипотетическая модель диагностики, определяющая цель и маршрут следования в ходе учебного процесса с использованием специально разработанных ориентировочных основ действия и методов самоконтроля;
- организована максимальная активизация мыслительной деятельности благодаря эффективному обеспечению самостоятельной работы студентов как в аудиторное, так и во внеаудиторное время;
- реализованы меры по приобщению студентов-медиков к врачебной деятельности путем их адаптации в

условиях противотуберкулезной клиники с помощью консалтинга, создающего условия для коррекции общения студентов с больными.

Эффективность инновационных направлений коучинга испытана в шести группах студентов (72 чел.), обучающихся по модулю «Формы первичного туберкулеза».

В эксперименте участвовали три преподавателя, кандидаты медицинских наук, имеющие педагогический стаж более 10 лет. Каждый занимался с двумя группами. В I группе занятия проводились с использованием методических указаний по обычной методике. Во II группе предлагалось использовать инновационные методики на принципах коучинга. В результате проведенного эксперимента установлено, что средний балл в I группе на протяжении цикла колебался от 2,8 до 3,2 за все дни обучения. Незначительное увеличение среднего балла группы к концу цикла малодостоверно ($p > 0,05$). Во II группе к концу цикла отмечен существенный рост среднего балла с 2,8 до 4,0 ($p < 0,001$) за счет повышения оценок за исходный уровень знаний, интерпретацию туберкулиновых проб и проб с препаратом Диаскинтест® и обоснование диагноза. За тест достижения цели средняя оценка не увеличилась, возможно, за счет усталости, накопившейся при выполнении первых трех заданий.

Таким образом, принципы коучинга при обучении ранней диагностике туберкулеза у детей и подростков реализуются в ходе правильно организованной самостоятельной работы, обеспечивающей непрерывную индивидуальную деятельность обучаемых на аудиторных и внеаудиторных этапах самообразования с использованием специальных методических рекомендаций и объективной оценки преподавателем качества выполняемых заданий.

Новикова Светлана Николаевна, тел. + 7 (910) 213-53-70, e-mail: as.prof.lebedev@gmail.com