

2. Чучалин А.Г. Хронические обструктивные болезни легких. — СПб., 1998.
3. Чучалин А.Г. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. — 2008. — № 2. — С. 5–14.
4. Шмелев Е.И., Куклина Г.М. Совершенствование лечения бронхиальной обструкции у больных туберкулезом легких // Пульмонология. — 2001. — № 1. — С. 23–27.
5. Шмелев Е.И. Хроническая обструктивная болезнь легких и сопутствующие заболевания // Пульмонология. — 2007. — № 2. — С. 5–9.
6. Malin I. et al. COPD and the Risk of Tuberculosis - A Population-Based Cohort Study // PLoS One. — 2010 Apr. — Vol. 5 (4). — P. e10138.

Т.М. Бурданова, Л.С. Орлова, М.В. Лемешевская, Н.Л. Шарифулина, М.С. Панютина, Ю.С. Тулохонова

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ПНЕВМОЦИСТНОЙ ПНЕВМОНИИ ПРИ ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

Заболеваемость ВИЧ-инфекцией во всем мире не имеет тенденции к снижению. Без специфической высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) у всех ВИЧ-инфицированных неизбежно развитие стадий ВИЧ 4-б, 4-в, 5 (по классификации В.В. Покровского, 2001 г.), которые представляют собой развернутую картину синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД). Туберкулез и пневмоцистная пневмония являются СПИД-индикаторными заболеваниями, протекающими с поражением легких. Они занимают лидирующие позиции в структуре летальности у ВИЧ-инфицированных на поздних стадиях. В связи с тем, что у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции характерно одновременное развитие нескольких оппортунистических инфекций, для этого контингента затруднена ранняя клиническая и дифференциальная диагностика туберкулезного процесса и пневмоцистной пневмонии, что нередко приводит к позднему или неправильному лечению, и, соответственно — к летальному исходу.

Цель: изучить и сравнить клинико-эпидемиологические и лабораторные особенности течения туберкулезной инфекции и пневмоцистной пневмонии у больных поздними стадиями ВИЧ-инфекции для совершенствования методов ранней диагностики.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

При помощи общепринятых методов статистического анализа было изучено 72 истории болезни пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, пролеченных в инфекционной больнице в 2009–2010 гг., среди которых у 58 больных в результате госпитализации верифицированы различные формы туберкулеза (1-я группа), а у 14 (2-я группа) — пневмоцистная пневмония. Диагноз был выставлен на основании клинико-лабораторных, рентгенологических данных, после консультации фтизиатра, в ряде случаев — подтвержден секционно.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Распределение больных по формам выявленного туберкулеза представлено в таблице 1. *M. tuberculosis* у больных с с этим диагнозом были обнаружены при микроскопическом исследовании мокроты в 24 случаях (42,1 %).

Характеристика туберкулеза

Таблица 1

Клиническая форма	абс.	%
ТВГЛУ (осложненный бронхолегочным компонентом (экссудативным плевритом) лимфогенной диссеминацией)	3	5,2
ТВГЛУ	6	10,3
Туберкулезный плеврит / эмпиема	5	8,6
Милиарный туберкулез	3	5,2
Диссеминированный туберкулез	12	20,7
Инфильтративный туберкулез	17	29,3
Генерализованный туберкулез	12	20,7
Всего	58	100,0

В обеих группах больных достоверно преобладали мужчины (74,1 % в 1-й группе и 57,1 % во 2-й). Большинство больных пришлось на возрастную группу 20 – 39 лет. Как в 1-й, так и во 2-й группе подавляющее большинство больных не получало ВААРТ. Частота внутривенной наркомании у больных 1-й группы достоверно превысила аналогичную у больных 2-й группы (96,6 % vs 50,0 %, $p < 0,01$). Частота инфицирования парентеральными вирусными гепатитами достоверно преобладала у больных 2-й группы (74,1 % vs 45,6 %, $p < 0,01$). Распределение больных по стадиям ВИЧ показало: у больных пневмоцистной пневмонией достоверно преобладала 5-я (терминальная) стадия ВИЧ-инфекции (64,3 % vs 35,7 %, $p < 0,05$); стадия 4-б у этих пациентов вообще не встречалась. Распределение больных по показателю содержания CD-4 лимфоцитов показало, что у больных пневмоцистной пневмонией частота больных с количеством клеток менее 50 в 1 мл достоверно превысила таковую у больных туберкулезом (78,6 % vs 42,1 %, $p < 0,05$).

При анализе клинических данных установлено сходство течения туберкулеза и пневмоцистной пневмонии у ВИЧ инфицированных (табл. 2). Установлена достоверно более низкая сатурация O_2 , более выраженная одышка и развитие цианоза в разгаре болезни - в группе больных пневмоцистной пневмонией.

У больных туберкулезом установлен ряд достоверных различий в течении болезни в зависимости от содержания CD-4 клеток. Так, у больных с содержанием CD-4 менее 100 клеток в 1 мл достоверно чаще, чем у больных с более высоким их содержанием, отмечено острое начало болезни, развитие генерализованных форм, в том числе менингоэнцефалита, одновременное наличие других оппортунистических инфекций, среди которых лидировал орофарингеальный и висцеральный кандидоз; достоверно чаще регистрировались отклонения от нормального количества лейкоцитов в крови. При изучении гемограммы больных пневмоцистной пневмонией установлено, что отклонения от нормального количества лейкоцитов развивались менее чем у половины больных.

Анализ рентгенологических данных выявил, что у больных инфильтративными и диссеминированными формами туберкулеза при первом исследовании типичные для этого заболевания изменения регистрировались лишь в 50 %, для уточнения диагноза требовались повторные снимки в динамике. У больных 2-й группы типичные рентгенологические изменения в виде ватного легкого и мутного стекла были описаны в 64,3 %, при первом исследовании.

Таблица 2

Клиническая картина

Признак	1 группа (n = 58)	2 группа (n = 14)	p
Продолжительность болезни до госпитализации, дни	14,2 ± 2,4	15,0 ± 2,5	> 0,05
Фебрильная t, %	85,6 ± 4,1	81,5 ± 4,4	> 0,05
Кашель с мокротой %	74,4 ± 4,3	69,4 ± 4,7	> 0,05
ЧДД в разгаре болезни, абс.	19,0 ± 2,1	27,5 ± 2,1	> 0,05
Астения, %	84,4 ± 4,7	78,4 ± 4,9	> 0,05
Кахексия, %	34,4 ± 4,3	40,4 ± 6,6	> 0,05
Упорная диарея, %	24,4 ± 2,3	19,4 ± 6,2	> 0,05
Кандидоз, %	75,4 ± 4,3	70,4 ± 4,3	> 0,05
Цианоз %	35,4 ± 2,5	71,4 ± 4,7	< 0,05
Сатурация в разгаре, абс. (%)	93,4 ± 2,1	79,8 ± 3,8	< 0,05

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, туберкулез и пневмоцистная пневмония у больных поздними стадиями ВИЧ протекают со сходной клинической симптоматикой. Информативность рутинных методов дополнительных исследований недостаточна, что требует использования современных методов, например, компьютерной томографии органов грудной клетки.

У больных с 5-й стадией ВИЧ с содержанием CD 4 ниже 50, с сатурацией O_2 менее 80 %, с выраженной одышкой, цианозом более вероятно развитие пневмоцистной пневмонии.

для больных с МЛУ, только по определению устойчивости к изониазиду и рифампицину, без разделения на данные 2 группы, не будут выполнять необходимых противоэпидемических мероприятий и создадут условия для перекрестной инфекции и накопления большого контингента, больных с тотальной лекарственной устойчивостью ко всем известным ПТП.

А.В. Мишина, Н.Д. Ющук, В.Ю. Мишин

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МОДЕРНИЗИРОВАННОГО ПБ И СТАНДАРТНОГО I РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ПОЗИЦИЙ МЕДИЦИНЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ

Московский государственный медико-стоматологический университет (Москва)

Цель исследования заключалась в изучении сравнительной эффективности модернизированного ПБ и стандартного I режима химиотерапии, при лечении впервые выявленного деструктивного туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных больных.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено рандомизированное контролируемое клиническое исследование по единому протоколу 80 больных деструктивным инфильтративным туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией в возрасте от 20 до 60 лет. У всех пациентов методом микроскопии и посева мокроты на питательные среды обнаружены микобактерии туберкулеза (МБТ). При этом в исследование были включены пациенты с II и III стадией ВИЧ-инфекции, у которых количество CD4+ лимфоцитов в периферической крови составляло от 500 до $200 \times 10^6/\text{мл}$ и в интенсивную фазу химиотерапии в течении 3 месяцев, по рекомендациям ВОЗ, не назначалась антиретровирусная терапия.

Больные рандомизированы на две группы пациентов. 40 больных 1-й группы в интенсивную фазу лечилась по ПБ режиму химиотерапии, из них 20 пациентов лечились с помощью комбинации из изониазида, рифампицина, пиразинамида, этамбутола, канамицина и фторхинолона (офлоксацин или левофлоксацин) и 20 — феназида, рифампицина, пиразинамида, этамбутола, амикацина и офлоксацина или левофлоксацина. 40 пациентов 2-й группы получали I режим химиотерапии изониазидом, рифампицином, пиразинамидом и этамбутолом. ПБ и I режим химиотерапии определены приказом МЗ РФ № 109 от 21 марта 2003 г. и Национальным Руководством по фтизиатрии от 2007 г.

Больные в наблюдаемых группах были практически идентичны по половым, возрастным, клиническим и микробиологическим параметрам, что позволило объективно оценить эффективность ПБ и I режима химиотерапии у больных деструктивным туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией.

В 1-й группе поражение 1–2 сегментов легких установлено у 17,7 % больных, 1 доли — у 62,5 % и более 2 долей — у 20 %. Размеры каверн 1–2 см в диаметре выявлены в 67,5 % случаев и более 2 см — в 32,5 %. Во 2-й группе эти показатели составляли по поражению в легких, соответственно: у 20 %, 60 % и 20 % больных ($p > 0,05$) и по размерах каверн, соответственно: в 70 и в 30 % случаев ($p > 0,05$). У больных 1-й группы лекарственная устойчивость МБТ была установлена в 47,5 % случаев и у больных 2-й — в 45 % ($p > 0,05$). При этом в 1-й группе монорезистентность выявлялась у 7,5 % пациентов, полирезистентность — у 17,5 % и множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) — у 22,5 % больных. Во 2-й группе эти показатели составляли, соответственно: 10 %, 15 % и 20 % ($p > 0,05$). Результаты лечения оценивались по клиническим, микробиологическим и рентгено-томографическим показателям через 3 месяца интенсивной фазы химиотерапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Сравнительный анализ динамики синдрома интоксикации, бронхолегочных проявлений болезни, клинического анализа крови и количества CD4+ лимфоцитов у больных 1-й и 2-й группы показал более высокую эффективность ПБ режима химиотерапии в сравнении с I режимом у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с ВИЧ-инфекцией. Через 3 месяца лечения интоксикационный синдром и бронхолегочные проявления болезни исчезли у всех (100 %) больных 1-й группы, а у 61,7 % — 2-й у 70 % ($p < 0,05$). Аналогичная тенденция выявлена и при изучении динамики показателей клинического анализа крови. Через 3 месяца лечения клинический анализ крови у всех (100 %) больных 1-й группы полностью нормализовался, в то время как у больных 2-й группы у 62,5 % пациентов сохранялась увеличенная СОЭ ($p < 0,05$). При этом количество CD4+ лимфоцитов у больных 1-й группы было в пределах нормы и ни в одном случае не снижалось менее 500×10^6 клеток/мл периферической крови. В то время как у больных 2-й группы в 35 % случаев количество CD4+ лимфоцитов оставалось на уровне

300 – 200 × 10⁶ клеток/мл периферической крови ($p < 0,05$). Прекращение бактериовыделения через 3 месяца лечения в 1-й группе, где применялся ПБ режим химиотерапии, было установлено у 82,5 % больных. В то время как этот показатель у больных 2-й группы, где использовался I режим, составлял – 42,5 %, что было в 2 раза меньше, чем у пациентов 1-й группы ($p < 0,05$). При этом в 1-й группе удалось добиться прекращения бактериовыделения в 100 % случаев у больных с сохраненной чувствительностью МБТ ко всем противотуберкулезным препаратам, с монорезистентностью и полирезистентностью и у 44,4 % пациентов с МЛУ. В то же время во 2-й группе удалось добиться прекращения бактериовыделения у 100 % больных с сохраненной чувствительностью МБТ ко всем противотуберкулезным препаратам, у 75 % – с монорезистентностью и 60 % – с полирезистентностью и ни у одного пациента – с МЛУ ($p < 0,05$).

При этом лечение больных 2-й группы, лечившихся по I режиму химиотерапии (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол или стрептомицин), существенно осложнялось феноменом индукции (усиления) лекарственной устойчивости МБТ, впервые описанным В.Ю. Мишиным в 1999 г. Так, у всех 23 больных (57,5 %) больных 2-й группы, с продолжающимся бактериовыделением через 3 месяца лечения I режимом химиотерапии, установлена индукция (усиление) устойчивости МБТ к большему числу противотуберкулезных препаратов. При этом у 4 пациентов начальная монорезистентность трансформировалась в полирезистентность и МЛУ, у 6 – начальная полирезистентность трансформировалась в МЛУ и у 8 – начальная МЛУ к сочетанию основных и резервных противотуберкулезных препаратов, в том числе к аминогликозидам, фторхинолонам, циклосерину и ПАСК. У больных 1-й группы подобный феномен установлен не был. Закрытие каверн в легких через 3 месяца химиотерапии у больных 1-й группы было установлено в 70 % случаев, а у пациентов 2-й – 35 %, что было в 1,8 и 1,6 раза ниже, чем в 1-й группе ($p < 0,05$). Медикаментозные осложнения на противотуберкулезные препараты у больных 1-й группы, лечившихся по ПБ режиму химиотерапии, установлены в 22,5 % случаев и у пациентов 2-й – в 20 % ($p > 0,05$). При этом неустранимые медикаментозные осложнения были у 7,5 % больных 1-й группы и у 5 % – 2-й группы ($p > 0,05$).

Необходимо отметить, что использование у 20 ПБ режима химиотерапии у больных 1-й группы с включением в комбинацию противотуберкулезных препаратов феназида практически не наблюдалось неустранимых медикаментозных осложнений, а в то время как использование у 20 пациентов с включением изониазида у 3 из них были неустранимые реакции, что требовало отмены изониазида и замены его на феназид. В то же время из аминогликозидов более оптимальным и лучше переносимым являлся амикацин, а из фторхинолонов – левофлоксацин. При этом использование феназида, амикацина и левофлоксацина позволяло продолжить химиотерапию соответствующим ПБ режимом без его изменения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты рандомизированного контролируемого клинического исследования доказали, что ПБ режим химиотерапии является инновационной технологией лечения впервые выявленного деструктивного туберкулеза легких у ВИЧ-инфицированных больных. Это позволяет через 3 месяца добиться прекращения бактериовыделения в 82,5 % случаев и закрытие каверн в легких в 70 %. При использовании I режима эти показатели существенно ниже и составляют, соответственно: 42,5 и 35 %. В то же время ПБ режим химиотерапии в большинстве случаев позволяет добиться лучших клинических результатов и нормализовать иммунный статус, а также преодолеть первичную и предотвратить формирование вторичной МЛУ. Этого не наблюдается при применении I режима, который у данной категории больных является мало эффективным. Это в более ранние сроки удается качественно подготовить больных для проведения в дальнейшем антиретровирусной терапии. При этом более оптимальной комбинацией противотуберкулезных препаратов во ПБ режиме является рифампицин, феназид, пиразинамид, этамбутол, амикацин и левофлоксацин.

А.Д. Молонов, Т.Г. Поломошнова

НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭПИДСИТУАЦИЮ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЯХТИНСКОМ РАЙОНЕ

Кяхтинский противотуберкулезный диспансер (Кяхта)

Проблема заболеваемости туберкулезом в мире является одной из актуальных. Известно, что в мире заболевает туберкулезом 8 – 10 млн. человек. 3 – 4 млн. человек умирает ежегодно от туберкулеза.

Заболеваемость в России за последние годы колеблется от 84,0 в 2005 г. до 82,6 на 100 тыс. населения в 2009 г., по Сибирскому Федеральному округу (СФО) – от 133,6 на 100 тыс. населения в 2005 г. до 129,2 в 2009 г., а по Республике Бурятия от 158,5 на 100 тыс. населения в 2005 г. до 168,3 в 2009 г. Заболеваемость детей до 14 лет в Бурятии составила от 41,8 в 2005 г. и 43,8 в 2009 г. на 100 тысяч населения, что заметно

возможность у 6 детей (11,1 %) индивидуализировать режим терапии назначением 2-х препаратов, как впервые выявленным с остаточными изменениями туберкулезного процесса.

Большинству детей 2-й (43 чел., 87,8 %) и 3-й групп (40 чел., 76,9 %) терапия была начата по I режиму 4 препаратами HRZS/E, с использованием этамбутола под контролем фтизиоокулиста.

У 5 детей 2-й и 6 больных 3-й групп из контакта с больным туберкулезом с МЛУ с установленными данными чувствительности МБТ источника заражения возникла необходимость назначения индивидуального режима, с использованием препаратов резервного ряда (3 основных препарата и препараты резерва — PAS, Cs, Pt), К. У 6 больных с первичным генерализованным туберкулезом, включая 2 детей с туберкулезным менингитом (3-я группа) также был назначен индивидуальный режим с присоединением в интенсивной фазе лечения 5-го препарата — К/А, либо фторхинолонов Fq у детей старше 12 лет. Для повышения эффективности терапии детям 2-й и 3-й групп изониазид назначали в дозе 10–15 мг/кг, «ступенчатым методом», начиная с внутривенного капельного введения, в последующем внутримышечного и перорального приема. Для усиления рассасывающего эффекта у 15 детей 2-й и 3-й групп использовали гормональную терапию преднизолоном в суточных дозах 0,3–0,5 мг/кг в течение 3–4 недель, с последующим дробным снижением дозы препарата и присоединением в дальнейшем фонофореза гидрокортизона малой интенсивности (0,2 Вт/см/кв 10–12 процедур) паравертебрально и на зону поражения легочной ткани.

Проведение терапии у детей, как с ограниченными, так и с распространенными процессами в соответствии со стандартными III и I режимами химиотерапии представилось возможным лишь у 82 (52,9 %) из 155 больных. У 4 больных с осложненным течением туберкулеза была проведена коррекция терапии в соответствии с полученными результатами чувствительности МБТ, и изменением режима терапии на IV в течение первых 1,5–2 мес. лечения.

Назначение в начале терапии индивидуального режима у 5 больных (10,2 %) с распространенным туберкулезом и 12 детей (23,1 %) с осложненным течением заболевания было обусловлено наличием достоверного семейного контакта с больным с МЛУ, тяжестью клинических проявлений туберкулеза и наличием у детей фоновых заболеваний. У 6 детей (11,1 %) с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов (малая форма) в фазе обратного развития при отсутствии активности туберкулезной инфекции стало возможным эффективное использование индивидуального режима лечения с назначением 2 препаратов в течение 6 мес.

С целью повышения эффективности терапии, с учетом замедленной динамики туберкулезного процесса, в ходе проводимого лечения требовалась индивидуализация режима терапии путем удлинения сроков интенсивной фазы и фазы продолжения, назначения препаратов резервного ряда еще у 46 детей (29,7 %).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования обосновывают необходимость дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики с использованием индивидуальных режимов терапии. Критериями выбора режимов лечения являются степень распространенности специфического процесса, выраженность клинических проявлений, данные о контакте с источником инфекции и резистограммы больного.

Н.В. Прусакова, К.В. Шалыгин, В.Ф. Жемков, Л.Р. Шпаковская

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Городской противотуберкулезный диспансер (Санкт-Петербург)

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Санкт-Петербурге остается по-прежнему напряженной, несмотря на снижение заболеваемости. Следует отметить, что при всех колебаниях данного показателя, заболеваемость внелегочными формами туберкулеза остается на неизменно низком уровне. Таким образом, представляет актуальность анализ эпидемиологической ситуации по внелегочному туберкулезу.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценка заболеваемости внелегочным туберкулезом проводилась на основании отчетных форм государственного статистического наблюдения №8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», № 33 «Сведения о больных туберкулезом». Анализ проводился за период с 2008 по 2010 г.

Оценка данных показала, что заболеваемость внелегочными формами туберкулеза за анализируемый период остается на не высоком уровне, с тенденцией к дальнейшему снижению. В 2008 г. она составляла 1,4 на 100 тыс. населения, в 2010 г. — 1,4 на 100 тыс. населения.

Низкая заболеваемость внелегочным туберкулезом при сохраняющейся относительно стабильной заболеваемости всеми формами инфекции позволяет предположить, что она отражает выявление больных с данной формой патологии. Это обстоятельство подтверждается более высоким уровнем заболеваемости и числом зарегистрированных больных в тех районах, где работают специалисты по экстрапульмонарным формам туберкулеза: Кировском, Фрунзенском и Василеостровском районах, где показатель почти в два раза превышает городской. Остается актуальной проблема больных, умерших от внелегочного туберкулеза, не состоящих под наблюдением противотуберкулезной службы, что также является следствием недостатка специалистов. С 2008 г. эта категория составляет в среднем до 5 % среди всех умерших, неизвестных туберкулезным диспансерам.

Структура внелегочного туберкулеза в Санкт-Петербурге остается практически неизменной за весь период наблюдения. По-прежнему, первое место занимает костно-суставной туберкулез — 36,0 %; мочеполовой — 30,0 %; периферических лимфатических узлов — 18,0 %.

Следует отметить, что в последние годы отмечается увеличение числа случаев генерализованного туберкулеза — когда у пациента имеется несколько локализаций инфекции, что представляет собой значительную проблему, в том числе для специалистов по внелегочному туберкулезу.

Проведенный анализ данных случаев генерализации инфекции показал, что в его структуре чаще всего встречаются сочетание активных процессов в легких и органах брюшной полости — в 32 % случаев, периферических узлах — в 29 % случаев, мочевыделительной системы — в 17 % случаев. Среди пациентов с генерализованным процессом преобладают лица молодого возраста до 35 лет, среди которых каждый второй ВИЧ-инфицированный, у каждого четвертого встречается гепатит В или С.

Следует отметить, что число умерших до года наблюдения от генерализованного процесса увеличилось и составило в 2008 г. — 7 человек, в 2009 г. — 9 человек, в 2010 г. — 13 человек.

Таким образом, заболеваемость внелегочными формами туберкулеза в Санкт-Петербурге по-прежнему остается низкой, что, скорее всего, объясняется недостаточным выявлением больных этой формой патологии, отсутствием в большинстве районов специалистов по внелегочным локализациям инфекции. В последние годы все большую актуальность приобретают генерализованные формы туберкулеза, что требует пристального внимания к данной проблеме всех специалистов противотуберкулезной службы.

Т.Ю. Салина, Т.И. Морозова

СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ МНОЖЕСТВЕННО-ЛЕКАРСТВЕННО УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

**Саратовский государственный медицинский университет (Саратов)
Областной клинический противотуберкулезный диспансер (Саратов)**

В последние годы во всем мире, в том числе и России отмечается увеличение числа больных, инфицированных мультирезистентными штаммами *M. tuberculosis* [1, 6]. Туберкулез, обусловленный микобактериями с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТВ), отличается тяжелым течением, низкой эффективностью лечения и высокой летальностью. Из-за устойчивости к наиболее сильным бактерицидным препаратам изониазиду и рифампицину лечение таких больных требует применения длительной комбинированной полихимиотерапии с использованием препаратов второго ряда. Это приводит к увеличению числа побочных реакций токсического характера, обусловленных как самими лекарственными препаратами, так и продуктами их метаболизма [2, 3, 5]. В литературе встречаются публикации, указывающие на то, что длительный прием этионамида, протионамида [3], особенно в сочетании с препаратами парааминосалициловой кислоты (ПАСК), может привести к гипотиреозу и гипофизарно-гипоталамическим нарушениям.

Цель исследования — оценка состояния функции щитовидной железы, на основе изучения динамики продукции тиреотропного гормона, у больных с множественно лекарственно устойчивым туберкулезом на фоне длительной комбинированной химиотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследовано 102 пациента (мужчин — 82, женщин — 20) с МЛУ-ТВ в возрасте от 23 до 65 лет. Из них инфильтративный туберкулез легких наблюдался у 74 человек, диссеминированный — у 10, фиброзно-кавернозный туберкулез легких — у 15, туберкулемы — у 3 человек. Лекарственную чувствительность микобактерий туберкулеза (МБТ) определяли традиционным методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна-Йенсена. Пациенты с установленной МЛУ получали лечение по интенсивной фазе 4 режима химиотерапии, следующей комбинацией препаратов (капреомицин, петеха, пазер, офломак,

ской сенсibilизации зарегистрирован в 70,6 % случаев (12 чел.). В комплексе серологических реакций более чем у половины обследованных ($n = 10$, 58,8 %) титр специфических антител по всему спектру ниже диагностического уровня, однако у 7 человек (41,2 %) отмечались 3–4 положительные реакции, что свидетельствовало об активности туберкулезной инфекции.

При проведении МСКТ и МСКТ ангиографии у 2 детей (11,8 %) визуализировались множественные ЛУ различные по плотности, размерами более 5 мм, что позволило говорить о наличии малой формы внутригрудной аденопатии.

В III группе наблюдения ($n = 30$) отмечались положительный и гиперергический результаты ДСТ (7 и более мм). Проявления интоксикационного синдрома различной степени выраженности присутствовали у всех обследованных.

Нормергический характер чувствительности к туберкулину по данным р. Манту с 2ТЕ зарегистрирован в 53,3 % (16 чел.), ГКП – в 66,7 % (20 чел.). По результатам углубленной туберкулинодиагностики в 43,3 % случаев (13 чел.) у пациентов отмечался отрицательный и нормергический характер чувствительности к туберкулину, и только у половины детей (56,7 %, 17 чел.) – гиперергический. В комплексе серологических реакций титры специфических антител выше диагностического уровня в 43,3 % (13 чел.).

При проведении МСКТ и МСКТ ангиографии у 66,7 % пациентов (20 чел.) визуализировались внутригрудные лимфатические узлы от 5 до 10 мм, множественные, различные по плотности, что позволило говорить о наличии локальной формы ТВГЛУ. 33,3 % – дети, инфицированные МБТ, с признаками активности туберкулезной инфекции с неподтвержденным диагнозом туберкулеза.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить, что чувствительность ДСТ в диагностике локальной формы туберкулеза в сравнении с туберкулинодиагностикой составила 66,7 % против 33,9 %, специфичность – 76,2 %, против 53,5 %, диагностическая эффективность 61,9 % против 47,6 %. Показатели диагностической эффективности МСКТ составляют – 79 %, МСКТ ангиографии – 96 %.

ВЫВОДЫ

Применение в современном комплексе обследования ДСТ и лучевых методов необходимо, что позволит существенно повысить эффективность диагностики ТВГЛУ у детей.

К.В. Шалыгин, В.Ф. Жемков, Л.Р. Шпаковская, М.В. Жемкова, А.П. Кутювая

ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Городской противотуберкулезный диспансер (Санкт-Петербург)

Анализ эпидемиологической ситуации показал, что, несмотря на ее стабилизацию в последние годы, бремя туберкулеза в Санкт-Петербурге остается значительным.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценка заболеваемости туберкулезом проводилась на основании отчетных форм государственного статистического наблюдения № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», №33 «Сведения о больных туберкулезом». Анализ проводился за период 2009 – 2010 гг.

Регистрируемая территориальная заболеваемость всеми формами туберкулеза по Санкт-Петербургу в 2010 г. составила 43,0 на 100 тыс. населения, что ниже на 8,6 %, чем в 2009 г. Всего было зарегистрировано 1976 больных, в то время как в 2009 г. – 2152 человека, то есть с уменьшением на 176 человек. Регистрируемая заболеваемость туберкулезом постоянного населения в 2010 г. также снизилась и составила 32,4 на 100 тыс. населения, уменьшившись на 11,5 % по сравнению с показателем 2009 г. (36,6 на 100 тыс. населения). Туберкулез органов дыхания остается преобладающей формой инфекции. Показатель болезненности по туберкулезу снизился по сравнению с 2009 г., составив 104,2 на 100 тыс. населения (107,3 – 2009 г.). Также уменьшилась и болезненность туберкулезом органов дыхания с 101,4 на 100 тыс. в 2009 г. до 98,8 на 100 тыс. населения в 2010 г.

Значительное влияние на заболеваемость туберкулезом, отягощающее эпидемиологическую ситуацию, оказывает также ВИЧ-инфекция. По данным отчетов противотуберкулезных диспансеров, в 2010 г. взято на учет 454 человека, больных активными формами туберкулеза в сочетании с ВИЧ, что на 25 человек больше, чем в 2009 г. Контингенты активных больных с сочетанной ВИЧ-инфекцией на 1 января 2011 г. составили 660 человек, что на 110 человек больше, чем было на начало 2010 г. Отмечается устойчивая тенденция пополнения контингентов активных больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией за счет прибывших из ГУФСИН и других регионов.

Несмотря на стабилизацию эпидемиологических показателей, бремя туберкулеза в Санкт-Петербурге остается значительным. Это, прежде всего, объясняется преобладанием среди впервые выявленных

больных туберкулезом лиц трудоспособного возраста (18 – 60 лет), которые составляют среди заболевших более 70 %. Преимущественно заболевание в данном возрасте регистрируется среди мужчин. Значительный процент (43 %) среди впервые выявленных больных составляют неработающие или временно неработающие лица. Следует отметить, что сочетание туберкулеза с ВИЧ-инфекцией также регистрируется преимущественно среди лиц указанной социальной принадлежности.

Миграционные процессы также оказывают влияние на эпидемиологическую ситуацию в городе. Так, в первом квартале 2011 г. обратилось за консультативной помощью в СПб ГПТД 305 иностранных граждан, в то время как за весь прошлый год – 375 человек. Из числа обследованных диагноз активного туберкулеза установлен у 79 человек (76 в 2010 г.). Данное обстоятельство обусловлено увеличением числа прошедших медицинское обследование иностранных граждан. Ожидается увеличение числа мигрантов больных туберкулезом – прогнозируется их увеличение до 400 человек за 2011 г.

Таким образом, анализ эпидемиологической ситуации показал, что в Санкт-Петербурге при планировании противотуберкулезных мероприятий следует особое внимание уделять проведению профилактических мероприятий среди неработающих или временно неработающих лиц трудоспособного возраста, мигрантов, ВИЧ-инфицированных, а также освободившихся из пенитенциарных учреждений.

П.К. Яблонский, Д.Л. Айзиков, Г.С. Баласанянц

РАСЧЕТ ПОТЕНЦИАЛЬНОЙ КЛИНИКО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ГЛУТОКСИМ ВО ФТИЗИАТРИИ

НИИ фтизиопульмонологии (Санкт-Петербург)

В современной фтизиатрии остро стоит вопрос рационального использования денежных средств, направленных на лечение больных туберкулезом. Одной из мер рационального использования финансов является сокращение сроков стационарного лечения бактериовыделителей, обусловленного не только тяжестью общего состояния, но и необходимостью их изоляции, что совершенно оправдано с эпидемиологической точки зрения. Ввиду особенностей учета выплат из фонда обязательного медицинского страхования непрямые затраты учитывать сложно, поэтому эффективность курсов лечения чаще всего приходится оценивать по прямым вложениям. Весь период пребывания больного в стационаре бюджеты всех уровней несут финансовые потери: затраты на диагностику, лечение, питание, коммунальные издержки, заработную плату медицинского персонала. В работах М.В. Синицина с соавт. доказано, что к концу 2-го месяца лечения больных с лекарственно чувствительными МБТ, у которых к химиотерапии (ХТ) (I режим) был добавлен Глутоксим, частота бактериовыделения прекратилась в 91,1 % случаев. Среди больных, получавших только ХТ, бактериовыделение исчезло у 61,1 % пациентов. Это наглядно демонстрирует, что применение препарата Глутоксим сокращает сроки абациллирования больных. Приведенные данные в пересчете на обслуживание одного пациента (оплата коммунальных услуг, оплата питания, заработная плата) показывают, что затраты при использовании Глутоксима уменьшаются, так как больные быстрее выписываются из стационара. При экстраполяции этих данных на количество больных и структуру финансирования на 2011 г. одного из противотуберкулезных диспансеров СЗФО РФ была рассчитана предполагаемая экономия ресурсов. Так, стоимость приобретения противотуберкулезных препаратов первого ряда при условии назначения стандартных доз, например, для 104 больных и длительностью терапии 60 суток составит 106 080 рублей, питание 833 333 рублей, заработная плата сотрудников 5 666 666 рублей. При добавлении в схему лечения Глутоксима изменяется только сумма затрат на лекарственные средства: она увеличится на 1 042 080 рублей. Однако при использовании препарата Глутаксим показания к дальнейшему стационарному лечению ввиду сохранения бактериовыделения останутся только у 9 пациентов (8,9 %). В то же время, если этим же больным назначить I режим ХТ без Глутоксима, то показания к дальнейшей изоляции будут определяться у 40 больных (38,9 %), и, более того, встанет вопрос о коррекции ХТ. Даже если продолжить I режим ХТ этим 40 больным потребуются дополнительные ресурсы на оплату лечения, питания, коммунальных услуг и заработной платы медицинского персонала еще в течение минимум 30 суток (суммарное количество доз 90), что приведет к удорожанию лечения на сумму 3 770 399 рублей. То есть, для достижения прекращения бактериовыделения у 104 больных при использовании в схеме лечения Глутоксима у больных с сохраненной лекарственной чувствительностью затраты составят 8 542 079 рубля, а для достижения эффекта абациллирования без применения препарата Глутоксим у такого количества больных потребуется 11 376 478 рублей, что на 2 834 399 рублей дороже. Сопоставлении затрат и эффективности обнаруживает, что для достижения прекращения бактериовыделения у больных без Глутоксима соотношение равно 124 485 руб./%, а при использовании препарата Глутоксим 93 765,96 руб./%.