



Департамент здравоохранения г. Москвы
ГБУЗ «Московский городской научно-практический
центр борьбы с туберкулезом»
Межрегиональная общественная организация
«Московское общество фтизиатров»



МАТЕРИАЛЫ

III Ежегодной конференции московских фтизиатров «Профилактика заболевания как основа для снижения смертности от туберкулеза в мегаполисе»

17–18 сентября 2015 года

В соответствии с Распоряжением Департамента здравоохранения города Москвы от 31.08.2015 № 988-р 17 и 18 сентября 2015 г. состоялась Городская научно-практическая конференция «Профилактика заболевания как основа для снижения смертности от туберкулеза в мегаполисе».

В этом номере журнала мы завершаем публикацию поступивших в адрес Оргкомитета конференции тезисов, представляя вниманию читателей материалы по проблемам туберкулеза у детей и подростков, туберкулеза, сочетающегося с иными заболеваниями, включая коинфекцию ВИЧ/туберкулез, и по эпидемиологии и организации противотуберкулезной работы.

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

Редакционная коллегия

ТУБЕРКУЛЕЗ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ

ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ НА ТЕРРИТОРИИ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 15 ЛЕТ

Б.М. Асанов, Р.Б. Асанов, Е.Е. Харитонова

ГКУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ульяновск

Актуальность

Ульяновская область принадлежит к числу наиболее пораженных ВИЧ-инфекцией регионов России. К концу 2014 г. число зарегистрированных впервые больных с ВИЧ достигло 14 488 чел., распространенность – 1261,0 на 100 тыс. населения, число живущих с ВИЧ составило более 10 тыс. чел., т.е. почти 1% населения. Отмечается тенденция к росту числа больных с ВИЧ-инфекцией: в 2013 г. выявлено 889 случаев (показатель заболеваемости – 77,4 на 100 тыс. населения), а в 2014 г. – 1030 случаев (89,6 на 100 тыс. населения), рост в 1,2 раза. В 2001 г. из 4164 пациентов с ВИЧ-инфекцией туберкулезом болели семь (заболеваемость коинфекцией – 168,1 на 100 тыс. населения). На 01.01.2015 г. при кумулятивном числе пациентов с ВИЧ 14 231 чел. на учете с коинфекцией ВИЧ/туберкулез состояло 617 чел., из них 483 чел. (78,3%) – с активным туберкулезом. За 2014 г. выявлено с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез 225 больных – 30,6% от числа впервые взятых на учет больных туберкулезом. Заболеваемость коинфекцией составила 2241,7 на 100 тыс. населения, превысив показатель 2001 г. в 13,3 раза, а заболеваемость ВИЧ-негативного населения – в 33 раза. Доля впервые выявленных пациентов с коинфекцией от числа всех впервые выявленных больных туберкулезом выросла с 1,0% в 2001 г. до 30,6% в 2014 г. – в 30,6 раза.

Цель исследования

Изучение особенностей течения эпидемического процесса при сочетанной патологии «туберкулез/ВИЧ-инфекция» за 15 лет на территории Ульяновской области.

Материалы и методы

По истории болезни изучены впервые выявленные в 2014 г. (225 чел.) и за 7 мес. 2015 г. (134 чел.) пациенты с коинфекцией туберкулез/ВИЧ-инфекция.

Результаты

В целом мужчин было 145 чел. (64,4%), женщин – 80 (34,6%), причем отмечена тенденция к росту числа последних по сравнению с 2013 г. (30,5%), а в 2001 г. все пациенты были мужчинами. Подавляющее большинство больных были

в возрасте 20–50 лет (87,6%), постоянную работу имели только 19,6%, 26,7% находились ранее в местах лишения свободы. Инфицирование ВИЧ у выявленных в 2014 г. произошло при внутривенном употреблении наркотиков – в 44,4% случаев и половым путем – у 54,7%, что превысило показатель 2013 г. на 10,1%. В 2001 г. парентеральный путь инфицирования ВИЧ регистрировали в 100% случаев, «перекрест» показателей путей передачи ВИЧ произошел в 2009 г., когда стал превалировать половой. У двух детей в 2014 г. отмечен вертикальный путь передачи ВИЧ (0,9%).

При наличии коинфекции в 2014 г. у 77,2% туберкулез выявлен через 4–5 лет после установления ВИЧ-инфекции, у 22,4% ВИЧ и туберкулез выявлены одновременно, у 0,4% они диагностированы посмертно. Туберкулез выявлен у ВИЧ-инфицированных при обращении в 81,2%. В момент установления коинфекции ВИЧ был на 3–4А стадии у 22,7%, а у 77,3% – на 4Б и 4В стадиях. Основным методом выявления туберкулеза была лучевая диагностика (93,3% случаев), на бактериологические методы пришлось 0,5%, а у четырех больных (0,2%) диагноз туберкулезного менингита установлен на основании клинико-лабораторных данных. На ранних стадиях ВИЧ-инфекции диагностическая ценность пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным составила 84%, пробы Манту – 72%; при поздних стадиях ВИЧ их ценность была невысока.

При лучевой диагностике отмечали запаздывание рентгенологической картины от клинических проявлений туберкулеза, при этом через две-три недели выявляли легочную диссеминацию, четко видную при компьютерной томографии (КТ). При ультразвуковых исследованиях (УЗИ) паренхиматозных органов брюшной полости зарегистрированы мелкоочаговые поражения в 66,2% наблюдений.

При коинфекции бактериовыделение выявлено у 114 больных (50,6%), в 50% случаев (57 больных) всеми методами установлена множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ), а еще у шести пациентов (5,3%) – полирезистентность.

Выявление коинфекции при поздних стадиях ВИЧ (в 77,3%) отразилось на структуре клинических форм туберкулеза, отмечено нарастание генерализованных форм с полиорганными поражениями. Структура была следующей:

- 1) генерализованный туберкулез с полиорганным поражением – у 38 пациентов (16,8%), из них у 12 (31,6%) – с поражением ЦНС;
- 2) инфильтративный туберкулез легких – у 76 (33,3%), в том числе у 14 (18,4%) – осложненный плевритом;
- 3) диссеминированный – у 39 (17,3%);
- 4) милиарный – у 12 (5,3%);
- 5) туберкулезный менингит – у 7 (3,1%);
- 6) очаговый туберкулез – у 21 (9,3%);
- 7) туберкулезный плеврит – у 12 (5,3%);
- 8) туберкулез ВГЛУ, костей и суставов, периферических лимфоузлов и мочеполовой системы – в совокупности у 9,6% больных.

За 7 месяцев 2015 г. сочетанная патология выявлена у 134 чел. – 27,3% от числа впервые выявленных с туберкулезом. У восьми больных туберкулез выявлен посмертно при ВИЧ-инфекции как основной причине смерти. Остается высоким процент выявления туберкулеза на 4–5 году от начала ВИЧ-инфекции (81,7%) и больных с ее поздними стадиями: 4Б–В в 75,7% случаев. По сравнению с 2014 г. уменьшилась доля выявленных при обращении (с 81,2% до 66,4%). Негативной тенденцией в текущем году остается рост числа женщин (до 29,2%), заражение которых в 75% происходит половым путем. В 2015 г. 16 пациентов умерли в течение первого года наблюдения вследствие ВИЧ-инфекции в поздних стадиях с прогрессирующим течением вторичных заболеваний и туберкулеза. Основными формами туберкулеза были:

- 1) инфильтративный туберкулез легких в фазе распада, с бактериовыделением – 39,6%;
- 2) генерализованный туберкулез с полиорганными поражениями – 20,1%;
- 3) диссеминированный туберкулез легких в фазе распада, с бактериовыделением – 12,7%;
- 4) милиарный туберкулез – 7,4%.

МЛУ МБТ у больных с коинфекцией в 2015 г. выявлена в 51,5% случаев, имеет место неуклонный рост этого показателя с 2012 г., когда он был равен 34,6%.

Лечение больных в 2014 г. проводили согласно Федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Высокоактивную антиретровирусную терапию (БААРТ) удалось провести у 53,2% больных. При ранних стадиях ВИЧ-инфекции эффектив-

ность лечения туберкулеза не отличалась от таковой у ВИЧ-негативных лиц, при поздних стадиях ВИЧ без БААРТ течение туберкулеза прогрессировало.

Приверженность больных к лечению играла большую роль в достижении успеха; неудачи у каждого третьего пациента связаны были с отказами и перерывами в лечении.

ВИЧ-инфекция в поздних стадиях привела к смерти 63 пациентов в первый год наблюдения (28% от всех с коинфекцией), в том числе у 56 (88,9%) установлены поздние стадии ВИЧ-инфекции. В течение 2014 г. туберкулез явился причиной смерти у одного больного с сочетанной инфекцией.

Выводы

1) За 15 лет в Ульяновской области значительно выросло число пациентов с коинфекцией туберкулез/ВИЧ. В 2001 г. наблюдались ее единичные случаи у мужчин – потребителей парентеральных наркотиков, а к 2015 г. каждый третий пациент – женщина с преимущественно половым путем заражения ВИЧ-инфекцией. Заболеваемость сочетанной патологией выросла с 2001 г. по 2014 г. в 13,3 раза, а доля больных с коинфекцией среди впервые заболевших туберкулезом выросла в 30,6 раза.

2) Коинфекция туберкулез/ВИЧ чаще наблюдается среди социально уязвимых и в группах риска: лишь каждый пятый имеет постоянную работу, и треть была в местах лишения свободы, высок процент парентеральных потребителей наркотиков (44,4% в 2014 г.). Причем доля лиц трудоспособного возраста значительна – до 90%.

3) Коинфекцию туберкулез/ВИЧ выявляют при обращении до 81,2% (2014 г.), с тенденцией к улучшению показателя за 7 мес. 2015 г. – до 66,4%. Туберкулез чаще выявляют на поздних стадиях ВИЧ – до 77,3% на четвертый-пятый год с момента установления диагноза (до 81,7%).

4) Методом выявления туберкулеза остается лучевая диагностика – 93,3% случаев с лучшей визуализацией внутрилегочной диссеминации при КТ; диагностическая ценность кожных проб существенна лишь на ранних стадиях ВИЧ-инфекции.

5) При коинфекции туберкулез/ВИЧ основными формами туберкулеза являются генерализованные и остро прогрессирующие процессы с полиорганными поражениями (ЦНС до 31,6%), с бацилловыделением в 50,6% и регистрацией МЛУ в 50% случаев.

6) При своевременном выявлении туберкулеза на ранних стадиях ВИЧ-инфекции с использованием ускоренных методов определения чувствительности МБТ лечение туберкулеза по протоколам лечения на фоне БААРТ по эффективности не отличалось от ВИЧ-негативных случаев.

ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ МИКОБАКТЕРИЙ В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ НА СЕВЕРО-ЗАПАДЕ РОССИИ

Г.С. Баласанянц, В.Б. Галкин, З.М. Загдын

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России

Актуальность

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий (МЛУ-ТБ) и сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции (ТБ/ВИЧ) являются основным препятствием улучшения эпидемической ситуации по туберкулезу в стране. Сочетание МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ (МЛУ+ВИЧ+) значительно утяжеляет состояние больных, снижает эффективность лечения и способствует распространению инфекции.

Цель исследования

Оценить вклад больных МЛУ+ВИЧ+ в бациллярное ядро, известное противотуберкулезной службе Северо-Западного федерального округа, и успешность лечебных мероприятий среди этой категории больных туберкулезом.

Материалы и методы

Изучены сведения о путях поступления и снятия с учета больных ТБ/ВИЧ, собранные в формате годовых отчетов о бактериовыделителях (таб. 2500 статистической формы № 33) по восьми территориям СЗФО за период с начала 2012 г. до конца 2014 г. Все больные были разделены на четыре группы: основной группой были больные МЛУ-ТБ в сочетании с ВИЧ-инфекцией (МЛУ+ВИЧ+), в качестве групп сравнения выделяли пациентов МЛУ-ТБ без ВИЧ-инфекции (МЛУ+ВИЧ-), пациентов ТБ/ВИЧ, у которых отсутствовал МЛУ-ТБ (МЛУ-ВИЧ+) и больных без МЛУ и ВИЧ (МЛУ-ВИЧ-). В разработку вошли сведения о 12 942 бактериовыделителях, зарегистрированных в восьми территориях СЗФО в течение трех лет. Больные с МЛУ-ТБ, независимо от ВИЧ-статуса, составляли 39,4%, пациенты ТБ/ВИЧ – 10,1%. Пациентов с МЛУ+ВИЧ+ было 506 (3,9%).

В каждой группе анализировали трехлетнюю динамику бациллярного учета: доля больных, по разным причинам взятых на учет (с прошлых лет, впервые выявленные больные (ВВБ), прибывшие и т. п.) и снятых с учета (смерть, прекращение бактериовыделения, выбытие). При определении достоверности различий использовали методы непараметрической статистики.

Результаты

Среди больных МЛУ-ТБ (МЛУ+ВИЧ+) и (МЛУ+ВИЧ-) ВИЧ-инфицированные составляли 9,9%, у остальных бактериовыделителей частота выявления ВИЧ-инфекции была сопоставимой – 10,3%. В то же время среди больных ТБ/ВИЧ (МЛУ+ВИЧ+ и МЛУ-ВИЧ+) множественную лекарственную устойчивость МБТ регистрировали в 39,0%.

Группа МЛУ+ВИЧ+ оказалась динамичной и самой быстрорастущей группой: только 20,9% больных были на учете с начала

2012 г. (в группе МЛУ+ВИЧ- – 44,3%), а к концу 2014 г. она выросла на 86,8%, пополняясь за счет впервые выявленных пациентов на 40,3%, тогда как группа МЛУ+ВИЧ- – только на 24,7% ($p < 0,01$). Значительное различие предполагает, что лица, живущие с ВИЧ-инфекцией, чаще заражаются МБТ с МЛУ. Рецидивы и обострения среди МЛУ+ВИЧ+ были несколько чаще, чем среди МЛУ+ВИЧ- и составляли, соответственно, 10,3% и 9,1% и 11,7% и 9,1%. На МЛУ+ВИЧ+ больше влияли прибывшие из других территорий: 16,8% против 12,8% у МЛУ+ВИЧ- ($p < 0,01$).

Однако самой динамичной была группа пациентов МЛУ-ВИЧ+: только 18,8% были на учете с прошлых лет, на 59,0% она пополнилась за счет впервые выявленных больных. В этой группе отмечена как сравнительно высокая частота абациллирования – 36,9% (выше только в МЛУ-ВИЧ- – 59,7%), так и летальный исход от других причин – 24,5%. Достоверно чаще в МЛУ+ВИЧ+ по сравнению с МЛУ-ВИЧ+ регистрировали рецидивы (10,3% и 5,5%) и прибывших (16,8% и 7,9%, соответственно).

Структура больных МЛУ+ВИЧ+ отличалась от таковой у наиболее эпидемически благоприятной группы МЛУ-ВИЧ-. Если частота включения больных впервые выявленным туберкулезом в этих группах была сопоставимой – 40,3% и 49,8% (что отражает общую тенденцию доминирования впервые выявленных пациентов среди контингентов противотуберкулезных учреждений), то рецидивы чаще фиксировали в группе МЛУ+ВИЧ+ – 10,3% против 5,8% ($p < 0,01$), а обострения гораздо чаще были у пациентов основной группы – 11,7% против 1,6% ($p < 0,01$). Это объективизирует большую эпидемическую опасность сочетания МЛУ-ТБ и ТБ/ВИЧ.

Изучение эффективности лечебных мероприятий проводили по двум показателям – абациллированию и летальности (от общего числа состоявших на учете). При сравнении показателя прекращения бактериовыделения больных МЛУ+ВИЧ+ и МЛУ+ВИЧ- обнаружили, что в первой группе показатель составил 15,6% против 35,2% во второй ($p < 0,01$), что можно объяснить как патогенетическими, так и социально-эпидемиологическими особенностями течения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Удельный вес умерших от туберкулеза в основной группе составлял 3,7%, от других причин – 34,4%. В группе сравнения, в которой ВИЧ-инфекция не влияла на показатель, причиной смерти чаще был туберкулез: 14,5% и 7,0%, соответственно ($p < 0,01$).

Если сравнивать группы, в которых больные имели ВИЧ-инфекцию, но были с разным МЛУ-статусом, то прекращение

бактериовыделения в два раза чаще регистрировали при отсутствии МЛУ (МЛУ-ВИЧ+) – 36,9%, чем в основной группе – 15,6% ($p < 0,01$). Такое совпадение с вышеприведенными данными указывает на то, что отсутствие одного из отягощающих факторов (МЛУ или ВИЧ-инфекции) существенно улучшает эффективность лечения. В отношении частоты регистрации случаев смерти между группами МЛУ+ВИЧ+ и МЛУ-ВИЧ+ сохраняется однонаправленность: чаще регистрируют смерть от других причин (включая ВИЧ-инфекцию с проявлениями вторичного туберкулеза – В20.0), но показатели сопоставимы: летальность от туберкулеза в группах, соответственно, 3,7% и 4,7%, от других причин – 34,4% и 24,5% ($p < 0,01$), что позволяет предположить, что при наличии ВИЧ-инфекции влияние феномена лекарственной устойчивости на показатель менее значимо.

Анализ данных основной группы с наиболее благополучным течением туберкулеза – МЛУ-ВИЧ– показал, что эффективность лечения в ней многократно выше – 59,7% против 15,6% в основной группе ($p < 0,01$). В течение трех лет в этой группе умерло от туберкулеза 6,8%, от других причин – 5,4%. Первый

показатель почти в два раза выше такового при МЛУ+ВИЧ+ (3,7%, $p < 0,01$), а второй более чем в семь раз ниже, чем в основной группе – 34,7%, ($p < 0,01$) (следует учитывать особенности регистрации смерти при ТБ-ВИЧ), а суммарно летальность при МЛУ+ВИЧ+ многократно превышает таковую у больных без отягощающих факторов.

Следует подчеркнуть, что резервуар туберкулезной инфекции с бактериовыделением, особенно с МЛУ МБТ, при сочетании с ВИЧ-инфекцией имел тенденцию к росту: группа МЛУ-ВИЧ+ выросла за три года на 28,5%, МЛУ+ВИЧ+ – на 86,8%, в то время как группа МЛУ+ВИЧ– уменьшилась на 21,2%, а МЛУ-ВИЧ– – на 42,3%.

Заключение

Результаты исследования наглядно показали, что сочетание туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью МБТ и ВИЧ-инфекцией представляют значительную эпидемиологическую и клиническую проблему современной фтизиатрии. Поиск решений следует искать в комплексном подходе – предотвращении заболевания туберкулезом лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, и распространения МЛУ-ТБ.

Баласанянц Гоар Сисаковна, + 7 (911) 294-05-79, e-mail: balasanjanz@mail.ru

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО СПОНДИЛИТА У БОЛЬНЫХ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

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

ГКУЗ «Туберкулезная больница № 6 Департамента здравоохранения города Москвы»

Цель исследования

Изучить ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения туберкулеза позвоночника у ВИЧ-инфицированных больных и оценить эффективность нейро-ортопедической реабилитации.

Материалы и методы

С 2008 г. по июль 2015 г. на лечении находились 166 пациентов с туберкулезным спондилитом, из них оперированы 133. У всех больных диагноз туберкулеза был морфологически верифицирован. У 115 больных (80,1%) в раннем послеоперационном периоде осложнений не было, у 17 пациентов (12,8%) отмечали нагноение раны, у одного – перелом фиксаторов (0,7%). У всех больных проводили реконструктивно-восстановительные операции на пораженном отделе позвоночника, включавшие в себя некрэктомию костных очагов, удаление абсцессов и свищей, резекцию тел позвонков, декомпрессию спинного мозга, спондилодез. При распространенных и осложненных деструктивных процессах в телах позвонков, когда тяжесть местных специфических изменений не позволяла одномоментно выполнить радикальные вмешательства, предпочитали этапные операции. С 2014 г.

после проведения секвестрэктомий тел позвонков применяли системы для транспедикулярной и ламинарной фиксации Fixpine® компании Biomedical Co. Ltd. (Южная Корея).

Результаты

С 2008 г. по июль 2015 г. прооперировано 34 пациента. Варианты операций:

1. Двухэтапная:

а) торакотомия, резекция ребра, секвестрэктомия тел позвонков, передний корпородез аутоотрансплантатом ребра;

б) через 4 месяца – транспедикулярная фиксация.

2. Одномоментная: торакотомия, резекция ребра, секвестрэктомия тел позвонков, передний корпородез аутоотрансплантатом ребра. Транспедикулярная фиксация.

3. Декомпрессивная ламинэктомия. Транспедикулярная фиксация с фиксацией трансплантата.

4. Декомпрессивная ламинэктомия. Стабилизация ламинарными крючками Fixpine®.

Учитывая то, что 80% больных, поступивших в отделение, находились в тяжелом состоянии, обусловленном развитием туберкулезного процесса на фоне ВИЧ-инфекции (CD4+

менее 100 клеток/мкл) и ее вторичных заболеваний (цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, грибковые поражения), проведение оперативного лечения было показано для уменьшения интоксикации, связанной с туберкулезным процессом.

Эффективность хирургического лечения: регресс болевого синдрома – 100%, регресс спинномозговых расстройств – 80%, полное восстановление опорной функции – 90%, частичное восстановление опорной функции – 10%.

В послеоперационном периоде на фоне проводимой комплексной терапии (противотуберкулезная в сочетании с антиретровирусной) значения CD4⁺ поднимались до 200–250 клеток/мкл.

Противопоказаниями к оперативному лечению являлись септические состояния, при которых исход операции со-

пряжен с высоким риском летальности. В этих случаях проводили комплексное консервативное лечение. У 33 больных, которым проводили консервативное лечение (19,9%), сроки восстановления увеличивались на 1,5–2 месяца, генерализация туберкулезного процесса происходила чаще, чем у оперированных больных.

Заключение

Входящие в состав технологии методики лечения позволяют успешно решать задачи ликвидации хронической гнойной инфекции и максимально возможного анатомо-функционального восстановления позвоночного столба. Разработанные приемы остеосинтеза и способы контроля течения репаративного процесса обеспечивают возможность их использования в клинической практике.

Самохин Александр Яковлевич, тел. +7 (985) 991-03-72, e-mail: asamohin@bk.ru

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА У УМЕРШИХ С КОИНФЕКЦИЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗ/ВИЧ В ЭПОХУ ПЕРЕМЕН

С.Н. Лешок, И.А. Токмения, А.В. Бердюгин, Т.Е. Тюлькова

ГБУЗ Тюменской области «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Тюмень

Актуальность

Патоморфоз туберкулеза (ТБ) в XXI веке характеризуется глубокими качественными изменениями самого возбудителя, структуры форм заболевания, его осложнений, причин смерти и патоморфологических проявлений. Значительную роль в развитии негативной стадии патоморфоза оказывает ВИЧ-инфекция. Увеличение числа летальных исходов ВИЧ-инфицированных пациентов связано с «другими» причинами, среди которых особая роль отводится туберкулезу. В результате вышеперечисленных фактов в течение последних двух-трех лет появился ряд новых документов, в частности Федеральные и Национальные клинические рекомендации для лечения больных туберкулезом. При этом ужесточились требования к режимам химиотерапии, был пересмотрен II режим и исключена возможность эмпирического назначения пациентам с коинфекцией ТБ/ВИЧ препаратов, обладающих противомикробным действием в отношении неспецифической флоры, что могло затруднить диагностику неспецифической пневмонии у пациентов с коинфекцией. В связи с этим мы поставили перед собой цель выявить различия в клинической картине и данных аутопсии умерших при наличии коинфекции ТБ/ВИЧ до и после выхода новых приказов и клинических рекомендаций.

Материалы и методы

Проанализированы истории болезни стационарных больных вместе с результатами аутопсии умерших в ГБУЗ Тюменской области «Областной противотуберкулезный диспансер»

в 2011 г. (I группа, 51 чел.) и 2014 г. (II группа, 50 чел.) при наличии у них коинфекции.

Результаты

Пациенты I и II групп по возрасту достоверно не различались ($33,0 \pm 7,1$ и $36,7 \pm 6,6$ года, соответственно), не было достоверных отличий и по социальному портрету. Большинство проживало в г. Тюмени (68,2% и 76,4%, $p > 0,05$), лица БОМЖ встречались в единичных случаях, большую часть (92,1% и 76,0%, соответственно, $p > 0,05$) составили неработающие трудоспособного возраста. Доля лиц, употребляющих или употреблявших ранее наркотические вещества, составила 76,5% в I группе и 60,0% во II группе ($p > 0,05$, но отмечена тенденция к снижению доли подобных пациентов). Стаж употребления наркотических веществ был несколько выше в I группе: $11,9 \pm 5,5$ года против $9,0 \pm 4,1$ года, что могло косвенно свидетельствовать о длительности жизни с ВИЧ. Антиретровирусную терапию (АРТ) получали лишь отдельные пациенты, но с течением времени их стало немного больше: два – в 2011 г. и семь – в 2014 г.

Средний срок пребывания пациента на койке в изучаемых группах не различался ($30,4 \pm 29,3$ и $34,8 \pm 30,4$ дня, $p > 0,05$). Впервые выявленный туберкулез зарегистрирован у 43,1% пациентов I группы и 62% – II ($p > 0,05$). С 2011 по 2014 гг. увеличилось число случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя: с 9,8% до 30,0% ($p = 0,065$). В связи с этим выросло число пациентов, получавших лечение по IV режиму химиотерапии, – с 1,9% до

20,0% ($p = 0,022$). Отмечено, что «излюбленный» в 2011 г. II режим химиотерапии стали использовать несколько реже (18,0% против 29,4%, $p > 0,05$). Применение II режима в разных его вариантах (IIa или IIb) мотивировали тем, что входивший в его состав аминогликозид и/или фторхинолон воздействуют на неспецифическую флору, часто регистрируемую у пациентов с коинфекцией ТБ/ВИЧ. Анализируя количество неспецифических пневмоний, мы не выявили различий между группами: 96,0% и 88,0%, соответственно ($p > 0,05$), причем следует отметить небольшое уменьшение случаев диагностики внебольничной пневмонии в 2014 г. Кроме того, привлекло внимание снижение туберкулеза ЦНС и мозговых оболочек со 100% случаев в I группе до 50,0% случаев во II группе ($p = 0,039$). Прижизненная диагностика туберкулеза с двойной локализацией имела место у 27,5% (14 из 51 чел.) в I группе и 52,0% (26 из 50 чел.) во II, а поражение трех органов – у четырех пациентов из I группы (7,8%). Однако после аутопсии количество выяв-

ленных пораженных органов увеличивалось до пяти-восьми в обеих группах, поэтому при выявлении у пациента туберкулеза двух локализаций следует искать другие очаги поражения. По данным аутопсии, достоверных отличий в проявлениях внелегочного туберкулеза не зафиксировано. Наиболее часто встречались поражения внутригрудных лимфоузлов – 74,5% в I и 82,0% во II группе, мезентериальных – в 49,0% и 56,0% случаев, печени – 43,1% и 38,0%, почек – 56,9% и 52,0% и селезенки – 52,9% и 66,0% (во всех случаях $p > 0,05$). В единичных случаях на аутопсии выявляли туберкулез кишечника, надпочечников, поджелудочной железы.

Заключение

После выхода новых нормативных документов пациенты с коинфекцией ТБ/ВИЧ стали реже умирать от туберкулезного менингита, в старшем возрасте и с длительным стажем употребления наркотических веществ.

Лешок Светлана Николаевна, тел. + 7 (904) 491-86-41, e-mail: leshok.swetlana@yandex.ru

ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ГОДОВАЯ СТОИМОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

О.В. Обухова, С.А. Стерликов

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, г. Москва

Актуальность

В Российской Федерации, как и во все мире, отмечается рост как инфекции, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), так и коинфекции туберкулез/ВИЧ. В связи с этим особую актуальность приобретает необходимость планирования бюджета здравоохранения с учетом потребности в закупке весьма дорогих антиретровирусных препаратов. При этом следует учитывать, что часть пациентов может не завершить курс антиретровирусной терапии (АРТ) полностью, что затрудняет расчет стоимости терапии, основанной на применении определенных протоколов и стоимости их проведения. Следовательно, для финансового планирования закупок антиретровирусных препаратов полезно знать их ориентировочную годовую стоимость.

Цель исследования

Оценить ориентировочную годовую стоимость антиретровирусной терапии.

Материалы и методы

Ежегодно с целью подачи сведений в глобальный отчет ВОЗ по туберкулезу проводится сбор сведений о финансировании закупок антиретровирусных препаратов, числе их потребителей (в том числе лиц с сочетанной инфекцией туберкулеза и ВИЧ). Источник сведений – форма ВР-1Ф «Све-

дения о состоянии основных фондов медицинских организаций, оказывающих противотуберкулезную помощь, и финансировании противотуберкулезных мероприятий» (далее – ф. ВР-1Ф). Стоимость курса АРВТ по каждому субъекту Российской Федерации рассчитывали как отношение стоимости закупленных антиретровирусных препаратов к числу пациентов, которым проводили в отчетном году курс АРТ. Из дальнейших расчетов были исключены показатели по Республике Крым и г. Севастополю, в которых, в связи с особенностями переходного периода, отмечались существенно отличающиеся значения – 18 673 и 2632 руб. на курс, соответственно. При определении типа распределения данных по тесту Шапиро-Уилка выявлено несоответствие его нормальному ($W = 0,6$; $p < 0,01$), поэтому использовали непараметрические методы статистической обработки информации.

Результаты

В целом по Российской Федерации годовые затраты на АРТ составили 85 247 руб. на одного пациента, которому проводился курс такого лечения; медиана затрат на курсы по субъектам Российской Федерации составила 81 983 руб. на одного пациента. При этом затраты в 5% перцентиле составили 55 558 руб., в 25% квантиле – 73 019 руб., 75% квантиле – 93 259 руб., 95% перцентиле – 132 033 руб. на одного пациента,

которому проводился курс АРТ. Межквартильный интервал составляет 20 240 руб., что сравнительно немного.

Влияние географических и климатических факторов на стоимость курса было исключено путем картографирования.

Заключение

При планировании потребности финансирования закупок антиретровирусных препаратов можно исходить из медиан-

ных затрат на проведение курса антиретровирусной терапии – 85 247 руб. на одного пациента, которому проводился курс антиретровирусной терапии. При необходимости эту сумму можно скорректировать с учетом ожидаемой инфляции.

Стерликов Сергей Александрович, тел. +7 (925) 507-82-21, e-mail: sterlikov@list.ru

НЕТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МИКОБАКТЕРИИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ, ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СТАЦИОНАР

Г.В. Панов¹, А.И. Цветков¹, И.Ю. Андриевская², Е.А. Киселева², Е.Е. Ларионова²

Актуальность

В 30-е годы XX века впервые появились сообщения о быстросрастающих микобактериях, которые затем стали называть атипичными или нетуберкулезными. В настоящее время показано, что около 40 видов нетуберкулезных микобактерий (НТМБ) могут стать этиологическим агентом заболеваний легких. При этом отмечается тенденция к нарастанию заболеваний микобактериозом во многих странах, что, вероятно, связано с увеличением числа иммунокомпрометированных лиц, больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, а также с улучшением диагностики. Что касается возбудителя, то, как правило, из диагностического материала выделяются потенциально патогенные виды НТМБ: *M. avium*, *M. intracellulare*, *M. kansasii*, *M. malmoense*, *M. xenopi*, *M. fortuitum*, *M. chelonae*. Именно эти НТМБ являются главными этиологически значимыми микроорганизмами, вызывающими микобактериоз человека. При этом микобактерии *M. avium-intracellulare*-комплекса (MAC) являются истинно оппортунистическим СПИД-индикаторным заболеванием, которое развивается в 25–50% случаев у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Сами же микобактериозы имеют неблагоприятный прогноз в виде постоянного бактериовыделения, с частым обострением и высоким процентом летальных исходов.

В 2014 г. заболеваемость туберкулезом (ТБ) больных, страдающих ВИЧ-инфекцией, в Уральском федеральном округе составила 16,5 на 100 тыс. населения (2013 г. – 14,9 на 100 тыс. населения), при этом Свердловская обл. занимает ведущее место по заболеваемости туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, которая составила в 2014 г. 23,1 на 100 тыс. насе-

ления (2013 г. – 20,1), причем имеется тенденция к ежегодному росту показателя на 16–20%.

Цель исследования

Идентификация нетуберкулезных микобактерий, выделенных из диагностического материала ВИЧ-инфицированных пациентов, госпитализированных с подозрением на ТБ.

Материалы и методы

Были исследованы культуры микобактерий, полученных из мокроты больных, которые проходили лечение по поводу туберкулеза легких в ГБУЗ Свердловской обл. «Противотуберкулезный диспансер» г. Екатеринбурга в 2012–2013 гг. По наличию сопутствующей ВИЧ-инфекции были сформированы группы пациентов: группа I – 218 больных ТБ, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, группа II – 196 ВИЧ-отрицательных больных ТБ. Микобактерии выделяли культивированием на плотной среде Левенштейна-Йенсена. Первичную дифференциацию осуществляли с использованием теста с салициловокислым натрием и иммунохроматографическим тестом SD TB Ag MPT64 Rapid (BioLine, Standard Diagnostics, Inc., Республика Корея). Выделение ДНК из культур микобактерий проводили набором «М-Сорб-Туб» («Синтол», Россия), типирование до вида микобактерий осуществлялось с использованием набора реагентов GenoType® Mycobacterium CM (Hain Lifescience, Германия).

Результаты

Среди 218 пациентов группы I у 11 (5,1%), а в группе II – у двух (1,0%) из 196 пациентов были выделены НТМБ. При этом в I группе были идентифицированы следующие виды НТМБ: *M. avium* – в девяти случаях (81,8%), *M. intracellulare* – в одном

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

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

(9,1%) и микст *M. avium* и *M. tuberculosis* – в одном (9,1%). Во II группе определяли *M. kansasii* и *M. fortuitum* (по одному случаю).

Выводы

У ВИЧ-инфицированных пациентов частота выявления НТМБ выше, чем у пациентов без ВИЧ. При этом у пациентов с сочетанной патологией преобладали *M. avium*, что согласо-

уется с данными литературных источников. Исходя из вышесказанного, у пациентов с ВИЧ-инфекцией, в связи с особенностями иммунной системы организма, риск инфицирования нетуберкулезными микобактериями выше, чем у пациентов без ВИЧ-инфекции, что, возможно, осложняет лечение пациентов данной группы.

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

ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

А.Л. Собкин, Н.В. Сергеева, И.В. Рыманова, В.И. Павлюченков, М.В. Матросов, О.В. Батуринов, А.Е. Огнев
ГКУЗ «Туберкулезная клиническая больница № 3 им. профессора Г.А. Захарьина
Департамента здравоохранения города Москвы»

По данным научной литературы, в России более 50% пациентов с ВИЧ-инфекцией на стадиях 4Б, 4В, 5 умирают от туберкулеза.

За 2012–2014 гг. в Туберкулезной клинической больнице № 3 им. профессора Г.А. Захарьина пролечено:

- 1232 пациента с туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, среди которых преобладали впервые выявленные пациенты (71%);
- 880 пациентов с впервые выявленным туберкулезом, из которых пациенты с изолированным туберкулезом органов дыхания составили 59%, а с генерализованным туберкулезом – 41% (360 чел.);
- 352 пациента из числа контингентов, 60% составляли пациенты с туберкулезом органов дыхания и 40% (140 чел.) – с генерализованным туберкулезом.

Клинические формы туберкулеза органов дыхания у пациентов с впервые выявленным генерализованным процессом представлены следующим образом:

- диссеминированный туберкулез – 36%;
- туберкулез ВГЛУ – 26%;
- инфильтративный туберкулез – 22%;
- очаговый туберкулез – 11%;
- фиброзно-кавернозный туберкулез – 2%;
- туберкулема – 2%;
- экссудативный плеврит – 1%.

Клинические формы туберкулеза органов дыхания у пациентов из контингентов с генерализованным туберкулезным процессом распределились следующим образом:

- диссеминированный туберкулез – 41%;
- инфильтративный туберкулез – 26%;
- туберкулез ВГЛУ – 15%;
- фиброзно-кавернозный туберкулез – 11%;
- очаговый туберкулез – 5%;
- туберкулема – 2%.

У 360 впервые выявленных пациентов с генерализованным туберкулезом диагностировано 584 внеторакальные локализации туберкулезного процесса: абдоминальный туберкулез (включая туберкулез мезентериальных лимфоузлов, кишечника, печени) у 82% пациентов, туберкулез периферических лимфоузлов – у 30%, туберкулез селезенки – у 17,5%, туберкулез ЦНС (включая менингит, энцефалит, менингоэнцефалит) – у 15%, туберкулез мочеполовой системы – у 12,7%, туберкулез костей и суставов – у 2,5%, туберкулез ЛОР-органов – у 1,4%, туберкулез перикарда – менее чем у 0,3% пациентов.

У 140 пациентов из контингентов с генерализованным туберкулезом выявлено 182 внеторакальные локализации процесса: абдоминальный туберкулез (включая туберкулез мезентериальных лимфоузлов, кишечника, печени) – у 58%, туберкулез периферических лимфоузлов – у 20%, туберкулез селезенки – у 19%, туберкулез ЦНС – у 15%, туберкулез мочеполовой системы – у 11%, туберкулез костей и суставов – у 2%, туберкулез ЛОР-органов – у 1,4%, туберкулез перикарда – менее чем у 0,7%.

За 2012–2014 гг. пролечено 500 пациентов с генерализованным туберкулезом (360 – впервые выявленных и 140 – из контингентов). Из них выписано с улучшением 53%, умерло – 14,8%, досрочно выписаны по различным причинам – 20%, переведены в другие противотуберкулезные стационары – 12%. Всего за три года умерло 136 больных, из них 54% страдали генерализованным туберкулезом. Среди пациентов с генерализованным туберкулезом достоверно зафиксирована более высокая летальность, которая составила 14,8% против летальности у пациентов с изолированным туберкулезом органов дыхания, которая составила 8,4%.

За три года проведено 302 исследования на иммунный статус у впервые выявленных пациентов (охват составил 83%). По степени иммунодефицита они распределялись следующим

образом: у 75% выявлен уровень CD4⁺ лимфоцитов менее 200 клеток/мкл, у 16% уровень CD4⁺ составил от 400 до 200 клеток/мкл, а у 9% – более 400 клеток/мкл.

За три года проведено 103 исследования на иммунный статус у пациентов из контингентов (охват – 74%). У 79% выявлен уровень CD4⁺ лимфоцитов менее 200 клеток/мкл, у 13% – от 400 до 200 клеток/мкл и у 8% – более 400 клеток/мкл.

И у впервые выявленных, и у пациентов из контингентов преобладающей внелегочной локализацией было пораже-

ние органов брюшной полости и туберкулез периферических лимфоузлов.

Доля пациентов с генерализованным туберкулезом среди впервые выявленных и контингентов была практически одинаковой. Следовательно, пациенты с выраженным иммунодефицитом имеют больший риск развития генерализованного туберкулезного процесса, что увеличивает смертность в данной группе пациентов.

Огнев Александр Евгеньевич, тел. + 7 (965) 147-95-01, e-mail: aleksaognev@yandex.ru

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ, СОЧЕТАННОМ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

М.Н. Тилляшайхов, М.А. Хакимов, З.Р. Рашидов, С.Р. Набиев, Б.Н. Исмаилов

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова Минздрава Республики Узбекистан, г. Ташкент

Актуальность

Туберкулез (ТБ) у больных ВИЧ-инфекцией протекает качественно, имеет склонность к генерализации и прогрессированию из-за выраженного иммунодефицита, а также к частым поражениям печени и почек. На поздних стадиях ВИЧ-инфекции ТБ почти в 90% случаев является основной причиной смерти. При этом, как правило, имеет место гематогенная генерализация ТБ с легочными и внелегочными метастазами практически во всех органах. Пораженные ткани быстро подвергаются массивному разжижению и буквально нафаршированы микобактериями туберкулеза. Поэтому обнаружение комбинированных легочных и внелегочных локализаций ТБ некоторые авторы склонны рассматривать как один из признаков СПИДа. Нередки случаи сочетанного развития ТБ и других заболеваний. Учитывая высокую частоту поражений печени и почек у больных ТБ и СПИДом, немаловажная роль в диагностике отводится эхографии печени и почек.

Цель исследования

Изучить частоту эхографических признаков поражения печени и почек у больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Материал и методы

Комплексно обследованы 205 больных ТБ легких с ВИЧ-инфекцией. При анализе возрастного-полового состава ВИЧ-инфицированных больных ТБ установлено, что большинство пациентов этой группы – мужчины (75,7%), а самая многочисленная возрастная группа – 20–39 лет (51,2%). Помимо клинического осмотра и рутинных лабораторных, рентгенологических методов обследования проводили эхографию печени, желчного пузыря и почек на приборе «Интерскан-250», рабо-

тающем в режиме реального времени с использованием линейного датчика с частотой 3,5–5,0 МГц.

Результаты

Клинико-лабораторные и эхографические исследования печени и почек позволили у 111 (54,7%) больных туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией выявить патологию печени, у 33 (16,1%) – патологию желчного пузыря и у 65 (32,0%) – патологию почек. Среди этих пациентов были впервые диагностированы хронический лекарственный гепатит (18,0%), хронический гепатит (12,7%), хронический гепатит С (9,7%), хронический гепатит В (4,4%), хронический гепатит В и С (0,9%), цирроз печени (8,3%), хронический бескаменный холецистит (13,2%), желчно-каменная болезнь (2,9%), ВИЧ-ассоциированная нефропатия (12,2%), инфекция мочевыводящих путей (8,3%), нефротуберкулез (7,3%), нефролитиаз (1,9%), нефроптоз (1,5%) и амилоидоз почек (0,5%).

Среди клинико-лабораторных признаков поражения печени и почек были наиболее выражены и чаще наблюдались астеновегетативный синдром (46,8%), диспепсические расстройства (55,6%), увеличение печени (30,2%), тупые боли в области печени (30,7%), кожный зуд (30,7%) эхографические признаки патологии печени (47,3%).

Симптомы, характерные для патологии почек, у пациентов туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией были менее выражены. Так, тупые боли в области почек наблюдались у 22 пациентов (10,7%), лейкоцитурия – у 33 (16,1%), гематурия – у 26 (12,7%), дизурия – у 7 (3,4%) больных. Нарушения функциональных проб почек выявили только у 3 (1,5%), эхографические признаки патологии почек установили у 50 (24,4%) больных с ВИЧ-инфекцией.

Заключение

Туберкулез легких с ВИЧ-инфекцией в большинстве случаев сочетается с заболеваниями печени и почек, которые требуют лечения. Для своевременной диагностики заболеваний пече-

ни, желчного пузыря и почек, и выбора оптимального режима химиотерапии туберкулеза легких с ВИЧ-инфекцией целесообразно проводить клинико-лабораторные и эхографические исследования.

Рашидов Зафар Рахматуллаевич, тел. + 99 (890) 175-51-73, e-mail: Dr-zrr@mail.ru

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Т.В. Чеботарева¹, Л.И. Облогина¹, Н.Ю. Семенова², Э.В. Шигарева¹, А.М. Косинова², Н.М. Самойлова¹

ВИЧ-инфекция, вызывая нарушения в иммунном состоянии у детей, переболевших или страдающих туберкулезом, является фактором, способствующим прогрессированию заболевания или его рецидиву. В связи с этим вопросы противотуберкулезных профилактических мероприятий в данных группах наблюдения остаются актуальными. Первый случай заболевания туберкулезом детей, живущих с ВИЧ-инфекцией, в Ивановской обл. зарегистрирован в 2009 г. К настоящему времени наблюдаются девять детей (еще один ребенок выбыл в другой субъект федерации). Все дети были заражены ВИЧ-инфекцией от матери вертикальным путем. В родильном доме вакцинировано вакциной БЦЖ-М три младенца, один ребенок был вакцинирован в возрасте 6,5 мес. Остальные дети не были вакцинированы в связи с общемедицинскими противопоказаниями. Из 10 заболевших туберкулезом детей у семи выявлен контакт с больными туберкулезом родителями. Клиническая структура туберкулеза была следующая: у двух детей был диагностирован генерализованный туберкулез, у двух – диссеминированный, у трех – туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и еще у трех – первичный туберкулезный комплекс. Состояние у всех больных было тяжелым, с наличием выраженного синдрома интоксикации, респираторного синдрома и симптомов вторичных и сопутствующих заболеваний. Показатель CD4⁺ лимфоцитов в пределах нормы был у семи детей, у трех отмечали тяжелую иммуносупрессию. У семи детей с нормальными показателями CD4⁺ лимфоцитов проба

Манту с 2 ТЕ ППД-Л была положительной, что свидетельствует о сохраняющейся иммунной защите. У двух детей с тяжелой иммуносупрессией проба Манту и проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным были резко положительными, что, возможно, связано с высокой сенсibilизацией организма продуктами жизнедеятельности микобактерий туберкулеза. Все пациенты получали активное противотуберкулезное лечение в комплексе с АРТ. Результаты лечения у всех детей оказались благоприятными: у пяти человек – клиническое излечение туберкулеза и у четырех – значительное клиническое улучшение. В процессе наблюдения за детьми большое значение уделяли профилактическим мероприятиям. Детей выписывали в учреждения санаторного типа или в семью только при условии разобщенного контакта, после проведения беседы с родителями о необходимости соблюдения санитарно-гигиенического режима. После окончания основного курса химиотерапии все наблюдаемые получали противорецидивное лечение двумя противотуберкулезными препаратами (чаще всего использовали комбинацию изониазида с другим основным химиопрепаратом), длительность которого зависела от состояния ребенка, характера остаточных изменений и других факторов риска, в основном она составляла 3–6 месяцев. За период наблюдения с 2009 г. по настоящее время рецидива или прогрессирования туберкулезного процесса не отмечено ни у одного пациента.

Шигарева Эльвира Валерьевна, тел. + 7 (980) 688-17-74, e-mail: natasam2012@yandex.ru

¹ ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России.

² ОБУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер им. М.Б. Стоюнина», г. Иваново.

ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ МЕНИНГОЭНЦЕФАЛИТ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ: ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ

Г.С. Шмерица, М.В. Сеницын

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

Актуальность

Выяснение природы неврологических осложнений у больных ВИЧ-инфекцией остается сложной задачей, несмотря на постоянное совершенствование методов лабораторной диагностики. Красноречивее всего это подтверждает тот факт, что и при патологоанатомическом исследовании нередко не удается установить этиологию поражения ЦНС. Нервная система является одной из самых уязвимых у больных ВИЧ-инфекцией при выраженном иммунодефиците. На фоне роста кумулятивного числа ВИЧ-инфицированных больных и увеличения числа переходов ВИЧ-инфекции на поздние стадии увеличивается количество больных с клинической симптоматикой поражения центральной и периферической нервной системы.

На поздних стадиях ВИЧ-инфекции особенностью клинического течения туберкулезного менингоэнцефалита нередко является отсутствие патогномичных клинических симптомов, что требует дополнительных исследований на ранних этапах заболевания, когда высока еще эффективность этиотропной терапии и есть возможность избежать необратимых последствий поражения нервной системы.

Цель исследования

Изучить особенности течения туберкулезного менингоэнцефалита у больных ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы

В 2012–2014 гг. в отделениях Клиники № 2 МНПЦ борьбы с туберкулезом находились на стационарном лечении 1083 больных ВИЧ-инфекцией на стадии 4Б и 4В. Туберкулезный менингоэнцефалит выявлен у 71 (6,6%) пациента с сочетанной патологией в возрасте от 22 до 64 лет (средний возраст $37,0 \pm 1,2$ года.)

Результаты

У всех больных течение туберкулезного менингоэнцефалита имело подострый характер. Туберкулезный спондилит с различной степенью поражения нервной системы выявлен у 36 (3,3%) больных.

Необходимо отметить, что менингеальные знаки появлялись порой через три-четыре недели после начала заболевания. В дебюте заболевания состояние больных могло долгое время оставаться вполне удовлетворительным, хотя при этом

плеоцитоз ликвора достигал трехзначных цифр. Из очаговой симптоматики в неврологическом статусе наблюдали прежде всего глазодвигательные нарушения и пирамидный синдром. Важнейшими в диагностике туберкулезного менингита являются характерные изменения цереброспинальной жидкости. Плеоцитоз варьировал в пределах от 12 до 455 клеток/мкл. Важно отметить, что у трех (4,2%) больных плеоцитоз отсутствовал. Для туберкулезного менингита в сочетании с ВИЧ-инфекцией, особенно при выраженном иммунодефиците, в ликворе не редкость наличие нейтрофильного плеоцитоза как на начальном этапе заболевания, так и в последующие периоды. Несомненным подтверждением диагноза «туберкулезный менингоэнцефалит» является обнаружение в ликворе микобактерий туберкулеза (МБТ). ДНК МБТ методом ПЦР в ликворе выявлены у 50 больных (70,4%), что заметно превышает процент выявления МБТ у серонегативных пациентов. Обязательными показаниями к люмбальной пункции у больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции являются возникновение лихорадки и головной боли, а также появление судорожных припадков, нарастающей деменции. Это в большей мере относится к больным с низким иммунным статусом (количество $CD4^+$ лимфоцитов менее 200 клеток/мкл). Дифференциальная диагностика туберкулезного менингоэнцефалита проводилась с менингоэнцефалитами другой этиологии, криптококковым менингитом, нейросифилисом, церебральным токсоплазмозом, острой токсической энцефалопатией, опухолью головного мозга.

Заключение

В структуре патологии нервной системы у больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией лидирующее место занимает специфическое туберкулезное поражение. Для больных туберкулезным менингоэнцефалитом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, в клинической картине характерно наличие поздно возникающего менингеального синдрома и появляющейся затем очаговой неврологической симптоматики, которая развивается порой, несмотря на своевременно начатый адекватный курс противотуберкулезной терапии.

Шмерица Галина Семеновна, тел. + 7 (906) 707-64-95, e-mail: Shmeriga.galina@mail.ru

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ТУБЕРКУЛЕЗОМ

А.А. Шурыгин, А.Е. Ширинкина, И.П. Мирошникова, Е.В. Кулешов

ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России;
ГБУЗ Пермского края «Противотуберкулезный клинический диспансер «Фтизиопульмонология», г. Пермь

Актуальность

В Пермском крае острой проблемой остается рост числа больных с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза. В 2014 г. показатель заболеваемости коинфекцией возрос на 24% и составил 14,8 на 100 тыс. населения против 11,9 в 2013 г. В контингентах показатель сочетанной патологии в 2014 г. также вырос и достиг 29,8 на 100 тыс. населения. Отмечен неуклонный рост смертности от ВИЧ-инфекции. Показатель госпитальной летальности в стационаре только в первом квартале 2015 г. достиг 8,8% против 7,5% за аналогичный период 2014 г. В структуре летальности умершие больные с коинфекцией туберкулез/ВИЧ составили 51,9%.

Цель исследования

Изучение структуры летальных исходов пациентов с коинфекцией туберкулез/ВИЧ.

Материалы и методы

Проведен анализ 36 из 41 истории болезни пациентов с сочетанной патологией туберкулез/ВИЧ, умерших в первом квартале 2015 г. в стационаре Пермского краевого противотуберкулезного диспансера «Фтизиопульмонология».

Результаты

Основной причиной смерти пациентов – в 94,3% случаев (34 из 36 чел.) – стала ВИЧ-инфекция с проявлениями микобактериальной инфекции, а в двух остальных (5,7%) – рак почки с метастазами в легкие и церебральный токсоплазмоз (в сочетании с инфильтративным туберкулезом).

Среди умерших преобладали мужчины (77,1%), большинство в возрасте 31–40 лет – 74,3%, 71,4% – жители города; лица БОМЖ составили 5,7%. Не имели постоянной работы 82,8%, инвалидами по туберкулезу являлись 17,2%. Употребление наркотических веществ отмечено у 94,3%. 77,1% больных ранее находились в пенитенциарных учреждениях.

В 75,0% случаев ВИЧ-инфекция предшествовала развитию туберкулеза в среднем на 5,5 года, одновременное выявление обеих инфекций имело место в 11,1 случая, а у 13,7% туберкулезный процесс предшествовал ВИЧ-инфекции. Длительность наблюдения больных составила от одного года до восьми лет, причем длительность течения ВИЧ-инфекции до летального исхода составила в среднем 10 лет, а сочетанной патологии – шесть лет, даже при наличии у пациентов множественной лекарственной устойчивости микобактерий. Антиретровирусную терапию получали, но с перерывами, только 8,5% (3 чел.),

химиопрофилактику туберкулеза получал амбулаторно (через фтизиатра Центра СПИДа) только один пациент (2,8%), причиной смерти которого явился нераспознанный рак почки с метастазами в легкие, а активный туберкулез выявлен не был.

28,5% пациентов были доставлены в стационар экстренно по скорой помощи, 54,2% поступили по направлению фтизиатра, 17,3% переведены из инфекционного отделения. Менее 30 дней пребывали в стационаре 69,7% пациентов, за это время успели провести исследование диагностического материала методом ПЦР с выявлением ДНК микобактерий туберкулеза и определением их лекарственной устойчивости (ЛУ) у 18 пациентов (50%), из них ЛУ к рифампицину выявлена у 72,2%.

При оценке иммунного статуса у 80,6% пациентов (29 чел.) средний уровень CD4⁺ составил от 5 до 100 клеток/мкл у 72,4% (21 чел.), от 100 до 300 клеток/мкл – у 20,7% (6 чел.) и лишь у 8,5% (2 чел.) – свыше 300 клеток. Вирусная нагрузка определена у пяти пациентов – число копий составило от 300 тыс. до 8 млн в 1 мкл.

Патологоанатомическое исследование показало, что 41,7% (15 чел.) умерших имели 4В стадию ВИЧ-инфекции и генерализованный туберкулез с поражением лимфоузлов средостения, диссеминированный туберкулез легких с поражением мозговых оболочек, мезентериальных и забрюшинных лимфоузлов, почек, печени. 21 пациент (57,1%) умер от ВИЧ-инфекции 4Б стадии, из них казеозную пневмонию имели два пациента, остальные – генерализованные формы туберкулеза. Синдром полиорганной недостаточности присутствовал у всех умерших.

Заключение

Большинство умерших больных с коинфекцией туберкулез/ВИЧ были в возрасте от 31 до 40 лет (74,3%), проживали в городе (71,4%), имели черты социальной дезадаптации (отсутствие постоянной работы у 82,8%, пребывание в местах лишения свободы – 77,1%, лица БОМЖ – 5,7%, употребление наркотических веществ – 94,3% пациентов).

В половине случаев (51,9%) основной причиной смерти явилась терминальная стадия ВИЧ-инфекции. Генерализованная микобактериальная инфекция с полиорганными поражениями выявлена у 94,3%, с лекарственной устойчивостью МБТ к рифампицину по методу ПЦР – у 72,2%. Иммунный статус с содержанием CD4⁺ клеток менее 100 в мкл сопровождался высокой вирусной нагрузкой. Антиретровирусную терапию с перерывами получали только 8,5% пациентов, химиопрофилактику туберкулеза – один пациент (2,8%).

Шурыгин Александр Анатольевич, тел. + 7 (902) 835-92-16, e-mail: alex_shurygin@mail.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Р.Ю. Абдуллаев¹, Г.О. Каминская¹, О.Г. Комиссарова^{1,2}, О.О. Бережная^{1,2}, О.О. Коняева¹

Актуальность

Чувствительными индикаторами системного воспалительного ответа (СВО) являются изменения уровня реактантов острой фазы (РОФ). Наиболее значимыми РОФ являются С-реактивный белок (СРБ), сывороточный амилоидный белок А (САА), α 1-антитрипсин (α 1-АТ), гаптоглобин (ГГ) и фибриноген (Ф). СРБ обладает опсонизирующим эффектом в отношении бактерий. Формирующиеся комплексы передаются фагоцитирующим клеткам посредством локализованных на поверхности фагоцитов сайтов, имеющих сродство с СРБ. САА оказывает хемоаттрактантное действие на лейкоциты, усиливает их адгезию и инфильтрацию в ткани в участке воспаления. Кроме того, САА изменяет обмен холестерина, нарушая его транспорт из тканей и, возможно, тем самым способствует стабилизации мембран клеток, в том числе фагоцитирующих. α 1-АТ является универсальным ингибитором всех сериновых протеиназ, прежде всего нейтрофильной эластазы. ГГ, связывая ионы железа, изымает его из среды размножающихся микроорганизмов и тем самым реализует бактерицидный эффект. Ф участвует в образовании ограничительного вала вокруг участка экссудативного воспаления, а также является матриксом для репаративных процессов. Состояние СВО у больных туберкулезом легких с сочетанным сахарным диабетом (СД) до настоящего времени остается неизученным и представляет интерес для оценки течения и прогноза специфического процесса.

Цель исследования

Провести сравнительный анализ показателей системного воспалительного ответа по показателям РОФ у больных туберкулезом легких с сопутствующим сахарным диабетом и без него.

Материалы и методы

Обследовано 56 больных ТБ легких в сочетании с СД (основная группа). Группу сравнения составили 76 больных ТБ легких без СД. Возраст пациентов в сравниваемых группах колебался в пределах 19–76 и 18–64 лет. Мужчины составили, соответственно, 51,9% и 48,6%, женщины – 48,1% и 51,4%. Туберкулез был выявлен впервые у 42,3% и 43,4% больных, лечились ра-

нее – 55,8% и 50,0% пациентов. Рецидив процесса имел место только у одного (1,9%) больного в группе с сочетанной патологией и у пяти (6,6%) в группе сравнения. Различия выявлены по частоте отдельных форм туберкулеза: туберкулемы в группе с СД имели место у 19 (36,5%) больных, а в сравниваемой группе – у девяти (11,8%). Напротив, инфильтративный туберкулез легких имел место у 11,5% и 36,8% больных, соответственно. По частоте других форм туберкулеза существенные различия между группами отсутствовали. Бактериовыделение и распад легочной ткани обнаруживали у подавляющего большинства пациентов обеих групп.

Содержание СРБ, α 1-АТ, ГГ и Ф определяли иммунотурбидиметрическим методом, САА – методом иммуноферментного анализа. Контрольную группу для определения колебания нормальных величин α 1-АТ и ГГ составили 49 здоровых добровольцев.

Результаты

Установлено, что уровни всех РОФ увеличились в обеих группах пациентов, но частота этих изменений в сравниваемых группах была разной. Уровень САА был увеличен у подавляющего большинства пациентов обеих групп (97,8% у больных ТБ и СД и 98,7% у пациентов ТБ без СД). В отличие от САА уровень С-реактивного белка, признанного классическим показателем системного воспаления, был увеличен у большинства больных ТБ без СД и в два раза меньше у больных ТБ и СД (80,3% и 43,1%, соответственно; $p < 0,01$). Уровень α 1-АТ был увеличен у 84,5% больных ТБ и СД и у 68,5% больных ТБ без СД. Уровни ГГ и Ф выросли с почти одинаковой частотой в обеих группах пациентов.

Было установлено, что содержание всех изученных РОФ превышало верхнюю границу нормы у больных обеих групп. При этом рост СРБ оказался достоверно более значительным у больных без сопутствующей патологии. Если у больных с сочетанной патологией уровень СРБ составил $28,5 \pm 5,1$ мг/л, то у больных без СД он достиг $41,7 \pm 2,8$ мг/л ($p < 0,01$). Аналогичные сдвиги были обнаружены при изучении концентрации САА ($106,1 \pm 13,7$ мг/л и $141,7 \pm 3,8$ мг/л, соответственно; $p < 0,02$).

¹ ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва.

² ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва.

Уровни $\alpha 1$ -АТ ($2,4 \pm 0,09$ г/л и $2,2 \pm 0,1$ г/л, соответственно) и ГГ ($1,77 \pm 0,14$ г/л и $1,6 \pm 0,1$ г/л, соответственно) в обеих группах достоверно не различались. По уровню Ф между группами выявлены достоверные различия. У больных без сопутствующей патологии средние значения Ф превышали таковые у пациентов с сопутствующим СД ($4,4 \pm 0,1$ г/л и $4,1 \pm 0,1$ г/л, соответственно; $p < 0,05$).

Выводы

Повышение содержания РОФ свидетельствует о наличии СВО в обеих группах больных. Однако проявления СВО у больных туберкулезом в сочетании с СД оказались менее выраженными, чем у пациентов группы сравнения, что, вероятно, связано с нарушениями синтеза провоспалительных цитокинов, инициирующих синтез РОФ.

Абдуллаев Ризван Юсифович, тел. + 7 (903) 226-81-22, e-mail: rizvan0403@yandex.ru

ДЕСТРУКТИВНЫЕ ПНЕВМОНИИ В КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Р.Ш. Валиев, Н.Р. Валиев, Р.М. Фаттахова

ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России

Актуальность

В последние годы отмечается рост числа пневмоний, протекающих с атипичной клинической картиной, что приводит к диагностическим ошибкам. Затяжное течение деструктивных пневмоний, большей частью без выраженной клиники острого абсцесса на фоне не всегда адекватной противомикробной терапии, особенно при использовании антибиотиков-дженериков, нередко принимается за инфильтративный туберкулез в фазе распада.

Цель исследования

Установить клинко-рентгенологические критерии дифференциальной диагностики деструктивных пневмоний и инфильтративного туберкулеза в современных условиях.

Материалы и методы

Проведен анализ 180 больных деструктивной пневмонией, поступивших в стационар противотуберкулезного диспансера. 61,2% пациентов были старше 40 лет, мужчины составили 85,0%. Для сравнительной оценки клинко-рентгенологической картины одновременно изучены истории болезней 159 больных впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких. Среди них мужчин было 82,2%, лиц старше 40 лет – 53,7%. Длительность болезни при пневмонии до госпитализации не превышала одной недели у 5,6% пациентов, у 16,7% составляла 1–2 нед., у 32,2% – 2–4 нед., у 14,4% – 4–6 и у 31,1% – более 6 нед. До госпитализации лечение не проводили у 40 больных, остальные лечились в общесоматических больницах. Обращает внимание тот факт, что только у 54 больных отмечалось некоторое клиническое улучшение без выраженной рентгенологической динамики; у 86 лечение было полностью неэффективным, в том числе у 50 обнаружено прогрессирующее течение заболевания.

По рентгенологической картине у 36% больных деструктивные пневмонии были ограниченными (в пределах субсегмента), у 21,3% – сегментарными и бисегментарными, у 28% – долевыми и субтотальными, у 14,7% – многофокусными.

Результаты

У абсолютного большинства больных туберкулезом (98,1%) процесс располагался в апикодорсальной группе сегментов (I, II, VI), в то время как при пневмонии такой закономерности не выявлено. У 30% пациентов пневмония была выявлена в III сегменте, средней доле и сегментах базальной пирамиды. Такая локализация в сочетании с клиническими проявлениями позволяла с большой долей вероятности быстро исключить туберкулез и назначить адекватную терапию. У остальных 70% больных пневмония располагалась в тех же сегментах, что и туберкулез. Диаметр полостей до 2 см отмечен у 14,7%, 2–4 см – у 28,0%, 4–6 см – у 25,3% и у 32,0% он был больше 6 см.

В 52% случаев полости распада были одиночными, в остальных – множественными. Множественная деструкция выявлялась при инфильтратах сегментарной или лобарной протяженности. Такой распад встречается и при туберкулезе, и раке, однако при пневмонии в течение нескольких дней формируется единая большая полость, а при туберкулезе и раке за этот период картина остается стабильной. При деструктивной пневмонии в 58% случаев отмечали отчетливое увеличение регионарных лимфоузлов, тогда как при туберкулезе оно не встретилось практически ни в одном случае (при отсутствии ВИЧ-инфекции). Уровень жидкости отчетливо определялся у 62,7% больных пневмонией, в основном при нижнедолевой локализации; при свежих деструктивных формах туберкулеза скопления гноя в каверне мы не отметили. Очаговая структура тени считается характерной для туберкулеза. Нами установлено, что в 16% случаев при неполном и неравномерном рассасывании вокруг абсцесса возникали очаговоподобные тени, которые исчезали со временем при эффективном лечении. Острое развитие процесса на фоне полного клинического благополучия при туберкулезе встречалось крайне редко, тогда как при пневмонии – в 69% случаев. У 14,4% пациентов пневмония развивалась постепенно, у 13,3% острому началу предшествовал продромальный период с субфебрильной

температурой, ночной потливостью, что, по-видимому, было связано с предшествующей вирусной инфекцией.

Частоту и выраженность клинических проявлений необходимо сравнивать с протяженностью рентгенологических изменений, так как анализ показал, что при равной рентгенологической протяженности процесса при пневмонии клинические симптомы были гораздо более выраженными. Необходимо отметить, что в общей лечебной сети, особенно в поликлиническом звене, при лечении бронхолегочной патологии, в том числе и пневмоний, в настоящее время широко применяют фторхинолоны II поколения. Возможно, в связи с этим появлялись затруднения при выявлении кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) в мокроте больных. Трудности возникают также при пневмониях у лиц с клиническим излечением туберкулеза, когда в зону деструкции попадают старые очаги, и в мокроте больных обнаруживали КУМ. В этих случаях правильному установлению диагноза помогало использование других критериев. Лечение больных деструктивными пневмониями, поступающих в противотуберкулезные учреждения, имеет свои особенности. Это связано с тем, что многие из них до поступления уже получали те или иные антибиотики различных фирм. При этом в выписках, как правило, указываются международные непатентованные названия (МНН), что не всегда позволяет оценить их эффективность при от-

сутствии информации о патентованном названии препарата. Необходимо стремиться к тому, чтобы в стационарах ПТД лечение пневмоний проводилось оригинальными препаратами, особенно при подозрении на стафилококковую или анаэробную инфекции. В этих случаях наиболее эффективными оказываются линезолид (зивокс) или моксифлоксацин (авелокс), а также защищенные аминопенициллины (аугментин), цефалоспорины (сульперазон) и карбапенемы (тиенам, меронем) при их внутривенном использовании.

Заключение

В дифференциальной диагностике деструктивной пневмонии и туберкулеза легких при отсутствии данных, подтверждающих диагноз (обнаружение микобактерий туберкулеза, характерная клиничко-рентгенологическая картина), большое значение приобретает тщательный анализ анамнеза, симптоматики, лабораторных данных, рентгенологических данных в динамике с обязательным проведением клиничко-рентгенологических сопоставлений. Ошибочный диагноз туберкулеза или подозрение на него возникают из-за объективных трудностей, связанных с необычной клиничко-рентгенологической картиной болезни, недостаточно полным обследованием, нерациональной лечебной тактикой на первых этапах, которые искажают клиничскую и рентгенологическую картину болезни.

Валиев Равиль Шамилович, тел. +7 (987) 296-10-60, e-mail: ravil.valiev@tatar.ru

ОБОСТРЕНИЕ ЛАТЕНТНОЙ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С САРКОИДОЗОМ, ПОДВЕРГАЮЩИХСЯ ИММУНОСУПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДАМИ

Ю.Ю. Гармаш, С.Е. Борисов

*ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»*

Актуальность

Иммуносупрессивная терапия в настоящее время позволяет успешно решать проблемы сохранения жизни и возвращения трудоспособности при самых различных заболеваниях, относящихся к ревматологии, иммунологии, дерматологии, гастроэнтерологии, ряду иных специальностей. Однако при современной иммуносупрессивной терапии неизбежны и серьезные нежелательные явления, одним из которых является значительное – в десятки раз – повышение риска заболевания туберкулезом (ТБ). Наибольшее распространение получило лечение глюкокортикостероидными препаратами (ГКС), которые играют большую роль в формировании и течении таких патофизиологических реакций организма, как воспаление,

реакции общего адаптационного синдрома, в развитии иммунологических процессов. Наряду с положительным влиянием на организм и на проходящие в нем патологические процессы, ГКС в результате торможения синтеза белков и образования антител, снижения активности Т-клеток, подавления лимфопоэза, задержки развития грануляционной и рубцовой ткани обуславливают обострения хронических латентно протекающих инфекционно-воспалительных заболеваний. При длительном лечении заболеваний, не позволяющих уменьшить дозу вводимых препаратов или прервать лечение, возможно появление серьезных осложнений, которые превращаются в сопутствующие заболевания (стероидный диабет, язвенная болезнь, стероидный туберкулез и т. п.) и требуют специальной

длительной терапии. Системная терапия ГКС при саркоидозе признана наиболее эффективной и относительно безопасной, но полностью исключить риск развития туберкулеза на фоне их длительного приема нельзя.

Цель исследования

Дать клиническую характеристику больных саркоидозом, у которых развился туберкулез органов дыхания.

Материалы и методы

На базе Клинико-диагностического центра (КДЦ) МНПЦ борьбы с туберкулезом организована консультационная помощь пациентам с подозрением на саркоидоз и больным саркоидозом, проходящим комплексное обследование и лечение под наблюдением пульмонологов и терапевтов медицинских организаций г. Москвы. В 2013–2014 гг. в КДЦ обследовано 3492 пациента с саркоидозом. Фтизиатр при первичном скрининге такого пациента дает ответы на следующие вопросы: имеются ли у больного основания для установления диагноза туберкулеза органов дыхания или внелегочной локализации? Имеются ли у больного неактивные изменения после туберкулеза, излеченного спонтанно или в результате лечебных мероприятий? Имеет ли место у больного латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ)? При отрицательных ответах учитывают возможность присоединения микобактериальной инфекции в будущем, что обычно требует регулярных консультаций фтизиатра в условиях КДЦ МНПЦ борьбы с туберкулезом.

Результаты

По состоянию на август 2015 г. по направлению КДЦ и медицинских организаций г. Москвы в стационаре Клиники № 1 МНПЦ борьбы с туберкулезом было пролечено 11 больных (0,3% от состоявших под наблюдением) с установленным, согласно международным требованиям, диагнозом саркоидоза органов дыхания и активным туберкулезом, еще у одной больной были повторно высеяны кислотоустойчивые микобактерии, идентифицированные как нетуберкулезные. У шести пациентов был диагностирован инфильтративный туберкулез, у одного – очаговый и у четырех пациентов – туберкулезный менингоэнцефалит, сочетанный в двух случаях с туберкулезом органов дыхания (милиарный туберкулез и туберкулезный плеврит – по одному случаю), микобактериоз легких диагностирован в одном случае (*M. avium complex*).

У четырех больных в мокроте были выявлены микобактерии туберкулеза (МБТ), у двух – ДНК МБТ в спинномозговой жидкости, у одного – ДНК МБТ в плевральном экссудате. Лекарственная устойчивость МБТ имела место у четырех пациентов. Фокусное поражение вещества головного мозга обнаружено у трех больных. Распад легочной ткани наблюдался у четырех пациентов.

Саркоидоз был установлен на основании клинико-рентгенологической картины и результатов гистологического исследования биоптатов за несколько лет до выявления туберкулеза у девяти больных. Признаков активного туберкулеза, посттуберкулезных изменений, изменений в легочной ткани, требовавших дифференциальной диагностики с туберкулезом или с посттуберкулезными изменениями, у этих пациентов на момент установления диагноза саркоидоза не имелось. Вероятность наличия у этих пациентов ЛТИ, повышающей риск развития туберкулеза, оценить было проблематично по причине снижения туберкулиновой чувствительности вскоре после появления первых клинических признаков саркоидоза, частота же отрицательных туберкулиновых проб у излеченных от саркоидоза, по литературным данным, лишь немного меньше, чем при активном процессе. У двух больных признаки саркоидоза ВГЛУ появились после клинического излечения туберкулеза (у одного пациента – через год после эффективного лечения туберкулезного менингоэнцефалита, у другого – через три года после излечения очагового туберкулеза верхней доли правого легкого). У одного пациента первично установлено сочетание туберкулеза и саркоидоза по результатам биопсии легких и динамики на фоне последовательной химиотерапии и системной терапии ГКС. Возраст пациентов варьировал от 27 до 56 лет, длительность течения саркоидоза – от одного года до 12 лет. Терапия по поводу саркоидоза включала антиоксидантные препараты, нестероидные противовоспалительные препараты, производные 4-аминохинолона, ГКС системно (81,8%). Саркоидоз протекал с обострениями у девяти пациентов (81,8%). Заболевшие туберкулезом пациенты превентивное противотуберкулезное лечение при проведении гормональной терапии не получали.

Заключение

Больные саркоидозом нуждаются не только в скрининге на туберкулез перед началом лечения, но и в дальнейшем в регулярном обследовании, направленном на исключение развития туберкулеза. При обнаружении активного туберкулезного процесса терапию ГКС следует сочетать с противотуберкулезной. Противотуберкулезное лечение целесообразно проводить и тем больным, у которых нельзя с уверенностью исключить туберкулезные изменения в легких, возникшие на фоне терапии ГКС. В таких случаях уменьшается опасность развития туберкулеза и своевременно достигается лечебный эффект. Пациентам с остаточными туберкулезными изменениями в легких и внутригрудных лимфатических узлах терапию ГКС также следует проводить под защитой противотуберкулезных препаратов.

Гармаш Юлия Юрьевна, тел. + 7 (499) 268-08-16, e-mail: ygarmash@mail.ru

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ Т- И В-ЛИМФОЦИТОВ И ИХ СУБПОПУЛЯЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ТОКСОКАРОЗА

А.В. Гуила, С.С. Гинда, К.М. Яворский, Э.В. Лисник, Е.Г. Привалова, В.Е. Яскина

Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», Республика Молдова, г. Кишинев

Актуальность

При Т-клеточных иммунодефицитах полностью подавлена или ослаблена выработка лимфокинов – ИЛ-2, ИЛ-4, ИФН- γ и других. Установлено, что важную роль в патогенезе многих заболеваний, особенно инфекционных, играет нарушение нормального баланса между цитокинами, синтезируемыми Th-1- и Th-2-лимфоцитами-хелперами. Неблагоприятное течение таких заболеваний связано с преобладанием Th-2-типа ответа и ингибированием реагирования Th-1-клеток. Стимуляция последнего приводит к благоприятному исходу заболевания при туберкулезе, кандидозе, столбняке, инфицировании плазмодиями, хламидиями, листериями. Однако при гельминтозах протективным является Th-2-ответ. Комплекс цитокинов, продуцируемых Th-1, в значительной степени обуславливает поражение при аутоиммунных процессах. Поскольку ИФН- γ ответственен за индукцию выработки провоспалительных цитокинов, положительный терапевтический эффект может быть достигнут при усилении Th-2-звена иммунного ответа и подавлении Th-1-звена. Напротив, поражение при аллергических заболеваниях обусловлено цитокинами, синтезируемыми Th-2-звеном, и стратегия цитокиновой терапии должна иметь противоположную направленность, состоящую в стимуляции Th-1-типа ответа (А.П. Парахонский, 2005).

Цель исследования

Изучение динамики показателей Т-лимфоцитов (CD3), Т-хелперов (CD4), Т-супрессоров (CD8), В-лимфоцитов (CD19) у больных с сочетанием легочного туберкулеза и токсокароза при лечении по стандартной методике и в комплексе с иммуномодулирующими препаратами.

Материалы и методы

Исследование включило 42 больных обоих полов и различного возраста с сочетанием туберкулеза легких и токсокароза. Больные были поделены на две группы: 22 чел. получали противотуберкулезное лечение и иммуномодуляторы (основная группа), а 20 чел. – только противотуберкулезное лечение (контрольная группа). Содержание лимфоцитов Т-, В- и их субпопуляций (CD3, CD4, CD8, CD19) определяли с помощью метода Flow Cytometry (Partec PASI).

Результаты

Общее содержание лимфоцитов, примерно одинаковое в обеих группах до начала лечения ($23,50 \pm 2,28\%$ в основной и $22,90 \pm 3,32\%$ в контрольной), было достоверно меньше, чем у здоровых – $36,10 \pm 0,33\%$ ($p < 0,001$ для обеих групп). Содержа-

ние лимфоцитов после лечения в обеих группах больных имело тенденцию к повышению, причем у больных основной группы ($28,50 \pm 1,93\%$) эта тенденция была более выражена по сравнению с больными контрольной группы ($25,90 \pm 3,14$), но различия были статистически недостоверны.

Содержание Т-лимфоцитов (CD3) в обеих группах ($55,70 \pm 1,85\%$ в основной и $56,60 \pm 1,58\%$ в контрольной) до начала лечения не различалось между собой и было достоверно снижено в сравнении с показателями здоровых – $67,40 \pm 0,53\%$ ($p < 0,01$). После лечения отмечено достоверное повышение ($63,90 \pm 1,52\%$ в основной и $61,30 \pm 1,86\%$ в контрольной) содержания Т-лимфоцитов (CD3), но только в основной группе это повышение было достоверным ($p < 0,05$).

Содержание Т-лимфоцитов хелперов (CD4) в обеих группах ($39,70 \pm 1,51\%$ в основной и $40,00 \pm 1,39\%$ в контрольной) до начала лечения не различалось и между собой, и в сравнении с показателями здоровых ($38,30 \pm 0,59\%$). После лечения отмечена тенденция к повышению содержания Т-лимфоцитов хелперов (CD4) в обеих группах ($42,60 \pm 1,71\%$ в основной и $43,10 \pm 1,69\%$ в контрольной).

Содержание Т-лимфоцитов супрессоров (CD8) в обеих группах ($18,10 \pm 1,12\%$ в основной и $17,90 \pm 1,28\%$ в контрольной) до начала лечения не различалось между собой и было достоверно снижено ($p < 0,001$) в сравнении с показателями здоровых ($29,60 \pm 0,75\%$). После лечения отмечено повышение содержания Т-лимфоцитов супрессоров (CD8) в обеих группах ($21,30 \pm 0,68\%$ в основной и $19,90 \pm 1,53\%$ в контрольной), но только в основной группе это повышение было достоверным ($p < 0,05$).

Содержание В-лимфоцитов (CD19) как у больных основной группы ($14,40 \pm 1,09\%$), так и у больных контрольной группы ($14,80 \pm 1,34\%$) было достоверно больше ($p < 0,05$), чем у здоровых ($11,80 \pm 0,48\%$). После лечения отмечено снижение содержания В-лимфоцитов (CD19) в обеих группах ($9,30 \pm 0,54\%$ в основной и $12,30 \pm 1,81\%$ в контрольной), но только в основной группе это снижение было достоверным ($p < 0,05$).

Выводы

У больных с сочетанием туберкулеза легких и токсокароза общее содержание лимфоцитов, содержание Т-лимфоцитов и их субпопуляций (супрессоров), было значительно снижено до лечения и повышалось после него (в группе получавших иммуномодуляторы больных). Содержание В-лимфоцитов характеризовалось выраженным повышением до лечения и снижением после лечения (в группе получавших иммуномодуляторы больных).

ТУБЕРКУЛЕЗ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩИМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

О.Г. Комиссарова^{1,2}, О.О. Коняева¹, О.О. Бережная^{1,2}, Р.Ю. Абдуллаев¹, И.А. Васильева¹

Цель исследования

Сопоставление клинических проявлений процесса у больных туберкулезом легких, сочетанным с сахарным диабетом и без него.

Материалы и методы

Обследовано 204 пациента, в I (основную) группу вошли 73 больных туберкулезом легких с лекарственной устойчивостью микобактерий (ЛУ МБТ), сочетанным с сахарным диабетом (СД), во II (группу сравнения) – 131 больной туберкулезом легких с ЛУ МБТ без СД. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью пакета программ Excel. Для каждой группы вычисляли частоту встречаемости признаков (в %). Достоверность различий долей определяли с помощью критерия χ^2 .

Результаты

По половому составу группы не отличались: в обеих преобладали мужчины (51,0% и 54,0%, соответственно). Возраст пациентов в I группе колебался в пределах от 19 до 76, а во II – от 18 до 64 лет.

Существенные различия выявлены в возрастном составе групп. Во II группе пациенты в возрасте от 18 до 39 лет наблюдались в два раза чаще, чем в I (соответственно, 81,7% и 41,1%; $\chi^2 = 6,33$; $p = 0,012$). В I группе возраст большинства пациентов составил 40 лет и более (58,9% против 17,7%; $\chi^2 = 11,39$; $p = 0,001$).

Достоверных различий при сравнении больных по характеру туберкулезного процесса не обнаружили. Впервые выявленный туберкулез легких несколько чаще наблюдали в группе больных без СД (40,8% против 28,0% в I группе). Ранее леченный туберкулез, наоборот, чаще (но статистически недостоверно) выявляли в группе больных с сопутствующим СД (65,0% против 50,0% во II группе). Рецидивы в сравниваемых группах выявляли с одинаковой частотой (по 8,0% в каждой из групп).

Различия выявлены при сравнении больных по формам туберкулеза легких. Доля больных с туберкулемой в группе больных с сахарным диабетом составила 35,6%, а в группе

сравнения – лишь 8,4% ($\chi^2 = 6,547$; $p = 0,003$). Напротив, инфильтративный туберкулез легких имел место только у 19,2% пациентов с СД и у 42,0% больных без него ($\chi^2 = 3,713$; $p = 0,05$). По частоте других форм туберкулеза легких достоверные различия между группами отсутствовали. Туберкулезная интоксикация разной выраженности в сравниваемых группах наблюдалась с одинаковой частотой.

При сравнении групп больных по распространенности туберкулезного процесса в легком (1–2 сегмента, 1–2 доли и более двух долей), а также по локализации процесса (одно- и двусторонние процессы) достоверных различий не выявили. Туберкулез без полостей распада в легком чаще наблюдали среди пациентов туберкулезом легких без сопутствующего СД (24,0% против 7,0%; $\chi^2 = 3,853$; $p = 0,05$). При этом полости распада с размерами до 2 см в два раза чаще встречались среди пациентов туберкулезом легких, сочетанным с СД, а каверны с размерами от 2 до 4 см – чаще среди больных туберкулезом легких без СД. Бактериовыделение достоверно чаще обнаруживали среди пациентов с туберкулезом с сопутствующим СД, причем множественную и широкую ЛУ МБТ также чаще выявляли среди больных туберкулезом, сочетанным с СД.

Заключение

Клинические проявления туберкулеза легких у больных с сопутствующим сахарным диабетом имеют свои особенности. Туберкулез легких среди этой категории пациентов чаще обнаруживается в возрасте более 40 лет. Превалирующей формой туберкулеза легких среди больных туберкулезом, сочетанным с СД, является туберкулема легких. Доля больных с инфильтративным туберкулезом среди этого контингента больных существенно ниже по сравнению с больными туберкулезом легких. Среди больных туберкулезом легких с сопутствующим СД частота бактериовыделения с МЛУ/ШЛУ туберкулезом, а также с распадом в легочной ткани достоверно выше по сравнению с больными туберкулезом легких без СД.

Полянский Валерий Константинович, тел. + 7 (495) 993-38-82, e-mail: Cvctg_4@yandex.ru

¹ ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва.

² ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, г. Москва.

ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ РАБОТА СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Н. Александрова, Т.И. Морозова

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Минздрава России

Актуальность

Качественно проводимые профилактические мероприятия по туберкулезу способствуют снижению заболеваемости детей данной инфекцией и приводят к формированию туберкулеза в виде ограниченных, неосложненных процессов, что отражается на показателе смертности от туберкулеза.

Цель исследования

Анализ результатов работы по иммунопрофилактике и проводимого превентивного лечения среди детей в группах риска по заболеванию туберкулезом в Саратовской области в 2010–2014 гг.

Материалы и методы

Дизайн исследования – анализ данных по вакцинации БЦЖ и профилактическому лечению детского населения в группах риска по материалам годовых отчетов за пятилетний период наблюдения (2010–2014 гг.).

Результаты

За последние пять лет в Саратовской области отмечена стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу: показатель заболеваемости населения в среднем составлял 56,4 на 100 тыс., заболеваемости детей – 9,9 на 100 тыс. детского населения, распространенности среди детей – 10,9 на 100 тыс. Смертности от туберкулеза детей не отмечено с 1999 г., что является отражением профилактических мероприятий, проводимых на территории области.

Профилактика туберкулеза включает вакцинацию БЦЖ и профилактическое лечение в группах риска. Согласно данным эпидемиологического мониторинга, охват новорожденных в родильных домах в среднем составлял 88,5%, далее после снятия медицинских противопоказаний привиты в условиях детских поликлиник 10,7% детей; всего было вакцинировано БЦЖ около 99,2% детей. Среди медицинских отводов для иммунопрофилактики 28,4% составляла перинатальная патология ЦНС, отказы родителей от прививки – 9,3%, причем по сравнению с 2010 г. в 2014-м число отказов увеличилось в 3,4 раза. Охват детей ревакцинацией в 7 лет составлял 95,6% от числа запланированных на прививку лиц. Вакцинацию про-

водили вакциной БЦЖ и БЦЖ-М, поствакцинальные знаки не сформировались у 3,0% детей как на введение вакцины БЦЖ, так и вакцины БЦЖ-М. За пятилетие осложнения развились только после вакцинации БЦЖ у 36 детей (0,02% от числа привитых). Последние три года в структуре осложнений преобладают холодные абсцессы, а поствакцинальные лимфадениты отсутствуют.

Помимо вакцинации БЦЖ профилактика туберкулеза включает профилактическое лечение детей из групп риска по заболеванию туберкулезом. В среднем за пятилетие наблюдения число детей, состоящих в VI группе диспансерного учета (ГДУ), составляло 1,8% от всего детского населения. В 2013–2014 гг. контингенты данной группы, по сравнению с 2010 г., уменьшились в 1,3 раза, что обусловлено внедрением препарата Диаскинест® при обследовании детей по результатам туберкулинодиагностики. Анализ данных эпидемиологического мониторинга показал, что при наблюдении в VI ГДУ охват детей профилактическим лечением составлял 62,7%. Однако по сравнению с 2010 г. охват превентивной терапией уменьшился в 1,4 раза. Чаще всего отсутствие лечения было обусловлено отказом родителей от проведения терапии. За анализируемый период число детей, проживающих в очагах туберкулезной инфекции и наблюдавшихся по IV ГДУ, составляло 0,8% от всего детского населения, а численность контактных детей была из года в год относительно стабильной (2115 чел.). Охват контактных детей профилактическим лечением в среднем составлял 83,4%. Трудности, с которыми сталкивались фтизиатры при работе с родителями: категорический отказ от проведения профилактического лечения и пребывания детей в условиях санатория.

Заключение

Профилактическая работа по туберкулезу, включающая иммунопрофилактику и проведение превентивного лечения, осуществляется полноценно, что отражается на показателях заболеваемости, распространенности туберкулеза и отсутствии смертности среди детского населения области.

Александрова Елена Николаевна, тел. + 7 (917) 306-66-67, e-mail: Allenik238@mail.ru

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Е.А. Амосова

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России

Актуальность

В последние годы для ранней диагностики туберкулезной инфекции у детей применяют не только пробу Манту, но и пробу с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (препарат Диаскинтест®). В Самарской области Диаскинтест® применяют в течение пяти лет. На кафедре фтизиатрии и пульмонологии Самарского ГМУ в 2010 г. разработана методика прик-теста. Актуален вопрос об оптимизации применения экономически выгодных и эффективных методов диагностики туберкулеза.

Цель исследования

Определить экономическую эффективность скрининговых методов выявления инфицирования микобактериями детей различными диагностическими тестами.

Материалы и методы

В городе К. туберкулинодиагностика проведена 17 703 чел., включая 14 415 детей (1–14 лет) и 3288 подростков (15–17 лет). Всего туберкулиноположительных детей было 8696 (60,3%), подростков – 2201 (66,9%). Среди детей до 14 лет поствакцинальная аллергия выявлена у 4843 чел. (55,7% туберкулиноположительных), инфицирование – у 2607 чел. (30,0%), среди подростков – соответственно, у 614 (27,9% туберкулиноположительных) и у 1354 чел. (61,5%). Направлены к фтизиатру 1038 детей и 204 подростка. По результатам обследования фтизиатром установлен «вираж» туберкулиновых проб у 182 детей до 14 лет и 17 подростков.

На первом этапе проведена оценка скрининга при помощи пробы Манту с 2 ТЕ, пробы прик-тест и пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (препарат Диаскинтест®). Затем проанализировано дообследование с препаратом Диаскинтест® в противотуберкулезном диспансере пациентов с подозрением на инфицирование, по данным скрининга с пробой Манту с 2 ТЕ и с пробой прик-теста. Мы руководствовались в исследовании приказами Минздрава России от 21.03.2003 г. № 109 и от 29.10.2009 г. № 855. При постановке пробы прик-теста (по Е.А. Бородулиной) на кожу внутренней поверхности предплечья правой руки после обработки кожи 70% спиртом маркированной пипеткой наносили раствор сухого очищенного туберкулина, через каплю которого кожу укалывали индивидуальным прик-ланцетом. Проведен анализ затрат и эффективности, а также приращения эффективности затрат; рассчитывали величину «упущенных возможностей» (Q).

Результаты

Затраты при скрининге на пробу Манту с 2 ТЕ составили по городу К. 536 400,9 руб. (стоимость одного шприца – 1,46 руб., постановки и чтения пробы – 26,14 руб., дозы туберкулина 0,2 мл – 2,7 руб. при цене одной ампулы 40 руб.). Затраты на пробу с Диаскинтестом® составили 2 235 888,9 руб. (стоимость дозы препарата 0,2 мл – 98,7 руб. при цене одной ампулы 1480 руб.). Затраты на скрининг с помощью прик-теста составили 131 497,82 руб. (стоимость одного прикера – 1 руб., постановки и чтения пробы – 5,2 руб., дозы разведенного сухого туберкулина – 1,2 руб. при цене одной ампулы 60 руб.).

В затраты на выявление инфицирования микобактериями туберкулеза (с учетом стоимости консультации фтизиатра, равной 150 руб.) включили затраты на скрининг с пробой Манту с 2 ТЕ (536 400,9 руб.) и постановку пробы с Диаскинтестом® в диспансере (343 164,6 руб.) – всего 879 565,5 руб. При скрининге прик-теста затраты составили, соответственно, 474 662,42 руб. Оценка упущенных возможностей (в сравнении со скринингом при помощи пробы с Диаскинтестом®): проба Манту с 2 ТЕ + Диаскинтест Q = 154%, прик-тест + Диаскинтест Q = 371%.

Заключение

Скрининг с применением пробы с прик-тестом дешевле, по сравнению с пробой Манту с 2 ТЕ, в 4 раза. Скрининг пробой Манту с 2 ТЕ, по сравнению со скринингом с препаратом Диаскинтест®, дешевле в 4,2 раза. Скрининг с пробой прик-теста, по сравнению со скринингом аллергеном туберкулезным рекомбинантным, дешевле в 17 раз. Затраты на скрининг с пробой Манту с 2 ТЕ с последующим проведением пробы с Диаскинтестом® в диспансере – в 2,5 раза, а на скрининг с пробой с прик-тестом и пробой с Диаскинтестом® в диспансере – в 4,7 раза меньше, чем на скрининг сразу с пробой с Диаскинтестом®. Стоимость одного выявленного ребенка с «виражем» туберкулиновой пробы при скрининге с Диаскинтестом® составила 11 235,622 руб., при скрининге с пробой Манту с 2 ТЕ плюс дообследование с Диаскинтестом® – 4419,927 руб., при скрининге прик-тестом плюс дообследование с Диаскинтестом® – 2385 руб. Необходимо учитывать результаты различных методик выявления туберкулеза с помощью существующих и предлагаемых проб, что позволит оптимизировать затраты и экономить выделенные материальные ресурсы.

Амосова Евгения Андреевна, тел. + 7 (846) 332-57-35, e-mail: amosova80@mail.ru

РОЛЬ КОНТАКТА В ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Р.Ш. Валиев¹, А.П. Алексеев², Р.Х. Фатыхова²

Актуальность

Дети раннего возраста (0–2 года) составляют особую группу риска заболевания туберкулезом. Развитию болезни способствуют анатомо-физиологические особенности, недостаточно сформированная система иммунной защиты и наличие контакта с больным туберкулезом.

Показатель заболеваемости туберкулезом в 2012–2015 гг. в данной возрастной группе составил 3,2–3,3 на 100 тыс. детей соответствующего возраста (заболеваемость детей 0–14 лет в Республике Татарстан в исследуемые годы составляла 8,1–9,1 на 100 тыс. детского населения). В возрастной структуре заболевших туберкулезом дети в возрасте 0–2 года составляли от 6,2 до 7,5%.

Цель исследования

Оценить роль контакта с больными туберкулезом в развитии заболевания у детей раннего возраста.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ причин развития заболевания туберкулезом у детей в возрасте 0–2 года по Республике Татарстан.

В исследование включены все случаи заболевания туберкулезом детей данного возраста в 2012–2015 гг. Всем больным проведено клинико-рентгенологическое (включая компьютерную томографию), иммунологическое, бактериологическое обследование.

Всего в исследование включено 20 детей (2012 г. – 5 чел., 2013 г. – 5 чел., 2014 г. – 5 чел., 8 месяцев 2015 г. – 5 чел.), в том числе в возрасте 0–1 год – 2 чел. (10,0%) и 1–2 года – 18 чел. (90,0%). Девочки составили 40,0% (8 чел.), мальчики – 60,0% (12 чел.). Преобладали городские жители – 75,0% (15 чел.), сельские жители составляли 25,0% (5 чел.).

Результаты

Из 20 заболевших детей не были вакцинированы против туберкулеза шесть (30,0%), в том числе в связи с перинатальным контактом с больной ВИЧ-инфекцией матерью – три ребенка и по одному – по медицинским противопоказаниям (гемолитическая болезнь новорожденного, задержка внутриутробного развития плода), из-за отказа родителей от вакцинации и вследствие отсутствия вакцины БЦЖ-М в роддоме.

Наличие туберкулезного контакта установлено у 15 детей (75,0%), причем состояли на учете в противотуберкулезном диспансере по IVA группе только четыре ребенка (20,0%);

у 11 детей контакт установлен после заболевания ребенка или одновременно с выявлением взрослого больного. Преобладал семейный контакт: у шести детей (40,0%) установлен контакт с матерью, у четырех (26,7%) – источником инфекции были отцы, у трех (20%) – туберкулезом болели оба родителя, и у двух детей (13,3%) установлен контакт с близкими родственниками (бабушкой, дядей). В случаях выявления туберкулеза у детей одновременно с выявлением заболевания у взрослого пациента установлено, что давность флюорографического обследования последних составляла более двух лет в 72,7% случаев (8 чел.) и они не были обследованы даже в связи с появлением в семье новорожденного ребенка.

В клинической структуре туберкулеза у детей 0–2 лет преобладал туберкулез внутригрудных лимфоузлов (95,0% случаев – 19 чел.), причем его осложненная форма с бронхолегочным поражением имела место у трех детей (15,0%); у одного ребенка (5,0%) выявлен первичный туберкулезный комплекс.

Дети с осложненными формами туберкулеза не были вакцинированы против туберкулеза; у одного ребенка установлен диагноз ВИЧ-инфекции в сочетании с туберкулезом внутригрудных лимфоузлов.

Профилактически были выявлены 95,0% детей (19 чел.): четверо (20,0%) – в ходе наблюдения по IVA группе (трое из них имели контакт с больными туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя), восемь (40,0%) – при первичном обследовании очага, семь (35,0%) – при массовой туберкулинодиагностике. Один ребенок (5,0%) был выявлен при обращении с осложненной формой туберкулеза (туберкулез внутригрудных лимфоузлов с бронхолегочным поражением).

Из семи детей, выявленных при массовой туберкулинодиагностике, в трех случаях контакт с больным туберкулезом родственником установлен после заболевания ребенка.

Иммунологические пробы у 95,0% заболевших детей (19 чел.) были положительными: у 90,0% детей выявлена положительная проба Манту с 2 ТЕ, а положительная проба с Диаскинтестом® – у 95,0%. Гиперергические результаты пробы Манту с 2 ТЕ получены у семи детей (35,0%), а пробы с Диаскинтестом® – у 12 (60,0%). В одном случае у ребенка с ВИЧ-инфекцией выявлены отрицательные результаты проб Манту с 2 ТЕ и с Диаскинтестом®, у одного ребенка реакция на пробу Манту с 2 ТЕ была сомнительной в сочетании с положительной реакцией на Диаскинтест®.

¹ ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Минздрава России.

² ГАУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер» Министерства здравоохранения Республики Татарстан, г. Казань.

Заключение

Наибольшую группу риска по заболеванию туберкулезом представляют дети раннего возраста, не вакцинированные против туберкулеза, живущие в очагах туберкулезной инфекции. Для своевременного выявления контакта с боль-

ными туберкулезом необходимо обеспечить обследование всего окружения новорожденного ребенка. Особую группу риска составляют дети из перинатального контакта с ВИЧ-инфекцией.

Фатыхова Рамзия Хамитовна, тел. +7 (917) 897-65-23, e-mail: Ramziya.Fatyhova@tatar.ru

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

М.Ф. Губкина, Ю.Ю. Хохлова

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», г. Москва

Актуальность

Предотвратить заболевание туберкулезом детей, проживающих в очагах туберкулезной инфекции, достаточно сложно в связи с влиянием множества дополнительных факторов риска. Вероятность развития заболевания у детей, имеющих контакт с больным туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ) возбудителя, наиболее высока и тесно связана с уровнем эпидемической опасности очага, тяжестью туберкулезного процесса у источника инфекции и качеством проведения противотуберкулезных мероприятий в очаге инфекции, в частности, превентивной химиотерапии контактных лиц. Важной задачей является как можно более раннее выявление заболевания у детей из очагов туберкулеза с МЛУ/ШЛУ возбудителя.

Цель исследования

Оценить своевременность выявления туберкулеза у детей из известных очагов туберкулезной инфекции с МЛУ/ШЛУ возбудителя на основании оценки результатов массовой туберкулинодиагностики (ТД) до установления контакта с больным туберкулезом и качества проведения превентивной химиотерапии по контакту.

Материалы и методы

Изучены 45 историй болезни детей в возрасте от 3 до 14 лет, находившихся на лечении в детско-подростковом отделе ФГБНУ «ЦНИИТ» в 2009–2014 гг. Все дети до выявления у них активного туберкулеза органов дыхания имели контакт с больным туберкулезом с МЛУ/ШЛУ возбудителя и наблюдались по IVA группе диспансерного учета. Преимущественно имели место семейные очаги туберкулезной инфекции (82,2%), реже родственные – 17,8%. Очаги смерти составили 24,4%. Чаще дети имели контакт с одним источником инфекции (68,9%), реже – с двумя и более (31,1%). Всего установлено 62 больных туберкулезом взрослых. В структуре клинических форм преобладали остро прогрессирующие (диссеминированный туберкулез – 14,5%, казеозная пневмония – 4,8%) и хрониче-

ские формы туберкулеза (фиброзно-кавернозный туберкулез легких – 42,0%) – 61,3% случаев, достоверно реже имел место инфильтративный туберкулез легких (ИТ) – 38,7% ($p \leq 0,05$). Доля больных с МЛУ возбудителя составила 66,1% (42 чел.), с ШЛУ – 33,9% (21 чел.).

Результаты

В структуре клинических форм туберкулеза у детей преобладали очаговый туберкулез легких – 48,9% (22 чел.) и туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 40,0% (18 чел.), доля инфильтративного туберкулеза составила 11,1% (5 чел.). Туберкулезные процессы у детей преимущественно имели ограниченный объем – 82,2% (37 чел.), в т.ч. «малые формы», определяемые только на компьютерных томограммах, встречались у 73,3% больных (33 чел.). Распространенных процессов было достоверно меньше – 17,8% (8 чел., $p < 0,01$). В большинстве случаев процессы были выявлены в фазе уплотнения и неполной кальцинации – 73,3% (33 чел.), достоверно реже в фазе инфильтрации – 26,7% (12 чел., $p < 0,001$). У большей части детей (93,3% – 42 чел.) заболевание выявлено при проведении планового комплексного обследования по контакту, по результатам массовой туберкулинодиагностики (ТД) выявлено 3 ребенка (6,7%). Ретроспективная оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л показала, что у 37,8% детей (17 чел.) уже за 1–1,5 года до установленного контакта с больным туберкулезом имели место изменения характера туберкулиновой чувствительности в виде нарастания, появления гиперпробы, «виража» туберкулиновых реакций. Можно предположить, что туберкулезные процессы у источников инфекции на тот момент были менее тяжелыми. Своевременное обследование детей в то время могло предотвратить их заболевание в последующем. Об этом свидетельствуют следующие факты: 28,9% детей (13 чел.) заболели туберкулезом в первый год наблюдения по IVA группе диспансерного учета, 31,1% (14 чел.) – на втором году наблюдения, при этом туберкулезные процессы в большинстве случаев были

выявлены на этапе обратного развития – 77,8% (21 из 27 чел.); туберкулезные процессы у взрослых были наиболее опасными в эпидемическом плане с длительным сохранением бактериовыделения, крайне поздним выявлением (очаги смерти). Превентивную химиотерапию (ПХТ) по контакту с больным туберкулезом получали 64,4% (29 из 45 чел.), в 35,6% случаев (16 чел.) имели место отказы от ПХТ. Оценка качества проведения ПХТ выявила ряд дефектов, явившихся причинами ее неэффективности. ПХТ проводили без учета теста на лекарственную устойчивость (ТЛЧ) у источника инфекции в 100% случаев, при этом только изониазидом – у 20,7% контактных детей (6 чел.), двумя противотуберкулезными препаратами (изониазид, пиразинамид) – у 79,3% (23 чел.). Недостаточное количество курсов (чаще один курс) или неполный курс получили 55,2% детей (16 из 29 чел.), в основном имел место неконтролируемый прием препаратов (амбулаторно) – 69,0% (9 чел.).

Заключение

У большей части детей (73,3%) из очагов туберкулеза с МЛУ и ШЛУ возбудителя заболевание было выявлено на этапе самозаживления туберкулезного процесса (фаза уплотнения и неполной кальцинации), что можно отнести к позднему выявлению. Причиной пропуска патологии в период начального ее

проявления явился малый объем поражения легких или внутригрудных лимфатических узлов («малые формы» туберкулеза). Визуализация подобных изменений возможна только при использовании компьютерной томографии органов грудной клетки. Данный метод должен стать приоритетным методом рентгенологического обследования детей перед взятием их на учет по контакту с больным туберкулезом. Это позволит своевременно выявить минимальные патологические изменения, недоступные для диагностики при проведении традиционного рентгено-томографического обследования, и определить дальнейшую тактику наблюдения. Оценка качества проведения ПХТ в очагах инфекции выявила ряд существенных дефектов. В целом тактика проведения превентивной химиотерапии без учета результатов ТЛЧ в очагах с МЛУ/ШЛУ показала свою несостоятельность. Профилактика заболевания туберкулезом детей напрямую связана с правильной организацией массовой ТД. Повышение контроля со стороны фтизиатров за ее проведением позволит не только своевременно и полноценно формировать группы риска по заболеванию туберкулезом, но и выявить скрытый резервуар туберкулезной инфекции при обследовании взрослого окружения детей с изменениями характера туберкулиновой чувствительности.

Губкина Марина Федоровна, тел. + 7 (499) 785-90-27, e-mail: detstvocniit@mail.ru

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ АЛЛЕРГЕНА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО РЕКОМБИНАНТНОГО В СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Е.Н. Долженко, Е.Г. Шейкис, И.В. Серегина

ГБУ Рязанской области «Областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Рязань

Цель исследования

Определить диагностические возможности аллергена туберкулезного рекомбинантного (АТР – препарат Диаскин-тест®) в скрининг-диагностике туберкулезной инфекции у детей подросткового возраста.

Материалы и методы

В 2014 г. в целях оптимизации идентификации туберкулезной инфекции подростки Рязанской области приказами регионального министерства здравоохранения были переведены вместо стандартной пробы Манту на скрининг-диагностику туберкулеза с использованием АТР. В учебных учреждениях области обследовано 19 739 детей в возрасте от 15 до 17 лет. Всем детям с положительными и сомнительными результатами теста был проведен комплекс обследования: общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, углубленное рентгенологическое обследование с примени-

ем линейных томограмм или компьютерной томографии, УЗИ органов брюшной полости и почек (для девочек – органов малого таза), консультация окулиста и узких специалистов по показаниям. Статистическую обработку результатов проводили с помощью программы Microsoft Office World Excel 2007.

Результаты

Выявлены с положительными результатами пробы с АТР 203 чел. (1%), с сомнительными – 22 чел. (0,1%), и 19 514 чел. (98,9%) имели отрицательный результат.

По итогам дообследования в ОКПТД подростков с положительными и сомнительными пробами выявлен один случай (0,4%) активного туберкулеза органов дыхания, а у 28 чел. (12,4%) с помощью спиральной компьютерной томографии впервые выявлены посттуберкулезные изменения в виде кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах или легочной ткани.

При проведении анализа этих 28 случаев установлено, что 7 чел. ранее наблюдались по туберкулезному контакту и по срокам наблюдения они были сняты с диспансерного учета. На момент снятия с учета рентгено-томографически-аналоговым методом кальцинаты во ВГЛУ и легочной ткани не определялись.

Еще 21 подросток ранее был инфицирован МБТ, все они имели в течение многих лет нормергическую туберкулиновую чувствительность на стандартный туберкулин (ППД-Л), показаний для направления к фтизиатру не было. Проведение же пробы с АТР позволило выявить у них наличие посттуберкулезных изменений.

В VI группу диспансерного учета было взято 182 подростка и 14 – в 0 группу, остальные подростки уже ранее состояли на учете у фтизиатра по поводу положительного результата пробы с АТР и получали превентивное лечение двумя противо-

туберкулезными препаратами в течение от 3 до 6 месяцев. В настоящее время за ними осуществляется динамическое наблюдение.

Выводы

1. Появление у подростков положительной либо сомнительной реакции на аллерген туберкулезный рекомбинантный свидетельствует о наличии в организме туберкулезной инфекции.

2. Выявление таких реакций требует углубленного медицинского обследования с применением компьютерной томографии для выявления заболевших и/или переболевших туберкулезом и/или лиц с высоким риском развития заболевания с целью проведения им превентивного лечения.

3. Аллерген туберкулезный рекомбинантный может использоваться в скрининг-диагностике туберкулезной инфекции у подростков.

Долженко Елена Николаевна, тел. + 7 (491) 295-78-26, e-mail: Dolgenko@rokptd.ryazan.ru

СКРИНИНГ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

Е.А. Морозова¹, Т.А. Чмель¹, Е.А. Амосова², Е.П. Еременко¹, Е.А. Бородулина²

Актуальность

Вопрос о внедрении пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) для иммунодиагностики туберкулеза в первичном звене здравоохранения для скрининга подросткового населения продолжает обсуждаться, несмотря на издаваемые приказы.

Цель исследования

Оценить результаты пробы с АТР при проведении скрининга детей для выявления лиц с туберкулезной инфекцией в общеобразовательной школе.

Материалы и методы

Для изучения возможности использования аллергена туберкулезного рекомбинантного (АТР) в стандартном разведении для скрининга туберкулезной инфекции вместо пробы Манту в Самарской области в 2013–2014 гг., в соответствии с приказом № 855, подросткам проводили пробу с препаратом Диаскинтест®. Результаты оценивали в соответствии с инструкцией к препарату. В исследование включено 309 учащихся двух общеобразовательных школ центральных районов г. Самары. Пробу проводили всем детям в соответствии с планом (по спискам – 311 учащихся, два отказа).

Результаты

Положительный результат пробы с препаратом Диаскинтест® отмечен у девяти учащихся, что составило 2,9%, у всех

остальных пробы были отрицательные. Среди положительных результатов у четырех подростков отмечена гиперемия (10, 15, 20 мм), а у пяти – папула (средний размер $10,0 \pm 2,1$ мм).

При оценке предшествующих результатов проб Манту с 2 ТЕ у всех детей с положительным результатом пробы с АТР был отмечен «вираж» туберкулиновой пробы (в двух случаях пропущенный ранее). Установлено, что два подростка ранее проходили превентивное лечение у фтизиатра по месту жительства. Из девяти детей с положительным результатом пробы с АТР у пяти отмечали монотонный характер пробы Манту на уровне 7–9 мм, 10–12 мм в течении трех и более лет. В двух случаях вираж был при переходе отрицательной пробы в папулу 3–5 мм, в двух случаях отрицательной пробы – в гиперемию 10 мм.

Все дети с положительным результатом пробы с АТР были направлены на дообследование к фтизиатру по месту жительства. По результатам комплексного обследования на учет был взят только один ребенок 16 лет. У него был пропущенный «вираж» пробы Манту (папула 10 мм в 2008 г., 2009 г., в 2010 г. – папула 15 мм), от превентивного лечения был отказ; в 2011 г., 2012 г. была папула 10 мм, при пробе с АТР в 2013 г. – гиперемия 20 мм. Ребенку назначен курс превентивного лечения, через год отмечено снижение как пробы Манту, так и пробы с АТР.

¹ ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В. Постникова».

² ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России.

В остальных случаях также отмечали монотонный характер проб Манту (папула до 10 мм), при пробах с АТР – гиперемия до 10 мм. Признаков активности туберкулезной инфекции по данным обследования выявить не удалось, факторов риска в этих случаях также не было. После проведенного превентивного лечения в течение трех месяцев проба с АТР уменьшилась незначительно – на 1–2 мм. Дети с учета через год были сняты.

По данным туберкулезного диспансера, за этот период было выявлено два случая туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов при обращении в учреждения общей лечебной сети. По результатам предшествующей иммунодиагностики у детей с локальными формами туберкулеза отмечали монотонный характер пробы Манту (папула 11 мм) и отрицательный результат пробы с АТР. Дети были госпитализированы в детское противотуберкулезное стационарное отделение на лечение.

При выполнении экономических расчетов на проведение обследования можно отметить, что на постановку пробы с АТР было затрачено 92 700 рублей, на постановку пробы Манту в тех же условиях – 26 265 рублей.

Заключение

Опыт наблюдения за использованием препарата Диаскин-тест® показывает, что со временем появляется много вопро-

сов, требующих ответа. Во всех случаях положительных проб с АТР были положительными и результаты пробы Манту. Отмечается недооценка результатов при монотонном характере пробы Манту при размере папулы до 10 мм. Внедрение в общую лечебную сеть скрининга с АТР, возможно, является преждевременным. Если предположить, что проба с АТР показывает истинную инфицированность и распространенность латентного туберкулеза, то предшествующие данные об инфицировании детского населения оказываются ложными, и вся теория о патогенезе и развитии вторичных форм на фоне предшествующего инфицирования не укладывается в современную эпидемиологическую ситуацию.

Данный подход не позволяет полноценно формировать группы риска для проведения целенаправленного объема профилактических мероприятий.

Поспешность применения методики для скрининг-обследования может внести хаос и поставить под угрозу сокращения существования специальности «фтизиопедиатр». В динамике можно ожидать увеличение случаев выявления туберкулеза у детей с отрицательным результатом пробы с АТР, выявляемых по обращаемости, что будет являться критерием несвоевременного и позднего выявления.

Морозова Елена Александровна, тел. + 7 (846) 332-57-34, e-mail: borodulinbe@yandex.ru

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАПРЯЖЕННОЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ

С.В. Пугачева¹, Е.Ю. Зоркальцева²

Иркутская область характеризуется неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу, занимая по итогам последних лет 82–83-е места среди субъектов Российской Федерации. Несмотря на снижение в 2011–2014 гг. уровня заболеваемости туберкулезом (с 138,5 до 122,1 на 100 тыс. населения), распространенности (с 414,0 до 326,6 на 100 тыс. населения) и смертности от туберкулеза (с 38,0 до 25,6 на 100 тыс. населения), эти показатели в два и более раза превышают среднероссийские.

На этом неблагоприятном фоне показатель детской заболеваемости составил в 2014 г. 28,0 на 100 тыс. детского населения, причем динамика показателя характеризуется снижением: 2011 г. – 37,6; 2012 г. – 36,5; 2013 г. – 36,0; 2014 г. – 28,0, хотя заболеваемость детей туберкулезом в Иркутской области

пока превышает аналогичный показатель в Российской Федерации (13,2 на 100 тыс. детского населения) более чем в два раза. В 2012–2014 гг. в клинической структуре туберкулеза у детей, как и в предыдущие годы, преобладает туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 57,1%. С 2011 г. наблюдается стабильное снижение количества сочетанных форм туберкулеза. Осложненное течение туберкулеза органов дыхания в 2014 г. выявлено у 16 пациентов (12,3%).

Всего в области зарегистрировано 70 детей с диагнозом ВИЧ-инфекция и туберкулез (кумулятивное число), четыре летальных исхода от генерализации туберкулезной инфекции. С 2013 г. среди детей, больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, летальных исходов не наблюдали, а удельный вес генерализованных форм туберкулеза и полиорганных

¹ ОГБУЗ «Областная детская туберкулезная больница», г. Иркутск.

² ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России.

туберкулезных процессов снизился с 18% в 2004 г. до 8% в 2013 г.

Снижение показателя заболеваемости детей туберкулезом обусловлено не только профилактическими мероприятиями, но и внедрением в обследование детей новейших методов диагностики – иммунологической пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным и мультиспиральной компьютерной томографии. Внедрение данных методов обеспечило более точное определение активности процесса и визуализации посттуберкулезных изменений в легких и внутригрудных лимфатических узлах. В результате уменьшилось количество выявленных больных в I группе диспансерного учета и увеличилось количество детей с впервые выявленными кальцинатами во внутригрудных больных лимфатических узлах и легочной ткани (IIIА группа диспансерного наблюдения). В 2014 г. на диспансерный учет в IIIА группу взято 33 ребенка, что на 45% больше, чем в 2013 г. (18 детей).

В 2014 г. выявлено пять детей с внелегочным туберкулезом (3,8% от всех впервые выявленных детей с туберкулезом), из них туберкулез мозговых оболочек и ЦНС

диагностирован у двух детей (с летальным исходом в одном из случаев), костно-суставной туберкулез – у двух и туберкулез периферических лимфатических узлов – у одного ребенка.

Возрастная структура заболевших туберкулезом детей: 0–3 года – 23,8%, 4–7 лет – 41,3%, 8–14 лет – 34,9%. Отмечено стабильное снижение заболеваемости туберкулезом детей раннего возраста: с 46% среди всех впервые выявленных больных в 2011 г. до 23,8% в 2014 г.

Причинами высокой заболеваемости детей туберкулезом в Иркутской области являются:

1. Большой резервуар туберкулезной инфекции среди взрослого населения.
2. Затрудненная изоляция ребенка из контакта с бактериовыделителями: недостаток мест в детских санаторных садах и яслях, отсутствие противотуберкулезного детского санатория, дефицит туберкулезных коек для взрослого населения.
3. Распространение ВИЧ-инфекции на территории Иркутской области.

Зоркальцева Елена Юльевна, тел. +7 (950) 051-70-12, e-mail: zorkaltsewa@mail.ru

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ДЕТСКИХ КОНТИНГЕНТОВ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

К.Г. Пучков, Е.А. Котова, Т.А. Севостьянова, О.Ю. Сенчихина

*ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом
Департамента здравоохранения города Москвы»*

Актуальность

Противотуберкулезные мероприятия являются самыми массовыми в отечественном здравоохранении, ежегодно охватывая десятки миллионов жителей России. Весьма многочисленны и контингенты противотуберкулезных учреждений (ПТУ). Так, в 2014 г. на учете ПТУ в целом по России состояло 696 678 детей, а в г. Москве – 35 978 детей. Численность контингентов ПТУ и их структура зависят от целого ряда факторов, которые различаются в отдельных регионах России и определяются эпидемической ситуацией, демографическими характеристиками, интенсивностью миграционных процессов, уровнем развития системы здравоохранения. Определенное влияние оказывают также изменения в методике диагностики и регистрации контингентов, подлежащих наблюдению в ПТУ. Вышеизложенное предопределяет актуальность мониторинга и анализа воздействия наиболее значимых факторов, влияющих на формирование детских контингентов ПТУ, что позволит прогнозировать и реализовывать организационные, нормативные и админи-

стративные механизмы, позволяющие повысить эффективность противотуберкулезных мероприятий.

Цель исследования

Проанализировать динамику эпидемических показателей и структуру детских контингентов ПТУ г. Москвы в 2010–2014 гг. и факторы, оказавшие влияние на эти показатели.

Материалы и методы

Использованы данные форм официальной статистической отчетности № 33 и № 61 по г. Москве за 2010–2014 гг., данные ежегодных аналитических отчетов ПТУ г. Москвы за 2010–2014 гг., сведения о 1720 детях, направленных на рассмотрение подкомиссии по детскому туберкулезу ГКУЗ «МНПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» в 2012–2015 гг.

Результаты

В 2010 г., впервые за десятилетие, в г. Москве был отмечен рост показателя заболеваемости детей туберкулезом, при этом территориальный показатель составил 10,2, а заболеваемость постоянных жителей – 5,7 на 100 тыс. детского

населения. В 2011 г. и первой половине 2012 г. отмечен самый резкий рост заболеваемости детей, при этом данный показатель в г. Москве впервые превысил общероссийский уровень (в 2012 г. – 25,8 на 100 тыс. населения, в целом по России – 16,0). Проведенный анализ показал, что причиной данного явления было не истинное увеличение заболеваемости (что не могло произойти на фоне общего снижения заболеваемости туберкулезом взрослого населения г. Москвы), а гипердиагностика малых форм туберкулеза после внедрения обследования детей групп риска с помощью КТ органов грудной клетки. Расширение диагностических возможностей после широкого внедрения КТ органов грудной клетки позволило также выявлять минимальные остаточные изменения после спонтанно излеченного первичного туберкулеза, что привело к увеличению численности и удельного веса IIIA группы ДУ. Кроме того, необходимость проведения дополнительных исследований, направленных на верификацию этиологии выявленных минимальных морфологических изменений и степени их активности, привела к росту численности нулевой группы ДУ.

Еще одной особенностью организации противотуберкулезной помощи в г. Москве в последние 2–3 года является активизация работы в очагах туберкулезной инфекции. В результате отмечается как увеличение численности детей, наблюдаемых в IVA группе ДУ, так и значительное увеличение числа детей, наблюдаемых в каждом очаге туберкулезной инфекции.

Заключение

Особенности эпидемического и социально-демографического процессов в г. Москве определяют необходимость оперативного реагирования со стороны противотуберкулезной службы с целью проведения адекватных организационных, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, направленных на достижение действенного контроля за распространением туберкулезной инфекции. Для принятия адекватных управленческих решений необходимо, в частности, осуществление постоянного мониторинга за динамикой численности и структуры контингентов ПТУ г. Москвы.

Севостьянова Татьяна Александровна, тел. + 7 (903) 195-20-33, e-mail: sewata@yandex.ru

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ И ПОДГОТОВКА КАДРОВ ПО ФТИЗИАТРИИ

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА ПО ФТИЗИАТРИИ – ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГ ИЛИ ФТИЗИАТР?

В.М. Коломиец

ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России

В результате реализации Федеральной целевой программы (ФЦП) «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями 2007–2012 гг.», в т. ч. подпрограммы «Туберкулез», в стране удалось стабилизировать эпидемическую ситуацию с наметившимися тенденциями к снижению таких показателей, как заболеваемость и смертность. Однако последние остаются на высоком уровне, и Россия, по определению ВОЗ, входит в список 22 стран с выраженным бременем туберкулеза.

Изменившаяся эпидемиологическая ситуация по туберкулезу с преимущественно неблагоприятными параметрами патоморфоза заболевания и реорганизация системы здра-

воохранения населения требуют пересмотра и дальнейшего усовершенствования всего комплекса противотуберкулезных мероприятий. Одним из ведущих компонентов таких комплексных программ является подготовка медицинских кадров, что в свою очередь требует оптимизации обучения по специальности «Лечебное дело» в медицинских вузах. Дисциплина «Фтизиатрия» входит в профессиональный цикл базовой части Федерального государственного образовательного стандарта (ФГОС) по направлению «060101.65. Лечебное дело» и логически взаимосвязана с другими частями ООП модуля «Терапия».

Принятая новая учебная программа «Фтизиатрия» предусматривает увеличение объема и расширение тематики обучения, одновременно предполагая значительный удельный вес самостоятельной работы студентов. Указанные изменения происходят на фоне дальнейшей индивидуализации обучения и внедрения новых технологий (тестовый контроль, рейтинг, модульное обучение и т. д.).

После введения ФГОС-3, при отсутствии единой (типовой) учебной программы, по разрабатываемым вузами программам специалисты по направлению (специальности) «060101 Лечебное дело» готовятся к следующим видам профессиональной деятельности – профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая и научно-исследовательская.

Методически обоснована необходимость иметь для организации обучения, особенно самостоятельной работы студентов, комплекс методических материалов (пособий), из которых практически общепринятым, в соответствии с ранее существующей учебной программой, является лишь учебник «Фтизиатрия» (М., 2013). Отсюда совершенно очевидна необходимость и нового учебно-методического комплекса (УМК) по дисциплине, разработки которого делегированы кафедрам вузов.

На кафедре фтизиопульмонологии КГМУ с учетом опыта по совершенствованию учебного процесса и разработке учебных программ по специальности («Фтизиопульмонология», М., «Медицина», 2005) разработано универсальное учебное пособие, в котором в соответствии с требованиями ФГОС-3 обучающимся и преподавателям представлены основные разделы УМК «Фтизиатрия». Их основная цель – помочь и преподавателю, и студенту в организации и выполнении самостоятельной работы как при подготовке к практическому занятию (внеаудиторная работа), так и во время его проведения. При разработке учебной программы и, соответственно, других пособий и материалов УМК исходили из нескольких принципиальных позиций.

Во-первых, целью освоения дисциплины (модуля) «Фтизиатрия» определено усвоение задач и роли врача общего профиля в системе проведения противоэпидемических и профилактических мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза среди населения. Задачами дисциплины определены:

1. Обучение методам диагностики типичных основных клинических форм туберкулеза и других болезней органов дыхания.
2. Выработка умений для дифференциальной диагностики различных форм туберкулеза легких с различными заболеваниями органов дыхания.
3. Овладение методами лечения туберкулеза и организации антибактериальной терапии туберкулеза и неспецифических заболеваний легких.

4. Овладение методами организации своевременного выявления туберкулеза у лиц с повышенным риском заболевания.

Основное внимание, следовательно, в подготовке по специальности необходимо уделить значительному разделу овладения профессиональными компетенциями в дифференциальной диагностике болезней органов дыхания, то есть речь идет, по существу, о подготовке по разделу давно дискутируемой в отечественной медицине специальности «Фтизиопульмонология».

Во-вторых, что, на наш взгляд, особенно принципиально, необходимо использовать при подготовке по программе не только компетентностно-ориентированный подход, но и сохранить технологии образовательного процесса, которые апробированы и традиционно широко используются в отечественной педагогике высшей медицинской школы. Это прежде всего развитие клинического мышления будущего специалиста, без чего трудно овладеть профессиональными компетенциями в современном понятии.

Далее, с учетом продолжающейся реорганизации системы здравоохранения, невозможно не учитывать давно наметившуюся тенденцию интеграции специальностей «Фтизиатрия» и «Пульмонология» в специальность «Фтизиопульмонология». В связи с этим особое внимание в рабочей программе уделено овладению умениями по выявлению и дифференциальной диагностике болезней органов дыхания различной этиологии.

В базовую структуру УМК дисциплины «Фтизиатрия», отраженную в учебном пособии, включены: рабочая учебная программа дисциплины, учебно-методические материалы и рекомендации по организации внеаудиторной работы студентов, включающие методические рекомендации по подготовке к практическим занятиям (содержание дисциплины с темами аудиторных занятий, цель и задачи изучения, компетенции для каждого раздела или темы дисциплины) и методические материалы для каждой темы (план изучения темы или вопросы для самоподготовки, описание лабораторных работ, материалы для самоконтроля – вопросы, тесты, ситуационные задачи, перечень практических навыков, перечень экзаменационных вопросов). Как базовые избраны 16 тем для 18 занятий, отражающих диагностику и клинику основных форм туберкулеза, его лечение, реабилитацию и профилактику. По каждой теме прежде всего представлены основные логические структурные единицы изучаемого материала. Далее приводятся задания и рекомендации по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы на этапе подготовки к практическому занятию для студентов, которые помогут им более полно представить цели и организацию занятия. Так как сама структура занятия может быть неодинаковой на разных факультетах и в вузах, то бюджет времени в соответствии с основными этапами, при соблюдении целей и достижения конечного уровня знаний и умений, регламентируется рабочими программами кафедр.

Очевидно, в настоящее время – время медицины доказательств, будущему врачу необходимо знать также основные нормативные документы, которые приняты в общественном здравоохранении по соответствующему направлению его деятельности. Поэтому в пособии как приложения приведены основные из них – Федеральный закон 77-РФ и постановление Правительства Российской Федерации № 892. Изложение других материалов в пособии учитывает основной документ

Минздрава России – приказ № 951 от 29.12.2014 г. и Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (утверждены 22 октября 2013 г. № 60).

Опыт уже имеющегося на кафедре додипломного преподавания дисциплины «Фтизиатрия» в соответствии с требованиями ФГОС-3 подтверждает целесообразность использования разработанного УМК.

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

ИННОВАЦИОННЫЙ СИТУАЦИОННЫЙ ОНЛАЙН-ЦЕНТР «ФТИЗИАТРИЯ» СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕГО ВОЗМОЖНОСТИ В УПРАВЛЕНИИ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ

А.И. Цветков¹, Д.М. Саломатов², Д.Н. Голубев²

С целью исполнения Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года и Территориальной целевой программы оказания противотуберкулезной помощи Свердловской области на 2015–2017 годы по направлению «Организационно-методическое сопровождение по совершенствованию оказания медицинской помощи больным туберкулезом» при взаимодействии с органами исполнительной власти разработана и внедряется «Онлайн-система организационно-методической поддержки, курации и инновационного развития Свердловской области с использованием инновационного ситуационного онлайн-центра «Фтизиатрия».

Этот центр призван обеспечить оперативное системное взаимодействие головного противотуберкулезного диспансера с учреждениями фтизиатрической службы Свердловской области, а также их инновационное развитие и совместную кураторскую деятельность. Данная система строится по модульному принципу на платформе Комплексной интеллектуальной информационно-телемедицинской системы «Фтизиатрия», включающей АРМы врача-фтизиатра, научно-исследовательскую информационно-телемедицинскую сеть, информационные ресурсы (онлайн-системы мониторинга и управления, консультаций и консилиумов, дистанционного последипломного обучения), ситуационный онлайн-центр.

АРМы врача-фтизиатра выступают в виде источников информации, которые в соответствии с регламентами обеспечивают ввод оперативной достоверной информации в ситуационный онлайн-центр с любой позиции: от врача-фтизиатра тубкабинета, врачей и специалистов филиалов головных про-

тивотуберкулезных учреждений, специалистов головного противотуберкулезного диспансера. Информационно-телемедицинская сеть обеспечивает равное покрытие территории противотуберкулезной службы. При этом чем мельче ячейка сети, тем достовернее картина по туберкулезу. По ходу внедрения системы все врачи-фтизиатры, включая врачей фтизиатрических кабинетов и отделений ЦРБ и ГБ общей лечебной сети, будут подключены к единой научно-исследовательской информационно-телемедицинской сети «Фтизиатрия». Многофункциональное оперативное взаимодействие противотуберкулезных учреждений осуществляется с использованием инновационного ситуационного онлайн-центра «Фтизиатрия».

Ситуационный онлайн-центр – организационно-технический комплекс, позволяющий осуществлять мониторинг и помощь в принятии управленческих решений в сфере деятельности по организации и координации борьбы с туберкулезом на территории крупного промышленного региона. Через интегрированную систему электронного документооборота он взаимодействует с аналогичными ситуационными онлайн-центрами противотуберкулезных учреждений области. Ситуационный онлайн-центр включает специализированное помещение, где присутствует видеостена, на которой расположены два экрана – «два информационных окна» – в перспективе динамическая электронная карта территорий курации, где соответствующим цветом высвечены муниципальные образования с неблагоприятной эпидемической ситуацией по туберкулезу (с возможностью вывода для каждого населенного пункта таблицы по динамике индикативных и текущих показателей), плюс

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

² ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт фтизиопульмонологии» Минздрава России, г. Екатеринбург.

экран видеоконференцсвязи для вызова соответствующих исполнителей, обсуждения и принятия оперативных ситуационных решений и системного контроля их исполнения. В результате внедрения системы с использованием ситуационного онлайн-центра будет организована комплексная информационно-методическая поддержка процессов инновационного

развития противотуберкулезных учреждений Свердловской области. Традиционные кураторские визиты сотрудников головного диспансера будут заменены на систему «кураторских онлайн-визитов», в итоге на 90% будут снижены материальные и временные затраты специалистов, участвующих в кураторской деятельности, и повышена ее эффективность.

Голубев Дмитрий Николаевич, тел. +7 (912) 222-24-02, e-mail: Golubev-d50@mail.ru

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЮГЕ РОССИИ

Л.А. Шовкун, И.М. Франчук, Е.Д. Кампос, А.В. Константинова, Н.А. Володько

ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Ростов-на-Дону

Проведен анализ показателей смертности от туберкулеза за 2012–2014 гг. на Юге России (ЮФО и СКФО) как наиболее информативных показателей для оценки эпидемической обстановки.

Снижение смертности в ЮФО и СКФО наблюдается в течение более пяти лет. Показатель смертности от туберкулеза постоянного населения за период с 2012 по 2014 гг. снизился во всех территориях, кроме Кабардино-Балкарии (где отмечен его рост с 8,0 в 2012 г. до 11,5 на 100 тыс. населения в 2014 г.), а также Ставропольского края, где этот показатель находится примерно на одном низком уровне в течение данного периода (5,1 в 2012 г. и 5,2 на 100 тыс. населения в 2013 и 2014 гг.). Анализ показателей смертности во всех территориях ЮФО и СКФО выявляет значительные различия. Так, в Республике Дагестан показатель смертности от туберкулеза постоянного населения в 2014 г. – 4,4, в Карачаево-Черкессии – 1,7 на 100 тыс. населения, а в Астраханской области – 17,2, Ростовской области – 11,2, Калмыкии – 13,5 на 100 тыс. населения. В Астраханской области с 2012 до 2014 гг. отмечается незначительное снижение данного показателя (в 1,2 раза), однако там наблюдается наиболее высокий показатель смертности от туберкулеза постоянного населения. Наиболее значимое снижение смертности произошло в Карачаево-Черкессии – в 4,2 раза (с 7,2 на 100 тыс. населения в 2012 г. до 1,7 в 2013 г., такое же значение сохранилось и в 2014 г.). С 2012 г. к 2014 г. в Республике Адыгея смертность от туберкулеза постоянного населения снизилась в 1,7 раза (с 11,16 до 6,7 на 100 тыс. населения), в Краснодарском крае – в 1,4 раза (с 8,1 до 5,7), в Ростовской области снижение показателя менее значимо – в 1,3 раза (с 14,9 до 11,2). В 1,2 раза показатель смертности от туберкулеза постоянного населения снизился в Республике Дагестан (с 4,6 – в 2012 г. до 4,0 на 100 тыс. населения в 2014 г.). В Волгоградской области этот показатель за период с 2012-го по 2014 г. снизился незначительно (с 10,8 до 9,7 на 100 тыс. населения). Таким образом, следует выделить территории с наиболее низким показателем смертности постоянного населения (по ф. 33): Адыгея, Дагестан, Карачаево-Черкессия, Краснодарский край, Северная Осетия – Алания, Ставрополь-

ский край, Чеченская республика, Ингушетия, где показатель смертности снизился в течение трех лет. Однако в Астраханской области, Калмыкии, Ростовской области смертность остается на достаточно высоком уровне, несмотря на снижение. В 2014 г., невзирая на некоторое снижение, территориальный показатель смертности (по ф. 8) во многих территориях остается высоким. Так, в Астраханской области в 2014 г. он равен 21,5 на 100 тыс. населения (по ф. 33 – 17,2), в Ростовской области – 16,7 на 100 тыс. населения (по ф. 33 – 11,2); особенно настораживает значительное превышение территориального показателя смертности над показателем для постоянного населения в Северной Осетии – Алании – 18,5 и 6,6 на 100 тыс. населения, соответственно. В отдельных территориях этот показатель оставался на уровне показателей смертности постоянного населения (Чеченская Республика, Дагестан, Ингушетия, Карачаево-Черкессия, Кабардино-Балкария), что может свидетельствовать о недостаточном статистическом учете. При анализе показателей количества умерших в течение одного года после взятия на учет установлено, что наиболее высокий процент таких лиц в Кабардино-Балкарии (14,1%), в Адыгее (5,6%), Астраханской области (3,3%), Краснодарском крае (2,2%), что свидетельствует о недостаточно раннем выявлении туберкулеза. Наименьшая доля умерших в течение первого года наблюдения в Ростовской области (0,8%), Карачаево-Черкессии (0,6%), Волгоградской области (1,4%). Важно, что, несмотря на высокий показатель смертности в Калмыкии, количество умерших до одного года наблюдения значительно снизилось в течение трех лет (с 4,3% в 2012 г. до 1,5 % в 2014 г.)

Выводы

1. Наиболее низкие показатели смертности от туберкулеза наблюдаются в республиках: Адыгея, Дагестан, Карачаево-Черкессия, Северная Осетия – Алания, Чечня, Ингушетия; Краснодарском и Ставропольском краях.
2. Высокая смертность сохраняется в Астраханской, Ростовской областях, Республике Калмыкия, несмотря на снижение показателя в течение 2012–2014 гг.

3. В республиках Дагестан, Ингушетия, Карачаево-Черкессия, Кабардино-Балкария, Чечня показатели смертности по ф. 33 и ф. 8 находятся на одном уровне, что может свидетельствовать о дефектах статистического учета.

4. Высокий территориальный показатель смертности в отдельных регионах Юга России (Ростовская, Астраханская области) можно объяснить значительным уровнем миграции.

5. Количество умерших в течение первого года после взятия на учет достаточно высоко в республиках Кабардино-Балка-

рия, Адыгея, в Астраханской области, Краснодарском крае, что требует улучшения раннего выявления больных туберкулезом.

6. Эпидемическая ситуация, судя по показателям смертности от туберкулеза, остается достаточно напряженной в республиках Калмыкия, Северная Осетия – Алания, Кабардино-Балкария, в Астраханской, Ростовской областях.

Шовкун Людмила Анатольевна, тел. +7 (928) 188-60-82, e-mail: Lshovkun@mail.ru

ТУБЕРКУЛЕЗ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРМСКОМ КРАЕ

А.А. Шурыгин¹, Д.Л. Гуляев²

Цель исследования

Изучить тенденции и заболеваемость туберкулезом легких медицинских работников в Пермском крае.

Материалы и методы

Изучена заболеваемость туберкулезом населения Пермского края за 2009–2014 гг. и оценена интенсивность эпидемического туберкулезного процесса среди населения Пермского края по данным официально регистрируемой заболеваемости туберкулезом с учетом численности отдельных возрастно-профессиональных групп.

Результаты

При имеющейся положительной тенденции, при снижении на 24,5% показателя заболеваемости туберкулезом в Пермском крае (со 101,9 на 100 тыс. населения в 2009 г. до 76,9) его величина в 2014 г. превышает аналогичный показатель по России на 29,2% (59,5 на 100 тыс. населения) и имеет меньшую позитивную тенденцию (по России в целом – снижение на 28%).

Анализ заболеваемости туберкулезом медицинских работников Пермского края показал, что наибольшему риску заболевания туберкулезом легких подвержены работники противотуберкулезных учреждений, второе ранговое место занимают работники клинично-лабораторной, хирургической и терапевтической служб. Достоверно реже болеют педиатры, гинекологи и узкие специалисты. Заболеваемость медицинских работников фтизиатрической службы с 2009 г. (342,9 на 100 тыс. лиц данной профессиональной группы) резко снизилась на 61% (с пяти до двух заболевших в 2010 г.) и в целом на 56,6% к 2014 г. (148,9 на 100 тыс.), эта тенденция была значительно более выражена, чем для всего населения. Однако

с 2010 (133,7 на 100 тыс.) по 2014 гг. отмечены волнообразные изменения этого показателя с отрицательной тенденцией к повышению (на 11,4%).

Изучен показатель заболеваемости туберкулезом населения и медицинских работников, состоящих в профессиональном контакте с источником инфекции, в крупном районном центре г. Березники Пермского края. Заболеваемость туберкулезом населения в г. Березники с 2010 по 2014 гг. изменялась волнообразно. В 2011 г. показатель в сравнении с 2010 г. увеличился на 9,4%, составив 76,6 на 100 тыс. населения (в 2010 г. – 70,0 на 100 тыс.), в 2012 г. он снизился на 8,1% (70,4 на 100 тыс. населения), а в 2013–2014 гг. вырос на 1,7% (2013 г. – 71,9, 2014 г. – 71,6 на 100 тыс. населения).

Заболеваемость среди медицинских работников, состоящих в профессиональном контакте с источником инфекции, в г. Березники значительно превышала показатель заболеваемости в крае, сохраняющийся с 2010 по 2012 гг. на уровне 833,3 на 100 тыс. В 2013 и 2014 гг. заболеваемость туберкулезом медицинских работников не зарегистрирована. При этом доля заболевших медработников фтизиатрической службы г. Березники составила среди всех медиков в 2010 г. 50% (один пациент), в 2011 г. – 33,3% (один пациент), в 2012 г. – 100% (также один пациент).

Заключение

В Пермском крае, несмотря на позитивную тенденцию показателя заболеваемости туберкулезом населения, проблема заболеваемости среди медработников актуальна и требует дальнейшего изучения.

Гуляев Дмитрий Леонтьевич, тел.: +7 (982) 239-35-08, +7 (342) 426-39-82, e-mail: berez-ptd@yandex.ru

¹ ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера» Минздрава России.

² ГБУЗ Пермского края «Краевой противотуберкулезный диспансер № 2», г. Березники.