

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра инфекционных болезней
Кафедра поликлинической терапии и общеврачебной практики
с курсом дерматовенерологии



«ДЕКАБРЬСКИЕ ЧТЕНИЯ. ИНФЕКЦИОННЫЕ И КОЖНЫЕ БОЛЕЗНИ – 2015»

Сборник материалов
V Республиканской научно-практической
молодежной конференции
(Гомель, 1 декабря 2015 года)



НИ▲РМЕДИК

Гомель
ГомГМУ
2015

УДК 005.745(06) + 616.9(081/082)

Сборник содержит результаты анализа проблем, связанных с изучением особенностей течения инфекционного процесса, проблемами изучения свойств возбудителей, диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний.

Редакционная коллегия: **Е. Л. Красавцев** — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой инфекционных болезней; **Н. Ф. Бакалец** — заведующая кафедрой поликлинической терапии и общеврачебной практики с курсом дерматовенерологии.

Рецензенты: **Д. В. Тапальский** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой микробиологии, вирусологии и иммунологии; **И. В. Буйневич** — кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиопульмонологии; **Л. П. Мамчиц** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей гигиены, экологии и радиационной медицины.

Декабрьские чтения. Инфекционные и кожные болезни – 2015: сборник материалов V Республиканской научно-практической молодежной конференции / Е. Л. Красавцев [и др.]. — Элект. текст. данные (объем 11,5 Мб). — Гомель: ГомГМУ, 2015. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). — Систем. требования: IBM-совместимый компьютер; Windows XP и выше; ОЗУ 512 Мб; CD-ROM 8-х и выше. — Загл. с этикетки диска.
ISBN 978-985-506-779-6

УДК 005.745(06) + 616.9(081/082)

ISBN 978-985-506-779-6

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2015

Аманязова О. Х.

Научный руководитель: ассистент В. А. Штанзе

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

В конце XX в. туберкулез вновь стал глобальной угрозой после периода, когда считался практически побежденным.

В Туркменистане проживают 5,3 млн человек. Уровень первичной заболеваемости туберкулезом в 2014 г. составил 64 на 100 тыс. населения, а общая заболеваемость — 88 на 100 тыс. Смертность от туберкулеза — 3,4 на 100 тыс. Усугубляет эпидемиологическую обстановку по туберкулезу выявление случаев туберкулеза мультирезистентностью (14 % среди новых случаев туберкулеза и 38 % среди ранее леченых).

Туркменистан активно участвует в достижении целей глобальной стратегии «Остановить туберкулез», успешно реализует национальные программы и стратегии контроля над туберкулезом, в рамках которых утверждены национальные стандарты оказания противотуберкулезной помощи.

Ведущим учреждением в стране по оказанию противотуберкулезной помощи населению является туберкулезный лечебно-профилактический центр, входящий в состав управления центров инфекционных болезней Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана. Под руководством центра функционируют велаятские (областные) и этрапские (районные) специализированные медицинские учреждения.

Лечебно-профилактический центр туберкулеза на 60 мест состоит из следующих отделений: приемно-консультативного, функциональной и лучевой диагностики, легочного, хирургического, анестезиологии и реаниматологии, диспансерного. В центре созданы все условия для успешного лечения пациентов стационарных и амбулаторных условиях, здесь предусмотрены 60 койко-мест, а палаты отвечают современным требованиям. Помимо этого, Центр располагает мобильным пунктом диагностики легочных заболеваний, что позволяет проводить профилактические осмотры в отдаленных населенных пунктах.

Здесь созданы все необходимые условия не только для лечения пациентов, но и проведения научно-исследовательской работы. Отделения Центра оснащены инновационным оборудованием, позволяющим применять в медицинской практике самые современные методы лечения.

В Центре профилактики и лечения туберкулеза трудятся ученые с большим опытом работы. В научно-клиническом отделе Центра в настоящее время совместно со специалистами кафедры туберкулеза государственного медицинского университета Туркменистана проводятся актуальные на современном этапе научно-исследовательские работы. Сотрудники отдела ежегодно публикуют научные статьи, методические рекомендации и инструкции, предназначенные для практических врачей по результатам завершенных научных исследований.

Ежегодно по актуальным вопросам фтизиатрии проводится международная научно-практическая конференция, приуроченная к всемирному Дню борьбы с туберкулезом — 24 марта. В своих выступлениях сотрудники Центра рассказывают о результатах проведенных научных исследований, основным направлением которых является разработка новых методов диагностики и лечения туберкулеза.

С 2007 г. в нашей стране повсеместно внедрена рекомендованная ВОЗ стратегия ДOTS (краткосрочный курс химиотерапии под непосредственным наблюдением). В рамках реализации Национальной программы борьбы с туберкулезом осуществляется широкое сотрудничество с международными организациями. Среди партнерских программ — совместный проект правительства страны с Программой развития ООН и Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией «Целенаправленное усиление и расширение квалифици-

рованных услуг по диагностике и лечению туберкулеза в Туркменистане». Исполнителями и партнерами проекта являются Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, МВД, Информационный центр здравоохранения, велятские туберкулезные больницы, кафедра туберкулеза Государственного медицинского университета, Национальное общество Красного Полумесяца и страновой офис ВОЗ в Туркменистане.

Проект направлен на поддержку реализации Национальной программы профилактики и контроля за туберкулезом в течение пяти лет (2010–2015 гг.). Кроме того, среди задач проекта — усиление потенциала управления Национальной программы, повышение уровня выявления заболевания, а также обеспечение качества диагностики, улучшение системы здравоохранения для повышения эффективности контроля туберкулеза, внедрение и расширение доступа к диагностике и лечению лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

На сегодняшний день в рамках реализации проекта обучение и переобучение прошли около тысячи семисот фтизиатров, медсестер, семейных врачей и семейных медсестер, специалистов лабораторий по основам ДOTS, лечению, инфекционному контролю и управлению туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и ряду других направлений.

Обновлена материально-техническая база лабораторий, лекарственных складов в велятских туберкулезных больницах, закуплены противотуберкулезные препараты и реагенты для лабораторной диагностики, в том числе для проведения культуральных исследований и тестов на лекарственную чувствительность на жидких средах, что значительно сокращает время получения результата. Во всех велятских лабораториях установлены люминесцентные микроскопы, три лаборатории оснащены аппаратами GeneXpert, которые позволяют выявить микобактерию туберкулеза и ее устойчивость к рифампицину в течение всего двух часов. Кроме того, основана система внешней оценки качества тестов, проводимых Национальной референс-лабораторией — качество тестов на лекарственную чувствительность будет контролироваться Супра-национальной референс-лабораторией в Нидерландах. Также усилена система мониторинга и оценки национальной программы.

Ведется информационно-просветительская работа среди населения. Открыт ресурсный центр по туберкулезу при Информационном центре здравоохранения, действует веб-страница по исполнению гранта Глобального фонда в Туркменистане, а также обучено более 200 общественных лидеров для информирования населения и оказания поддержки больным и их семьям. Разработаны печатные материалы, аудио- и видеоролики для населения. Также средства проекта использовались на предоставление продуктовых пакетов вновь заболевшим для их мотивации к соблюдению режима лечения.

Кроме того, ведется первое страновое исследование по лекарственной устойчивости. В дальнейшем планируется создание рутинного эпидемиологического надзора за лекарственной устойчивостью, поддерживаются мероприятия по контролю лекарственно-устойчивого туберкулеза.

При поддержке проекта ХОУП/ЮСАИД (совместной программы Агентства США по Международному развитию (USAID) и организации «Project HOPE») на базе кафедры туберкулеза туркменского государственного медицинского института открыт новый учебный центр по обучению и подготовке медицинских специалистов по стратегии ДOTS, считающейся сегодня наиболее эффективным и доступным средством лечения туберкулеза. Проект ХОУП/ЮСАИД по борьбе с туберкулезом работает в Туркменистане с 2000 г., оказывая содействие Правительству Туркменистана в повышении качества и доступности медицинских услуг, осведомленности населения в вопросах профилактики и лечения туберкулеза.

По проекту «Усиление диагностики и лечения туберкулеза в Туркменистане» до 2015 г. выделено почти 20 млн долл. США для поддержки национальной службы по борьбе с туберкулезом в стране. Проект, действующий с 2010 г., финансируется Глобальным Фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и исполняется Программой развития ООН совместно с Министерством здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана.

Проект был направлен на снижение бремени туберкулеза в Туркменистане путем консолидации ДOTS, ее расширения через внедрение и повышение лечения лекарственно-устойчивых форм туберкулеза, а также укрепление системы здравоохранения в области эффективного контроля и борьбы с туберкулезом.

Непосредственными исполнителями и партнерами проекта являются Центр лечения и профилактики туберкулеза и веляятские туберкулезные больницы, кафедра туберкулеза Туркменского медицинского университета, Информационный центр «Здоровье», Национальное общество красного полумесяца и представительство Всемирной организации здравоохранения в Туркменистане.

Постоянно среди населения ведется информационно-просветительская работа. Открыт ресурсный центр по туберкулезу при Информационном центре здравоохранения. Разработаны печатные материалы, аудио- и видеоролики для населения.

Совместные усилия, объединенные в проекте, значительно укрепляют реализацию национальных программ по предотвращению туберкулеза и достижению Туркменистаном Целей Развития Тысячелетия в области борьбы с ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, малярией и другими заболеваниями. Внедрение достижений науки, новых методов диагностики и лечения в практическое здравоохранение, постоянное проведение профилактических мероприятий способствует снижению заболеваемости туберкулезом в Туркменистане и высокому проценту излечиваемости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Целенаправленное усиление и расширение квалифицированных услуг по диагностике и лечению туберкулеза в Туркменистане: [Электронный ресурс] 2011–2015. — Режим доступа: <http://saglykhm.gov.tm/notb/index.htm>. — Дата доступа: 01.10.2015.

2. ВОЗ/Туркменистан: [Электронный ресурс] 2011–2015. — Режим доступа: <http://www.who.int/countries/tkm/ru/>. — Дата доступа: 01.10.2015.

УДК 616.25-002.5:616.24-002.5]-08

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ЭМПИЕМЫ У БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Аниканова Л. В., Гутенберг Сильвейро Педро, Ле Оливейра Родригес Карен,
Фернандес Де Соуза Жорелис*

Научный руководитель: ассистент Н. В. Рублева

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Туберкулезная эмпиема как серьезное осложнение фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, требует комплексного подхода к лечению, включая различные виды хирургического вмешательства. Стандартное применение противотуберкулезных средств даже при внутримышечном и внутривенном введении препаратов бывает малоэффективно из-за плохого проникновения препаратов в плевральную полость [1]. Поэтому наряду с обычным применением противотуберкулезных препаратов проводится плевроцентез с целью эвакуации экссудата и местного введения лекарств. При этом интраплеврально вводят антибактериальные препараты, которые разжижают и уменьшают вязкость густого гнойного экссудата, содержащего в большом количестве детрит и фибрин, облегчают максимальную эвакуацию содержимого и скорейшую санацию плевральной полости [2]. Однако практика показывает, что даже такое комбинированное лечение далеко не всегда дает нужный эффект, и требует поиска новых подходов к лечению эмпиемы. Одним из них может стать дополнение известной комбинации лечебных мер эндобронхиальным введением противотуберкулезных препаратов и диоксидина с помощью лечебных бронхоскопий. Это позволяет целенаправленно доставлять специфические препараты в место легочного поражения и способствует санации бронхов, роль которых в прогнозе эмпиемы чрезвычайно велико из-за частого формирования бронхо-плевральных свищей.

Цель

Оценка эффективности лечения туберкулезной эмпиемы путем одновременного назначения противотуберкулезных препаратов внутрь, диоксидина эндоплеврально и диоксидина

и изониазида эндобронхиально с одновременным применением плевростомии и регулярным промыванием плевральной полости.

Материал и методы исследования

После получения информированного согласия обследована группа из 22 больных эмпиемой с плевро-бронхиальным свищом, развившейся на фоне хронически текущего фиброзно-кавернозного туберкулеза легких и получающих лечение с учетом обнаруженной лекарственной устойчивости. Все больные были разделены на 2 подгруппы, примерно идентичные по полу, возрасту и давности заболевания. У 11 из них (1-я подгруппа) в качестве дополнения к традиционному методу лечения дважды в неделю использовались лечебные бронхоскопии с эндобронхиальной санацией бронхов стандартным раствором диоксида (5 мл) и последующим введением 5 мл 10 % раствора изониазида. Остальные больные (2-я подгруппа) лечились традиционно. В традиционный комплекс лечения включался плевростомия, промывание плевральной полости 50–200 мл 0,02 % раствора фурацилина до «чистой жидкости». После чего интраплеврально вводили стандартный раствор диоксида в количестве 6–10 мл. Одновременно больные принимали внутрь противотуберкулезные препараты с учетом лекарственной чувствительности. Изониазид в день его местного применения исключался из общего протокола лечения. Курс лечения включал 10–12 бронхоскопий. У больных туберкулезной эмпиемой плевры для объективного определения эффективности комплексного лечения, включая местное использование диоксида, кроме традиционного клинико-рентгенологического контроля, впервые была применена комбинация таких методов лучевых исследований как цифровая флюорография (ЦФЛГ) и ультразвуковое исследование (УЗИ). Это позволило существенно снизить лучевую нагрузку на пациентов при расширении диагностических возможностей.

Обследование проводилось до и после назначения комплексного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Обследование после 3-х месяцев лечения показало более высокие результаты лечения у больных получающих комплексную терапию. За период комплексной этиопатогенетической терапии с использованием диоксида на основании анализа результатов плевростомии, ЦФЛГ и УЗИ в динамике удалось закончить осумкованную эмпиему плевры у 2 человек, достичь значительного уменьшения количества и улучшения характера экссудата у остальных 4 больных, одновременно закрыть плевробронхиальный свищ у 3 человек. Кроме того, с помощью щадящих методов лучевых исследований отмечена тенденция к нормализации толщины и структуры париетального и висцерального листков плевры, уменьшению их утолщений и уплотнений. Одновременно во всех случаях наблюдалась нормализация и положительная динамика измененных показателей клинического анализа крови, мочи, а также фибриногена и белковых фракций крови, сопровождавшиеся визуальным улучшением в динамике характера и реологических свойств экссудата.

Во 2-й подгруппе результаты лечения проявились лишь в улучшении общего состояния и уменьшения содержимого плевральной полости.

При интраплевральном пути введения диоксида во всех случаях отмечена хорошая переносимость препарата больными. Следовательно, интраплевральное использование диоксида оправдано на первых этапах комплексного лечения больных туберкулезной эмпиемой плевры, в том числе и в случаях наличия плевробронхиального свища. При этом удается достичь максимального рассасывания экссудата с наименьшими остаточными изменениями на плевре, что объективно подтверждают результаты ЦФЛГ и УЗИ, обладающие минимальной лучевой нагрузкой на пациента. В пульмонологии диоксидин рекомендован для лечения острых и хронических воспалительных заболеваний, вызванных бактериальной инфекцией. Эффективность его применения у нашей категории больных показывает высокую частоту неспецифических осложнений, придающих гнойный характер содержимому плевральной полости. При этом мы исходили из того, что диоксидин, вводимый эндобронхиально, будет воздействовать на сопутствующую инфекцию в бронхах и тем самым способствовать их дренажной функции. Кроме того, можно было ожидать, что использование диоксида, оправдано для снижения цитотоксического действия туберкулезной интоксикации, характерной для эмпиемы, и побочных реакций на противотуберкулезные препараты за счет равно-

мерного воздействия антибиотика на микробную флору плевральной жидкости (средство «доставки»), что должно положительно сказываться на эффективности лечения эмпиемы плевры.

Интраплевральный путь введения лекарственного средства больным эмпиемой обеспечивал также максимальную концентрацию препарата непосредственно в экссудате, способствуя его оптимальной фармацевтической биодоступности. Для достоверности суждения о результатах эффективности проводимого лечения другие лекарственные средства интраплеврально не вводили.

Заключение

Таким образом, лечение туберкулезной эмпиемы у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких путем одновременного назначения противотуберкулезных препаратов внутрь, диоксидина эндоплеврально и диоксидина и изониазида эндобронхиально с одновременным применением плевростомии и регулярным промыванием плевральной полости является весьма эффективным и может быть рекомендовано к использованию в широкой врачебной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Физиология и патология плевры / Н. И. Гуска [и др.]. — Кишинева: Штиинца, 1978. — С. 93–124.
2. Болезни органов дыхания: в 2 т. / под ред. Н. Р. Палева. — М.: Медицина, 1989. — Т. 2. — С. 393–394.

УДК 616.24-002.5:159

КОПИНГОВЫЕ СТРАТЕГИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ

Асмолова Ю.А., Лебедев И. Ю.

Научный руководитель: ассистент Н. В. Рублева

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Туберкулез легких является тяжелым социально-значимым стигматизирующим заболеванием. Необходимость длительного лечения и изоляции от близких создают для больного трудную жизненную ситуацию, преодоление которой требует когнитивных и поведенческих усилий. Сознательное поведение пациента, направленное на активное изменение, преобразование ситуации наблюдается в 20–30 % случаев, сопровождается положительным эффектом лечения и последующим выздоровлением. У таких пациентов отмечается комплекс адаптивных индивидуально-типологических (преимущественно когнитивно-стилевых) особенностей, таких, как копинг-компетентность, оптимизм, самоуважение, интернальный локус контроля, жизнестойкость и т. п., свойства социальной сети и адекватность социальной поддержки, а также высокая приверженность лечению — способность и готовность следовать врачебным назначениям [2]. В то же время 20 % больных демонстрируют стили и копинговые стратегии несознательного асоциального поведения, приводящие к прогрессированию болезни и формированию его эпидемически опасных хронических форм [3]. Поэтому изучение копинг-стратегий у больных с низкой приверженностью лечению актуально и представляет научный и практический интерес.

Цель

Уточнение копинговых стратегий больных туберкулезом легких с низкой приверженностью лечению.

Материал и методы исследования

После получения информированного согласия обследовано 100 впервые выявленных больных (80 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 30 до 50 лет с разными формами туберкулеза легких. Инфильтративный туберкулез легких обнаружен у 57, диссеминированный — у 25, туберкулема — у 4, фиброзно-кавернозный туберкулез — у 14 чел. Фаза распада и бактерио-

выделение выявлены у всех больных. Устойчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам не установлена. Не выявлено также каких-либо серьезных сопутствующих заболеваний. Все больные были обследованы при поступлении и после 3-х месяцев лечения. Обследование включало клинические, рентгенологические и лабораторные методы исследования. Кроме того, оценивалась приверженность лечению по оригинальной методике (заявка на изобретение № 2013148315) и определялись копинг-стратегии по методике, разработанной Р. Лазарусом и С. Фолкманом в 1988 г. и адаптированной Т. Л. Крюковой, Е. В. Куфтык, М. С. Замышляевой в 2004 г. [1]. В ходе лечения оценивались поведенческие реакции больных, которые, согласно статьи 8 Закона 255-ФЗ, устанавливают основания для уменьшения размера пособия по временной нетрудоспособности. Все варианты неследования больному предписаниям врача были 3-х типов. Первый тип — нарушение режима, предписанного лечащим врачом; второй тип — отсутствие больного на врачебном осмотре без уважительной причины и самовольный уход из отделения; третий тип — состояние алкогольного, наркотического, токсического опьянения или действий, связанных с таким опьянением, в частности, — распитие в медицинских учреждениях спиртных напитков; недостойное поведение пациента, противоречащее установленному распорядку лечебно-профилактического учреждения, нормам общежития и др. При статистической обработке результатов были подсчитаны среднеарифметические значения, стандартные отклонения, выявлена достоверность различий между группами согласно Т-критерию Стьюдента, а также метод корреляционного анализа Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

В момент поступления у 25 (25 %) больных установлена низкая приверженность лечению. Последующее наблюдение показало несоблюдение режима по первому типу у 7, по второму типу — у 3, по третьему типу — у 12 чел. Эффективность лечения у больных с низкой приверженностью лечению оказалась низкой. Более половины из них продолжили интенсивную фазу терапии, 3 чел самовольно прервали лечение. При анализе копинговых стратегий сопоставлены показатели субшкал стратегий совладания у больных с низкой и высокой приверженностью лечению. Получена существенная разница ($p < 0,05$) между показателями дистанцирования ($53,36 \pm 1,42$ против $46,36 \pm 1,33$); бегство-избегание ($54,08 \pm 1,48$ против $45,92 \pm 1,13$); планирование решения ($42,39 \pm 1,74$ против $51,02 \pm 1,07$). По стратегиям конфронтации, самоконтролю, поиску социальной поддержки, положительной переоценки существенной разницы не обнаружено. Полученные данные указывают на то, что у больных с низкой приверженностью лечению отмечается склонность к преодолению негативных переживаний за счет субъективного снижения их значимости и степени эмоциональной вовлеченности. Эти больные стремились к отрицанию проблемы, фантазированию, демонстрировали инфантильные формы поведения. При отчетливом предпочтении стратегии избегания наблюдались неконструктивные формы поведения, отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, употребление алкоголя и т. п. с целью снижения мучительного эмоционального напряжения ($r = +0,45$). Большинство исследователей эти стратегии рассматриваются как неадаптивные. У больных с низкой приверженностью лечению снижена также способность целенаправленного анализа ситуации и планирование возможных вариантов поведения с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов ($r = -0,33$).

Таким образом, низкая приверженность лечению у больных туберкулезом легких сочетается с копинговыми стратегиями, которые можно рассматривать как неадаптивные, что необходимо предусматривать при планировании и проведении лечебных и психокоррекционных мероприятий у пациентов с изначально низкой приверженностью лечению.

Выводы

1. Среди больных с разными формами туберкулеза легких в 25 % случаев отмечается низкая приверженность лечению, коррелирующая с неадаптивными копинговыми стратегиями ($r = +0,45$).

2. Получена существенная разница между показателями дистанцирования ($53,36 \pm 1,42$ против $46,36 \pm 1,33$); бегства-избегания ($54,08 \pm 1,48$ против $45,92 \pm 1,13$); планирования решения ($42,39 \pm 1,74$ против $51,02 \pm 1,07$) у больных с низкой и высокой приверженностью лечению.

3. При отчетливом предпочтении стратегии избегания у больных с низкой приверженностью лечению наблюдаются неконструктивные формы поведения, отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, употребление алкоголя и т. п. с целью снижения мучительного эмоционального напряжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Крюкова, Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Журнал практического психолога. — 2007. — № 3. — С. 93–112.
2. Лебедев, Ю. И. COMPLAINTS больных туберкулезом легких / Ю. И. Лебедев, С. Н. Новикова, Н. В. Рублева // Сб. тр. междунар. конф. Нью-Йорк. — 2013. — С. 52–53.
3. Клиническая и социально-психологическая характеристика больных туберкулезом легких в условиях переходного периода / В. А. Цуканов [и др.] // В кн. Актуальные проблемы медицинской науки и фармации. — Курск, 2000. — С. 277–278.

УДК 616.24-002.5:616-008.6

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ — КУРСКОЙ ОБЛАСТИ

Старикова С. И., Бекетова М. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. М. Коломиец

**Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования**

**«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

В настоящее время ВИЧ-инфекция занимает 8-е место среди причин смертности в мире, опережая смертность от дорожно-транспортных происшествий и гипертонической болезни [1, 4]. По данным Всемирной организации здравоохранения в конце 2014 г. в мире насчитывалось примерно 36,9 млн людей с ВИЧ-инфекцией, 2 млн человек в мире приобрели ВИЧ-инфекцию в 2014 г.; 1,2 млн людей в мире умерли от причин, связанных с ВИЧ-инфекцией [5, 6]. За последнее десятилетие показатели смертности от ВИЧ-инфекции в мире начали снижаться, что связано с увеличением доступа к антиретровирусной терапии. Россия — одна из немногих стран, где число зараженных ВИЧ-инфекцией и число смертей, связанных с ВИЧ/СПИД, продолжают возрастать. По данным Роспотребнадзора в 2014 г. умерло 24 416 больных ВИЧ-инфекцией, что на 9 % больше, чем в 2013 г. В 2014 г. Было сообщено о 89342 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации, что на 12 % больше, чем в 2013 г. [2].

Цель

Выявить особенности формирования эпидемической ситуации по ВИЧ-ассоциированному туберкулезу среди населения Курской области с целью разработки целенаправленных противоэпидемических мероприятий.

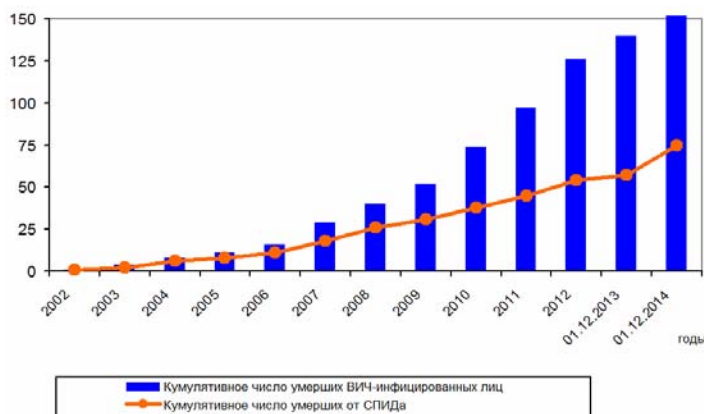


Рисунок 1 — Смертность при ВИЧ/СПИД

Материал и методы исследования

Исследование включало в себя анализ статистических данных, представленных областными Центрами по оказанию специализированной медицинской помощи: Центр СПИД при областном кожно-венерологическом диспансере и ОБУЗ «Областной клинический противотуберкулезный диспансер». Наблюдали и анализировали результаты лечения больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом (ВИЧ/ТБ), выявленных в течение последних пяти лет. Больные были обследованы с использованием общепринятых клинично-инструментальных методов [3], включая использование КТ-томографии высокого разрешения, молекулярно-генетических методов определения чувствительности возбудителя и диаскинтеста.

Результаты исследования и их обсуждение

В регионе при формировании эпидемической ситуации по ВИЧ-инфекции возможно констатировать, как основные тенденции, стабилизацию темпов прироста новых случаев заражения на уровне 9,3 на 10 тыс. населения и увеличение смертности среди ВИЧ-инфицированных (рисунок 1). Из путей передачи ВИЧ-инфекции превалирует половой, на фоне гетеросексуального заражения появляются и случаи гомосексуального, растет наркотический путь заражения (рисунок 2). Увеличивается количество инфицированных ВИЧ женщин и рожденных от них детей. В эпидемиологический процесс распространения ВИЧ-инфекции в основном вовлекаются лица в возрасте 20–39 лет.

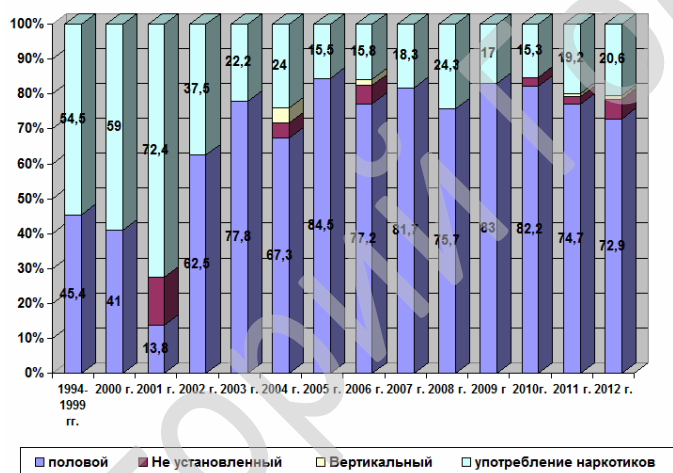


Рисунок 2 — Пути заражения ВИЧ-инфекцией

С учетом полученных данных, возможно выделить в контингентах ВИЧ-инфицированных отдельные группы риска, которые необходимо углубленно обследовать при подозрении на заболевание туберкулезом и, по показаниям, подвергать специфической профилактике.

Вторичные заболевания выявлены у 92,1 % больных ВИЧ-инфекцией, при этом из последних туберкулез диагностирован в 19,7 % случаев. В 43,4 % случаев туберкулез развился на фоне существующей ВИЧ-инфекции; в 46,8 % случаев ВИЧ-инфекция и туберкулез выявлены одновременно и в 9,8 % случаев ВИЧ-инфекция развилась на фоне туберкулеза. Из сопутствующих заболеваний у зарегистрированных больных ВИЧ/ТБ чаще встречались: хронический гепатит — в 65 %, анемия — в 21,6 %, наркомания — в 2,5 % и дефицит массы тела в 10,9 % случаев. Из общего количества больных, злоупотребление алкоголем выявлено в 17,4 % случаев, табакокурение свыше 10 сигарет в день — в 35,3 % случаев, а курение и злоупотребление алкоголем — в 20,6 % случаев.

Выводы

На фоне стабилизации эпидемической ситуации по туберкулезу в регионе отмечается рост пораженности ВИЧ-инфекцией, с преобладанием полового пути заражения и случаев с вторичными заболеваниями. Выявленные особенности развития и течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза требуют формирования ВИЧ-инфицированных, как группы риска по туберкулезу, среди которых возможно выделять больных с высоким риском развития вторичного заболевания туберкулезом. С целью улучшения диагностики этого заболевания необходимо ин-

тенсифицировать: санитарно-просветительную работу; регулярное наблюдение интегрировано фтизиатрами, инфекционистами и врачами общей практики; проведение по показаниям специфической химиопрофилактики туберкулеза на фоне антиретровирусной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Корнилова, З. Х. Туберкулез в сочетании с ВИЧ-инфекцией / З. Х. Корнилова, И. В. Луконина, Л. П. Алексеева // Туберкулез. — 2010. — Т. 8, № 3. — С. 3–9.
2. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2009–2014 гг. Методика расчета показателей и статистические материалы по результатам пятилетнего наблюдения / под ред. С. А. Стерликова. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2015. — 68 с.
3. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».
4. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. — 289 p. — URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf.
5. Исследовано в России [Электронный ресурс]: база данных. — Режим доступа: <http://aidscentr.perm.ru/Статистика/ВИЧ/СПИД/-в-России>.
6. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС [Электронный ресурс]: глобальная статистика, 2014. — Режим доступа: <http://www.unaids.org/ru/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>.

УДК 616.24-005.2-08-03688

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ И ВИЧ-НЕГАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Боковая Д. В., Маханёк Н. В.

Научный руководитель: ассистент С. В. Гопоняко

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Туберкулез (ТБ) в настоящее время является глобальной проблемой. Этиотропная медикаментозная терапия применяется для лечения ТБ на протяжении нескольких десятилетий (с 60-х гг. XX в.). Нерациональное использование противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС) и огромный потенциал изменчивости возбудителя заболевания явились причиной острой проблемы наших дней — лекарственно устойчивого ТБ. Наиболее неблагоприятным вариантом является резистентность к двум бактерицидным ПТЛС — изониазиду и рифампицину, такое сочетание определяется как множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) или мультирезистентность. Лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза (МБТ), развивающаяся на фоне лечения ПТЛС, определяется как вторичная. Выделение такой микобактерии ТБ в окружающую среду становится предпосылкой для распространения первичной лекарственной устойчивости — инфицирования изначально резистентной МБТ, что определяется у пациентов, впервые заболевших ТБ и никогда ранее не получавших ПТЛС. В Беларуси уровень первичной МЛУ достигает 35 % от числа новых случаев заболевания, что является самым высоким в мире. Из числа ранее лечившихся от ТБ пациентов мультирезистентность МБТ (вторичная) — определяется в 55 % случаев. Общая доля пациентов с бактериовыделением, у которых определяется МЛУ МБТ достигает 70 %. Вероятность неблагоприятного прогноза увеличивается при дальнейшем расширении спектра устойчивости микобактерии к большинству ПТЛС процессе лечения. Необходимость назначения на длительный период комбинации из нескольких лекарственных средств, обладающих достаточно высокой токсичностью, нередко приводит к возникновению в процессе лечения побочных эффектов ПТЛС и развитию у пациентов аллергических и токсических реакций. При этом количество высокоэффективных ПТЛС, применяемых в практической медицине, ограничено — таким образом, сочетание мультирезистентности МБТ с неудовлетворительной переносимостью пациентами этиотропного лечения делает подбор эффективной комбинации ПТЛС невозможным, что вынуждает

переводить их на паллиативное лечение. Эти моменты, особенно при наличии других отягощающих факторов, (одним из самых существенных является сочетание ТБ с ВИЧ-инфекцией) часто определяют неблагоприятный прогноз заболевания. Изучение продолжительности жизни пациентов с МЛУ-ТБ и явилось целью нашего исследования.

Цель

Изучение продолжительности жизни пациентов с туберкулезом с момента определения МЛУ микобактерии туберкулеза, в том числе того периода, когда эффективное этиотропное лечение признается невозможным — возможно оказание только паллиативной помощи.

Материал и методы исследования

Мы изучили истории болезни пациентов, находившихся на лечении в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице, с летальным исходом МЛУ-ТБ. Были проанализированы все случаи, когда пациенты были переведены на паллиативное лечение. Выборка составила 78 случаев, включая 13 случаев ВИЧ-ассоциированного МЛУ-ТБ.

Из общего числа наблюдений 6,41 % (5 случаев) составили пациенты с первичной МЛУ, и 93,59 % (73 случая) — с вторичной. Мы подсчитали общую длительность болезни у пациентов, длительность периода болезни после выявления вторичной МЛУ, а также длительность с момента вынужденного перехода на паллиативное лечение у ВИЧ-негативных пациентов и в случаях ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Сбор информации производился методом анкетирования с последующей статистической обработкой данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Из числа наблюдений 87,2 % (68 пациентов) составили мужчины, 12,8 % (10 пациентов) — женщины. Минимальный и максимальный возраст пациентов составил 23 года и 66 лет соответственно, средний возраст — 41,4 года.

Распределение пациентов МЛУ-ТБ по полу и возрасту (на момент исхода) представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Распределение пациентов МЛУ-ТБ по полу и возрасту (на момент исхода)

Признак	ВИЧ-негативные пациенты		ВИЧ-позитивные пациенты	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
До 24 лет	—	1	—	—
25–34 года	4	—	3	1
35–44 года	13	1	4	3
45–54 года	16	3	2	—
55–64 года	24	1	—	—
65 лет и старше	2	—	—	—
Всего, чел	59	6	9	4
Средний возраст (лет)	39,6	44,8	37,7	39,1

Средняя продолжительность заболевания туберкулезом у ВИЧ-негативных пациентов составила 9,3 года, у ВИЧ-позитивных — 5,4 года. Совокупность данных о средней продолжительности жизни пациентов различных групп представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты изучения продолжительности жизни пациентов с МЛУ-ТБ

Признак	ВИЧ–		ВИЧ+	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Средняя продолжительность болезни (в годах)	9,3		5,4	
Продолжительность заболевания при первичной МЛУ (в месяцах)	9,1	7,0	4,3	6,7
	11,1	—	5,5	-
Продолжительность периода вторичной МЛУ-ТБ (в месяцах)	33,6		19,2	
	34,0	29,5	20,1	22,4
Продолжительность периода паллиативного лечения (в месяцах)*	10 (25 %–75 % = 4–21)		4 (25 %–75 % = 2–9)	

*медиана с 25 %–75 % квантилями.

В подавляющей части наблюдений (91 %) у пациентов отсутствовала приверженность к лечению, что с одной стороны в значительной степени способствует развитию вторичной МЛУ, с другой — неуклонному прогрессированию ТБ. При этом процент развития остро прогрессирующих форм составил 4,9 % у ВИЧ-негативных пациентов и 23,1 % у ВИЧ-позитивных, в большинстве же случаев в обеих группах имело место постепенное, но неуклонное нарастание симптомов. Обращает на себя внимание значительно меньшая длительность заболевания при первичном МЛУ-ТБ по сравнению с периодом вторичной МЛУ как у ВИЧ-негативных пациентов, так и при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе. Но малое число таких пациентов в выборке не позволяет делать достоверные выводы.

Выводы

1. Средняя продолжительность жизни при МЛУ-ТБ у ВИЧ-негативных пациентов составляет в среднем 33,6 месяцев, у ВИЧ-позитивных — 19,2 месяца.

2. Существенного различия в продолжительности жизни у мужчин и женщин при МЛУ-ТБ не выявлено.

3. Остро прогрессирующие формы туберкулеза развиваются при МЛУ не часто и главным образом при ВИЧ-ассоциированном туберкулезе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Электронный ресурс. — Режим доступа: www.who.int/tb/publications/2010/mdr_report/ru/.
2. Гайда, А. И. Отдаленные результаты лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза, прервавших курс химиотерапии / А. И. Гайда, Е. И. Никишова, А. О. Марьяндышев // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 12. — С. 33–37.
3. Гордон, А. И. Опыт лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией / А. И. Гордон, И. Б. Викторова, С. А. Долгих // Туберкулез и болезни легких. — 2014. — № 12. — С. 54–61.

УДК 616.517:615.2

ПРИМЕНЕНИЕ ИНФЛИКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Винникова К. В., Маёров В. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема псориаза является актуальной не только для дерматологов, но и для врачей различных клинических специальностей. В настоящее время начинает преобладать взгляд на псориаз как на системный процесс, что нашло отражение в изменении наименования заболевания: сейчас его называют «псориатическая болезнь». Системный характер заболевания подтверждается широким спектром висцеральной патологии, выявляемой у больных псориазом, а также нарушением функции важнейших регуляторных систем, таких, как иммунная, нервная, эндокринная [6].

Актуальность проблемы псориатической болезни также связана с нерешенностью вопроса о терапии заболевания. Из огромного арсенала терапевтических средств, используемых при псориазе, мы остановимся на наиболее эффективных современных препаратах [3].

Одно из наиболее ярких достижений фармакотерапии воспалительных заболеваний человека — создание антицитокиновых препаратов (биологических модификаторов иммунного ответа, biologic response modifiers). К основным направлениям разработок в этой области относят создание моноклональных антител (мАТ) против определенных детерминант иммунокомпетентных клеток или провоспалительных цитокинов, рекомбинантных противовоспалительных цитокинов и естественных ингибиторов цитокинов (растворимых рецепторов и антагонистов рецепторов). Первые, широко внедренные в клиническую практику, мАТ к ФНО-альфа получили название инфликсимаб [1]. Препарат представляет собой химерные мАТ, со-

стоящие из вариабельной (Fv) области высокоаффинных нейтрализующих мышинных мАТ к ФНО-альфа, соединенных с фрагментом молекулы IgG1k человека, занимающей 2/3 молекулы АТ и обеспечивающей ее эффекторные функции. Инфликсимаб связывается с ФНО-альфа с высокой специфичностью, афинностью и авидностью, образует стабильные комплексы с ФНО-альфа, подавляет биологическую активность свободного и мембран-ассоциированного ФНО-альфа, не взаимодействует с лимфотоксином (ФНО-альфа), лизирует (или индуцирует апоптоз) ФНО-продуцирующих клеток [2].

Эффективность инфликсимаба продемонстрирована при ревматоидном артрите, болезни Крона, анкилозирующем спондилите, ювенильном идиопатическом артрите, болезни Стилла у взрослых, системных васкулитах, болезни Бехчета, полимиозите, первичном синдроме Шегрена, вторичном амилоидозе. В общей сложности, по разным показаниям, в мире инфликсимаб использован для лечения около 1 млн больных [1].

Цель

Анализ информации по изучению эффективности использования инфликсимаба при лечении псориаза; сбор и характеристика ключевых исследований изучаемого препарата, а также их статистические критерии.

Материал и методы исследования

Анализ и обобщение научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

В настоящее время в мире накоплен опыт применения мАТ к ФНО-альфа у тысячи пациентов с псориазом Chaudhari и соавт. (2001). Первыми провели двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование, в котором оценивалась эффективность инфликсимаба у 33 пациентов со средне-тяжелым и тяжелым бляшечным псориазом. В случайном порядке пациентов распределяли на три группы: плацебо (n = 11), инфликсимаб 5 мг/кг (n = 11) и инфликсимаб 10 мг/кг (n = 11). Инфузии проводили исходно и через 2 и 6 недель. Результаты оценивали через 10 недель у всех пациентов, начавших лечение по двум критериям: общей оценки врача (PGA) и индексу PASI. В группе инфликсимаба 5 мг/кг на лечение ответили (хороший и прекрасный эффект по оценке врача) 9 (82 %) из 11 больных, в группе плацебо — 2 (10 %) из 11 (различие 64 %, 95 % доверительный интервал 20–89, p = 0,0089). В группе инфликсимаба 10 мг/кг на лечение ответили 10 (91 %) из 11 больных (различие с группой плацебо 73 %, 95 % доверительный интервал 30–94, p = 0,0019). Другим критерием в этом исследовании была динамика индекса PASI. Клинически значимым считают его снижение на 75 %, поэтому важным критерием эффективности лечения является не только среднее снижение индекса, но и процент пациентов, у которых он уменьшился на 75 % и более. Снижение PASI на 75 % наблюдалось у 9 (82 %) и 8 (73 %) пациентов, получавших инфликсимаб в дозах 5 и 10 мг/кг, и лишь 2 (18 %) пациентов группы плацебо. Средний индекс PASI в трех группах снизился с 22,1, 26,6 и 20,3 до 3,8, 5,9 и 17,5 соответственно (p < 0,0003). Различие между двумя группами пациентов, получавших активное лечение, и группой плацебо достигало статистической значимости через 2 недели (p < 0,003), а медиана времени до достижения ответа составила 4 недели в обеих группах пациентов, получавших инфликсимаб. Серьезных нежелательных явлений зарегистрировано не было, а переносимость инфликсимаба была хорошей.

В дальнейшем убедительные результаты, свидетельствующие о высокой эффективности инфликсимаба при псориазе, были получены в процессе международного, многоцентрового рандомизированного, двойного слепого плацебо-контролируемого исследования SPIRIT, результаты которого были представлены A. Gottlieb на 12 конгрессе Европейской Ассоциации дерматовенерологов (EADV, 2003). 249 пациентов были распределены на три группы: плацебо (n = 51), инфликсимаб 3 мг/кг (n = 99) и инфликсимаб 5 мг/кг (n = 99). В исследование включали пациентов старше 18 лет, страдающих бляшечным псориазом более 6 месяцев. Предшествующее системное лечение или ПУВА-терапия у них были неэффективны, индекс PASI превышал 12. Критерии исключения: активный или латентный туберкулез, серьезные инфекционные заболевания менее чем за 2 месяца до начала лечения, лимфопролиферативные заболевания и (или) злокачественные новообразования менее чем за 5 лет до начала терапии инфликсимабом.

Результаты оценивали каждые 2 недели в течение 26 недель у всех пациентов по тем же критериям, что и Chaudhari и соавт. (2001). Инфузии проводили исходно и через 2 и 6 недель. Установлено, что положительная динамика высыпаний на фоне введения первой дозы инфликсимаба наступает очень быстро — в течение первых двух недель. Индекс PASI быстро и статистически достоверно снижается на 75 % в течение первых 4 недель. Инфликсимаб в дозе 5 мг/кг эффективнее, чем 3 мг/кг. Препарат хорошо переносится. Побочные эффекты аналогичны таковым при лечении ревматоидного артрита, болезни Крона и анкилозирующего спондилоартроза. Чаще всего регистрировались инфекции верхних дыхательных путей: 13,7 % в группе, получавшей плацебо, 16,3 % — инфликсимаб 3 мг/кг и 14,1 % — инфликсимаб 5 мг/кг, т. е. разница в частоте побочных эффектов была недостоверной. Авторы доказали, что лечение инфликсимабом улучшает качество жизни пациента с псориазом [4].

На 12 конгрессе EADV (2003) Ch. Antoni были доложены результаты двойного слепого, рандомизированного, плацебо-контролируемого, многоцентрового исследования IMPACT (Infliximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial). Эффективность инфликсимаба в дозе 5 мг/кг оценивали у 52 пациентов с активным псориазическим артритом. Препарат вводили исходно, через 2, 6 и 14 недель, далее — 1 раз в 8 недель в течение 102 недель (2 года). Продемонстрирована нормализация гистологической картины кожи на фоне лечения инфликсимабом, а также статистически достоверное улучшение суставного процесса по критериям ACR (Американского Колледжа Ревматологов), Clegg DO и соавт. и результатам магнитно-резонансной томографии. В отделении дерматологии ЦКБ Медицинского центра УД Президента РФ, которое является клинической базой кафедры кожных и венерических болезней факультета фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова, инфликсимаб применяли в качестве монотерапии 23 пациентов с псориазом (8 женщин и 15 мужчин), рефрактерных к предшествующей терапии. Возраст пациентов — от 18 до 72 лет, длительность заболевания — от 12 до 43 лет. Большинство пациентов (17) страдали артропатическим, 6 — распространенным вульгарным псориазом. Предшествующая терапия у всех пациентов была неэффективна: традиционное «базисное» лечение — у всех, гемосорбция — 2, прерывистый-плазмаферез — 8, этретинат — 11, кортикостероидные гормоны внутрь — 3, ПУВА — 13, метотрексат — 7, циклоспорин — 8. Всем пациентам до начала лечения, до и после каждого введения инфликсимаба проводили общее клиническое обследование и контроль артериального давления. Общеклинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, исследование иммунного статуса, ЭКГ выполняли до начала лечения, перед каждым последующим введением препарата и через 2 недели после окончания лечения. Индекс PASI определяли 1 раз в две недели на протяжении лечения и последующего наблюдения в течение полугода.

Инфликсимаб вводили в дозе 3,0 мг/кг внутривенно: исходно, через 2 и 6 недель. У всех пациентов уже после первой инфузии отмечался быстрый регресс высыпаний: на 3–5 сутки уменьшалось шелушение и экссудативные явления, исчезал венчик гиперемии вокруг папул и бляшек, на 8–10 сутки появлялся псевдоатрофический ободок Воронова, уменьшалась инфильтрация элементов. Динамика индекса PASI в целом была близка к таковой в исследовании SPIRIT. Переносимость инфликсимаба в целом была хорошей. Лишь у одного пациента во время каждой инфузии появлялась головная боль, самопроизвольно регрессировавшая и не связанная с изменением артериального давления [5].

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадюкин, В. В. Место и значение инфликсимаба в комплексной терапии псориаза и псориазического артрита / В. В. Бадюкин // Трудный пациент. — 2006. — № 10. — С. 13–14.
2. Вавилов, А. М. Иммуноморфологические исследования Т-лимфоцитов в коже больных псориазом / А. М. Вавилов // Вестн. дерматол. и венерол. — 2005. — № 6. — С. 4–5.
3. Владимиров, В. В. Современные методы лечения псориаза / В. В. Владимиров // Дерматология «Consilium Medicum». — 2006. — № 5. — С. 23–26.
4. Курдина, М. И. Антицитокиновая терапия — новое направление в лечении псориаза / М. И. Курдина // Вест. дерматологии и венерологии. — 2005. — № 1. — С. 7–8.
5. Насонов, Е. Л. Фактор некроза опухолей-альфа — новая мишень для противовоспалительной терапии ревматоидного артрита / Е. Л. Насонов // РМЖ. — 2000. — Т. 8, № 17. — С. 18–22.
6. Самцов, А. В. Дерматовенерология: учебник для медицинских вузов. / А. В. Самцов // Этиология и патогенез псориаза. — СПб., 2008. — С. 209–210.

*Гороховик С.П., Почкайло А. С.*Научный руководитель: д.м.н., профессор *В. Ф. Жерносек***Государственное учреждение образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
г. Минск, Республика Беларусь****Введение**

Мастоцитоз (Q82.2, МКБ-10) — системное заболевание, обусловленное пролиферацией и накоплением морфологически и иммунофенотипически патологических тучных клеток (мастоцитов, лаброцитов, тканевых базофилов) в коже, других органах и тканях, высвобождением биологически активных веществ — гистамина, гепарина, пептидаз. Встречается с частотой 0,12–2 случая на 1000 детей, оба пола поражаются одинаково часто. У детей мастоцитоз, как правило, ограничивается поражением кожи, у взрослых чаще развивается системный мастоцитоз (СМ). Тучные клетки, впервые описанные Р. Ehrlich в 1878 г., на сегодняшний день рассматриваются как мощные клетки иммунной системы, участвующие во всех воспалительных процессах и, особенно, IgE-опосредованных механизмах. Этиология заболевания неизвестна. Известны несколько мутаций, ведущих к развитию мастоцитоза: мутация в кодоне 816 протоонкогена *c-KIT* (чаще всего) ведет к опухолевой трансформации тучных клеток; возможна другая мутация в хромосоме 4q12. У детей редко наблюдаются указанные мутации; заболевание, как правило, не имеет семейного характера. Современная классификация мастоцитоза была предложена С. Akin и D. Metcalfe считается в настоящее время классификацией ВОЗ (2001 г.). Вней представлены следующие его формы: кожный мастоцитоз; вялотекущий (индолентный) СМ; СМ, ассоциируемый с гематологическими заболеваниями (не тучных клеток); агрессивный СМ; лейкемия тучных клеток (лейкемический СМ); саркома тучных клеток; внекожная мастоцитома. Р. Vaent предложена градация кожных проявлений по степени тяжести: 0 — без высыпаний; 1 — легкая, осложнения нечастые; 2 — умеренная, осложнения частые (несмотря на меры профилактики); 3 — тяжелая, частые осложнения; 4 — тяжелые побочные эффекты. Кожной формой страдают преимущественно дети, редко — взрослые. Мастоцитоз у детей делят по распространенности на следующие категории: самая частая форма (60–80 %) — пигментная крапивница, реже — (10–35 %) наблюдается солитарная мастоцитома, еще более редкая форма — диффузный кожный мастоцитоз. Заболевание обычно возникает в первые 2 года жизни (75 % случаев). Кожный мастоцитоз у детей склонен к спонтанному регрессу. Все проявления заболевания обычно регрессируют к половому созреванию. Редко высыпания остаются и во взрослом возрасте. Несмотря на то, что возможно системное поражение, злокачественное системное заболевание при этой форме мастоцитоза встречается редко. При пигментной крапивнице высыпания появляются в течение первых недель жизни ребенка и представляют собой розовые, зудящие, уртикарные, слегка пигментированные пятна, папулы или узлы, имеющие овальную форму, размерами от 5 до 15 мм, иногда сливающиеся между собой. Их цвет варьирует от желто-коричневого до желто-красного. Образование везикул и пузырей — раннее и частое проявление заболевания, они могут быть его первым проявлением, однако не сохраняются после 3-х лет. При раздражении кожи в области высыпаний появляются уртикарии на эритематозном фоне или пузырьки (положительный симптом Дарье — Унна). У трети пациентов отмечается уртикарный дермографизм. Гиперпигментация сохраняется в течение нескольких лет, постепенно бледнеет. При солитарной мастоцитоме солитарные (одиночные) высыпания могут присутствовать при рождении или развиваться в течение первых недель. Как правило, это коричневатые или розово-красные отечные папулы, которые вызывают образование волдыря при раздражении кожи (симптом Дарье). Мастоцитомы могут выглядеть также как папулы, возвышающиеся округлые бляшки или как опухоль. Размеры обычно менее 1 см, но могут достигать 2–

3 см в диаметре, поверхность обычно гладкая, но может иметь вид апельсиновой корки. Единичная мастоцитома способна давать системные симптомы. Мастоцитомы могут сочетаться с пигментной крапивницей у одного и того же ребенка. Большинство мастоцитом регрессирует спонтанно в течение 10 лет жизни, отдельные образования можно иссекать. Диффузный кожный мастоцитоз встречается редко и представляет собой сплошную инфильтрацию поверхности кожи оранжевого цвета тестоватой консистенции, иногда — с лихенификацией; в грудном возрасте возможны распространенные пузырьные высыпания.

СМ чаще развивается у взрослых, так как у них имеется типичная клональная пролиферация тучных клеток костного мозга. Симптомы системного мастоцитоза манифестируют в зависимости от локализации инфильтратов и медиаторов, выбрасываемых тучными клетками и включают: зуд, флашинг (внезапное покраснение кожи, особенно — лица и верхней части туловища), крапивницу и ангионевротический отек, головные боли, тошноту и рвоту, приступообразные боли в животе, диарею, язву желудка и (или) 12-перстной кишки, мальабсорбцию, астмоподобные симптомы, обморочные состояния, анафилаксию. Эти симптомы могут возникать спонтанно или быть результатом влияния факторов, дегранулирующих тучные клетки (потребление лекарств, алкоголя, трение участков кожи и др.). Продуцирование тучными клетками гепарина предрасполагает пациентов к носовым кровотечениям, кровавой рвоте, мелене, экхимозам. Возможно развитие остеопороза.

Диагностика мастоцитоза основана на выявлении характерной клинической картины и симптомов, результатах ряда лабораторных и инструментальных методов исследования. В анализе крови возможно выявление анемии, лейкоцитоза, тромбоцитопении, эозинофилии. Согласно Консенсусу по стандартам и стандартизации мастоцитоза (2005 г.) в биоптате кожи при проведении гистологического и иммуногистохимического исследования необходимо выявление следующих маркеров: CD2 — Т-клеточного поверхностного антигена, CD34 — маркера адгезивной молекулы, CD25 — альфа-цепи интерлейкина-2, CD45 — общего лейкоцитарного антигена, CD117 — трансмембранного рецептора с-KIT, антител к триптазе. Критерии диагностики кожного мастоцитоза включают: типичные клинические проявления (главный критерий) и один или оба из следующих малых критериев: 1) мономорфный инфильтрат из тучных клеток, который состоит либо из агрегатов триптаза-позитивных тучных клеток (более 15 клеток в кластере), либо — рассеянных тучных клеток (более 20 в поле зрения при большом ($\times 40$) увеличении); 2) обнаружение с-KIT-мутации в кодоне 816 в тканях биоптата из очага поражения. Для диагностики СМ необходимо иметь, по крайней мере, один главный и один малый критерий или 3 малых критерия из нижеследующих: густая инфильтрация тучными клетками (до 15 и более клеток) в костном мозге или другой ткани, помимо кожи (главный критерий); малые критерии: атипичные тучные клетки, нетипичный фенотип тучных клеток (CD25+ или CD2+), уровень триптазы в крови выше 20 нг/мл, наличие мутации в кодоне 816 с-KIT в клетках периферической крови, костного мозга или пораженных тканей. Несмотря на то, что обычно у детей мастоцитоз ограничивается поражением кожи, следует каждому ребенку хотя бы однократно исследовать уровень триптазы в связи с возможностью развития СМ. При этом надо убедиться, что в течение 4–6 недель у ребенка не было аллергической реакции немедленного типа. Если уровень триптазы составит от 20 до 100 нг/мл, без других признаков СМ, следует предположить индолентный СМ и наблюдать пациента до пубертата с этим диагнозом. В этом случае биопсия костного мозга не требуется. При повышении триптазы выше 100 нг/мл проводят исследование костного мозга. В случаях, когда невозможно исследовать уровень триптазы в крови, решающим критерием могут быть данные УЗИ печени и селезенки: наличие их увеличения должно служить основанием для исследования костного мозга.

Кожный мастоцитоз у детей в отсутствие системных проявлений обычно не требует лечения, поскольку имеет тенденцию к самоизлечению. При наличии системных симптомов основой терапии являются антигистаминные лекарственные средства (в первую очередь, H₁-гистаминоблокаторы, поскольку кожные проявления опосредованы в основном через влияние на эти рецепторы). Сочетание блокаторов H₁- и H₂-гистаминорецепторов повышает эф-

фективность подавления эффектов гистамина, усиливает влияние на желудочно-кишечные проявления (за счет блокады кислотопродукции). Применяются также кромоны, способные купировать кожные симптомы, нарушения со стороны ЦНС, уменьшать боль в животе. Системные кортикостероиды показаны при тяжелых высыпаниях на коже, нарушении кишечного всасывания, асците. Возможно наружное применение стероидов, включая внутриочаговое инъекционное введение, способное снизить пролиферацию тучных клеток и облегчить симптомы (возможно назначение при мастоцитомах). Фотохимиотерапия приводит к снижению зуда, купированию высыпаний, однако после ее прекращения возможен рецидив симптомов. Антилейкотриеновые средства применяют для купирования зуда, данных об их эффективности недостаточно. Лечение онкогематологических проявлений мастоцитоза проводится по соответствующим протоколам под наблюдением специалиста[1–5].

Цель

На примере собственного клинического наблюдения ребенка грудного возраста с кожной формой мастоцитоза представить современные подходы к диагностике и лечению заболевания у детей.

Материал и методы исследования, результаты исследования и их обсуждение

Под наблюдением находился ребенок Ж., девочка. Родилась от 2-й беременности, протекавшей на фоне анемии, токсикоза (в 6 недель), первых срочных (в 40 недель) родов через естественные родовые пути. Первая беременность матери закончилась спонтанной смертью плода на 39-й неделе внутриутробного развития, причина гибели не установлена. Мать 29 лет и отец 37 лет — обследованы и здоровы, наличие хронических заболеваний отрицают. Аллергоanamнез семьи не отягощен; дед по линии матери умер от рака желудка. При рождении ребенка: масса тела — 3990 г, длина — 51 см, оценка по шкале Апгар — 8/9 баллов. Вакцинирована (ВГВ1, БЦЖ-М) в роддоме. Вскармливание — грудное до 2-х месяцев (специальной диеты мать не придерживалась), далее — смешанное, с докормом кисломолочной смесью. За первый месяц прибавила в массе тела до 4160 г, в длине — до 53 см, за второй — до 6300 г и 54,5 см. В возрасте ребенка 2,5 месяцев обратились к педиатру с жалобами на появление высыпаний на коже в виде единичных пятнистых элементов в области шейных и паховых складок кожи. Состояние расценено как потница, рекомендован тщательный гигиенический уход за кожей, местно назначен стероид содержащий крем. Эффекта от проводимой терапии в течение недели не отмечено. Родители заметили ухудшение состояния (снижение аппетита, появление беспокойства, усиление зуда) ребенка, прогрессирование высыпаний (распространение сыпи на кожу головы, спины, передней брюшной стенки, верхних и нижних конечностей в виде пигментных пятен и пузырьковых высыпаний до 1,5–2,5 мм в диаметре с прозрачным содержимым, упругой консистенции, сопровождающихся зудом. В возрасте 3-х месяцев консультирована дерматологом, верифицирован диагноз: Пигментная крапивница? Рекомендован прием кетотифена внутрь (по ¼ таблетки/сут.), местно — нанесение на очаги крема пимекролимуса. Осмотрена окулистом (без патологии), неврологом (синдром двигательных нарушений; назначен глицин, эмоксипин).

В связи с прогрессирующим ухудшением на фоне проводимой в течение нескольких недель терапии направлены на консультацию к аллергологу. На момент осмотра — ребенку 5 месяцев, находится на смешанном вскармливании (докорм кисломолочной смесью). Объективно при осмотре: на коже лица, волосистой части головы, шеи, груди, спины — обильные высыпания округлой формы 5–10 мм в диаметре, желто-красного цвета, выявляется положительный симптом Дарье — Унна (при раздражении кожи в области высыпаний — появление уртикарий на эритематозном фоне); встречаются отдельные солитарные элементы (возвышающиеся над поверхностью кожи плотные бляшки округлой и овальной формы). Выражен зуд (ребенок расчесывает кожу при обнажении, отмечаются следы экскориаций на коже груди, живота, наружной поверхности бедер). На непораженных участках — кожные покровы не изменены, бледно-розового цвета, волосы и ногти — непоражены; выявляется красный дермографизм. Видимые слизистые оболочки — свободны от высыпаний, бледно-розового цвета. Выставлен диагноз: Кожный мастоцитоз: пигментная крапивница? Даны рекомендации по организации гипоаллергенной диеты матери, ребенку — докорм смесью на основе

коровьего молока высокой степени гидролиза, рекомендовано продолжить прием кетотифена внутрь, увеличив дозу (по ¼ таблетки, 2 раза/сут.). С целью подтверждения диагноза направлена на консультацию к онкогематологу для осмотра и выполнения биопсии кожи. При исследовании полученного биоптата из очага поражения: определяется участок кожи с выраженной диффузной инфильтрацией CD117-позитивными базофилами — кожный мастоцитоз; диагноз подтвержден при консультации онкогематолога. В общеклиническом анализе крови — признаки анемии легкой степени (эритроциты — $3,78 \times 10^{12}$, гемоглобин — 94 г/л, МСНС — 32,7), моноцитоз; ферритин — в норме, уровень общего IgE в крови — в норме, показатели иммунограммы — в норме, При УЗИ головного мозга и органов брюшной полости патологии не выявлено. При исследовании крови: IgM к вирусу Эпштейна — Барр, вирусу простого герпеса (I и II типов), парвовирусу В₁₉ — не выявлено, ДНК ЦМВ (ПЦР) — положительно, IgM к ЦМВ — положительно; консультирована инфекционистом, получала лечение (кипферон — ректально, ацикловир — внутрь).

В возрасте ребенка 6 месяцев родители повторно обратились на консультацию к аллергологу, с жалобами на сохраняющийся зуд кожи и высыпания у ребенка. При осмотре: на коже обильные розово-красные отечные папулы, до 90 % элементов представлены солитарными мастоцитомами округлой и овальной формы, до 1 см в диаметре, с гладкой поверхностью. На коже затылка определяется эрозивный очаг 1,5–2 см в диаметре (поврежденная вследствие расчесывания кожи мастоцитомы). В паховых складках также определяются поврежденные мастоцитомы с признаками вторичного инфицирования. Симптом Дарье — Унна — положительный. Со слов матери — элементы сыпи (особенно на лице и верхней части туловища) склонны к изменению окраски (до красно-бордовой) и усилению отечности (по типу «опухоли») в течение суток. Отмечает эпизоды развития у ребенка флашинга («приливов») — внезапного покраснения кожи (особенно верхней части туловища и лица), после которых происходит вскрытие и угасание части элементов, на их месте остается пигментное пятно кофейного цвета. Связи появления и распространения сыпи с каким-либо продуктом питания родители не отмечают. Выставлен диагноз: Мастоцитоз, кожная форма: пигментная крапивница в сочетании с мастоцитомами. Рекомендована смена кетотифена на цетиризин (по 5 кап. 2 раз/сут., внутрь), контрольное УЗИ брюшной полости, контроль ферритина в крови, консультация аллерголога через 6 месяцев.

При консультации аллергологом ребенка в возрасте 1 года оценено физическое и нервно-психическое развитие — соответствуют норме (масса тела — 11 кг, длина — 84 см, имеет 10 зубов, сидит — с 7 месяцев, ходит — с 11 месяцев), собран анамнез. Получала рекомендованное лечение, а также препараты железа (по поводу анемии). Со слов матери положительной динамики по высыпаниям на фоне лечения — нет, отмечается усиление и учащение флашинга (до еженедельных эпизодов), сопровождающегося беспокойством ребенка, после чего активность ребенка снижается. За период между консультациями девочка перенесла 2 эпизода острой респираторной инфекции, по поводу одного из которых госпитализировалась в стационар для проведения курса антибактериальной терапии (амоксциллин), также получала литическую терапию (свечи с парацетамолом), свечи с генфероном. Антибактериальная терапия проводилась на фоне парентерального введения короткого курса стероидов, от применения которых мама отмечает положительный эффект в виде уменьшения выраженности и площади поражений, зуда. При осмотре: на коже головы, шеи, верхних и нижних конечностей, ягодиц, спины, груди, передней брюшной стенки определяются коричневые (местами — ярко-красного цвета) отечные папулы с гладкой поверхностью (поверхность отдельных элементов напоминает «апельсиновую кожуру»), плотной консистенции, со склонностью к сгущению и сливанию в местах естественных складок (в области ягодиц, шеи, паха). На правой руке, волосистой части головы выявляются отдельные элементы с признаками вторичного инфицирования (механическое повреждение кожи вследствие зуда). Зуд — умеренный, при осмотре — расчесывает обнаженные участки кожи. При проведении контрольного УЗИ брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия, пиелозктазия справа. При исследовании крови: общий анализ — в норме (гемоглобин — 114 г/л), уровень общего IgE — 120 Е/л (норма до 60Е/л), специфических IgE (пищевая панель) — не повышен, не выявлено IgM к вирусу герпеса (I и II типов), ЦМВ, ВЭБ, ДНК ЦМВ.

Учитывая наличие гепатоспленомегалии, стойкость и распространенность высыпаний, усиление и учащение флашинга и, как следствие, ухудшение соматического состояния ребенка, направлена к онкогематологу для исключения системной формы мастоцитоза. В связи с отсутствием технической возможности определения уровня триптазы в крови рекомендовано исследование костного мозга. При исследовании биоптата костного мозга системная форма мастоцитоза не подтверждена. Верифицирован диагноз: Мастоцитоз, кожная форма (пигментная крапивница в сочетании с мастоцитомами), степень тяжести 3 (по P. Valent). Рекомендовано: продолжить соблюдение гипоаллергенной диеты с исключением гистаминолибераторов, обеспечение гигиенического ухода за кожей, обработка вторично-инфицированных элементов комбинированной мазью (стероидно-антибактериально-противогрибковой), продолжение приема H₁-гистаминоблокаторов, даны рекомендации по профилактике системных осложнений мастоцитоза (строгая обоснованность применения любых лекарств, включая антибиотики, противовоспалительные средства, местные анестетики, витамины, бета-блокаторы и т. д.; оберегание от укусов насекомых; неотложное обращение за медпомощью при признаках анафилаксии, наличие и применение инъекционных средств оказания неотложной помощи при анафилаксии в случае недоступности квалифицированной медицинской помощи и др.). Направлена на консультацию дерматолога в условиях республиканского центра, назначена плановая госпитализация для расширения диеты, углубленного обследования, возможной коррекции лечения (вероятные варианты — добавление курса системных стероидов, H₂-гистаминоблокаторов, применение ингибиторов лейкотриеновых рецепторов, наружное использование средств на основе кромолина-натрия и стероидов) в условиях стационара.

Выводы

Таким образом, мастоцитоз — редкое заболевание с разнообразием клинических форм, трудно поддающееся терапии. Приведенный клинический случай отражает актуальность проблемы в педиатрической практике, демонстрирует необходимость мультидисциплинарного подхода педиатров, дерматологов, аллергологов, онкогематологов, врачей других специальностей к ведению пациента. Особенностью представленного случая является сочетание двух форм кожного мастоцитоза (пигментной крапивницы с мастоцитомами), а также выраженность проявлений этого заболевания в грудном возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мастоцитоз у детей: обзор литературы и собственное клиническое наблюдение / Н. В. Нагорная [и др.] // Здоровье ребенка. — 2013. — № 7 (50).
2. Клинико-морфологическая диагностика и принципы лечения кожных болезней: рук-во для врачей / М. А. Пальцев [и др.]. — М.: Медицина, 2006. — 230 с.
3. Халиулин, Ю. Г. Мастоцитоз: клинические проявления, методы диагностики и тактика ведения пациентов / Ю. Г. Халиулин // Леч. врач. — 2012. — № 8.
4. Horny, H. Mastocytosis: state of the art / H. Horny, K. Sotlar // *Paleobiology*. — 2007. — Vol. 74. — P. 121–132.
5. Standards and standardization in mastocytosis : consensus statements on diagnostics, treatment recommendations and response criteria / P. Valent [et al.] // *EJCI*. — 2007. — Vol. 37. — P. 435–453.

УДК 616-002.5-092

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Грабовская К. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез — одно из заболеваний известное с древнейших времен. Это хроническое инфекционное заболевание характеризуется образованием в органах специфических воспалительных изменений. Врачу любого профиля следует помнить, что туберкулез поражает все

органы и системы организма. Микобактерии туберкулеза выживали и эволюционировали в течение многих лет, чтобы понять всю серьезность данного заболевания необходимо окунуться в историю его возникновения.

Цель

Проследить наиболее важные открытия и достижения в истории развития туберкулеза.

Материал и методы исследования

Обобщение результатов проведенных исследований, анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Туберкулез как заболевание, поражающее людей, известен с древнейших времен. Туберкулезные поражения были обнаружены при исследовании останков человека периода неолита, около 5000 лет до нашей эры, египетских мумий, мумии молодого жреца в Фивах. На стенах египетских гробниц изображены фигурки людей с изменениями, характерными для туберкулеза позвоночника и тазобедренного сустава [1].

В эпоху палеолита люди вели кочевой образ жизни, не создавали деревень и больших сообществ. Заболевание туберкулезом, подобно другим инфекциям, были спорадическими и не приобретали характер эпидемии. Примерно за 8000 лет до нашей эры с появлением примитивного сельского хозяйства стали возможны постоянные поселения, и началось приручение скота. Туберкулез в таких поселениях стал несколько более частым явлением. По всей вероятности, эпидемии туберкулеза у животных происходили задолго до возникновения этого заболевания у человека. По прошествии веков люди начали создавать все более крупные поселения, а это изменило не только условия жизни, но и хрупкий баланс между человеком и возбудителем туберкулеза. Туберкулез на раннем этапе истории человечества был довольно редким заболеванием, эпидемии стали возникать по мере возрастания плотности населения. Распространение заболевания было неравномерным: оно поражало разные регионы мира в разные периоды времени [2]. Эпидемии туберкулеза начались по всему земному шару в результате перемещения больных и колонизации некоторых стран.

В начале XVI в. заболеваемость туберкулезом стала быстро увеличиваться. Эпидемия нарастала на протяжении последних двух столетий и захватила всю Западную Европу. В течение данного периода почти все население Европы было инфицировано микобактериями туберкулеза, а каждый четвертый случай смерти был вызван этим заболеванием. Плотность населения увеличивалась и способствовала аэрогенному распространению заболевания [2].

Вследствие широкого распространения этой болезни, Гиппократ, пользуясь простейшими объективными методами исследования, диагностировал у многих больных острые и хронические заболевания легких, которые проявлялись легочными кровотечениями, выделением мокроты с кашлем, тяжелой интоксикацией, общим истощением. Эта болезнь называлась «фтиза» — чахотка. Среди так называемых чахоточных больных, очевидно, было немало больных страдавших пневмониями, абсцессами, раком, сифилисом и другими болезнями. Но, безусловно, среди них было и немало больных туберкулезом. Авиценна подробно описал клинику туберкулеза [1].

Еще задолго до открытия возбудителей инфекционных заболеваний предполагалось, что туберкулез — заразная болезнь. Почти за 2000 лет до н. э. в своде законов Вавилона («Кодекс Хаммурапи») было закреплено право на развод с женой, больной легочным туберкулезом. В Индии, Португалии, Венеции были законы, требующие сообщать обо всех случаях заболеваний [2].

В середине XIX в. французский морской врач Жан-Антуан Вильмен наблюдал заражение туберкулезом матросов. Чтобы доказать инфекционную природу туберкулеза, Вильмен собирал мокроту больных и пропитывал ею подстилку для морских свинок. Животные умирали от туберкулеза. После дальнейших опытов, в которых Вильмен вызывал туберкулез у животных введением им в дыхательные пути мокроты или крови больных туберкулезом, он заключил, что туберкулез — заразная, «вирулентная» болезнь. В 1868 г. немецкий патолог Теодор Лангханс обнаружил в туберкулезном бугорке гигантские клетки, ранее обнаруженные Пироговым, но позже названные в честь Лангханса, так как он дал более подробное описание и не был знаком с трудами Пирогова. В англоязычной литературе имя Пирогова в названии многоядерных клеток до сих пор не упоминается [2].

В 1882 г. произошло крупнейшее научное событие: немецкий бактериолог Роберт Кох открыл возбудителя туберкулеза, который был назван бациллой Коха. Возбудителя туберкулеза Кох обнаружил при микроскопическом исследовании мокроты больного туберкулезом после предварительной окраски препарата везувином и метиленовым синим. Кох выделил возбудителя туберкулеза в виде чистой культуры и с ее помощью вызвал заболевание туберкулезом у подопытных животных. На заседании в Берлине 24 марта 1882 г. Кох сделал доклад «Этиология туберкулеза», в котором представил убедительные данные об открытии им возбудителя туберкулеза, за что и был удостоен Нобелевской премии. С тех пор 24 марта считается во всем мире днем борьбы с туберкулезом. Открытие возбудителя туберкулеза ознаменовало собой начало новой эпохи во фтизиатрии.

В 1890 г. Кох впервые получил туберкулин, который, как он предполагал, будет эффективным противотуберкулезным средством. Однако, предполагавшаяся в связи с открытием туберкулина революция в лечении и профилактике туберкулеза, оказалась мифом. Радостные надежды у тысяч больных туберкулезом, которые направились к Коху в Берлин, сменились чувством разочарования: туберкулин не давал лечебного эффекта, более того, туберкулин вызывал прогрессирование туберкулеза. Кох был осужден медицинской общественностью [3].

В 1907 г. венский врач Пирке предложил использовать туберкулин, вводя его накожно для выявления лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза. Пирке ввел понятие об аллергии и явился основоположником ценнейшего метода в выявлении туберкулеза, особенно у детей. До конца 60-х годов двадцатого столетия туберкулиновая проба Пирке широко применялась для выявления первичного инфицирования детей и подростков, так называемого «виража» туберкулиновой пробы.

В 1909 г. ученый Шарль Манту предложил внутрикожную туберкулиновую пробу. В настоящее время проба Манту широко применяется во всех странах СНГ для диагностики туберкулеза у детей и подростков [1].

Очередным важнейшим открытием явилось создание французскими учеными Альбером Кальметтом и Камилем Гереном в 1919 г. вакцинного штамма микобактерий туберкулеза для противотуберкулезной вакцинации людей. Штамм был назван «бациллы Кальметта — Герена». Первая прививка против туберкулеза была проведена новорожденному в 1921 г. В настоящее время вакцина БЦЖ применяется в 118 странах мира. С середины 50-х гг. вакцинация новорожденных стала обязательной в городах и в сельской местности. Вакцина БЦЖ обеспечила высокий уровень защиты детей от заболевания туберкулезом. До 1962 г. применяли пероральный метод введения БЦЖ новорожденным и накожный — при ревакцинации [3]. С 1962 г. для вакцинации и ревакцинации применяют более эффективный внутрикожный метод введения вакцины БЦЖ.

Первым, кто выявил анатомические изменения в легких при туберкулезе, был русский ученый Алексей Иванович Абрикосов. А в 1930 г. бразильский ученый Дэвид Абреу предложил флюорографию как массовый метод обследования и раннего выявления туберкулеза легких. В нашей стране этот метод широко применяется для обследования населения и на сегодняшний день [3].

Туберкулез по-прежнему остается на первом месте среди всех причин смерти от инфекционных заболеваний в мире. Он унес жизни таких великих людей как Фредерик Шопен, Виссарион Григорьевич Белинский, Антон Павлович Чехов, Василий Григорьевич Перов и многие другие.

Веками туберкулез пугал людей, и не только степенью своей летальности, но и тем, что человек любого возраста, пола и образа жизни мог внезапно им заболеть. Основной причиной роста заболеваемости является снижение уровня жизни населения, рост алкоголизма, наркомании, а также миграции населения. Ввиду нерационального использования антибиотиков и появления устойчивости микобактерий к лекарственным средствам, лечить туберкулез стало сложно. Туберкулез не побежден, он среди нас, и в каждую минуту на Земле от него страдают люди.

Вывод

Стремясь уберечься от туберкулеза, люди придумали удивительные вещи, которые изменили мир. Но, не смотря на все открытия, туберкулез, когда-то провозглашенный исчезающей болезнью, на сегодняшний день приобретает формы эпидемии. Таким образом, чем больше мы знаем о прошлом туберкулеза, тем лучше мы подготовлены к будущему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 112–130.
2. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
3. Лекции по фтизиопульмонологии / В. Ю. Мишин [и др.]. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 560 с.

УДК 616-002.5:159.923

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Дашкевич А. А., Свидерский Д. В., Заровская В. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. Н. Бондаренко*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Туберкулез — инфекционное хроническое заболевание, которое часто сопровождает пациента в течение всей его жизни. Это оказывает большое влияние на личностно-психологический портрет человека. В настоящее время все большего внимания заслуживает изучение психологического статуса пациентов, которые имеют хронические заболевания. Само заболевание связано с боязнью последствий и страхом неблагоприятного исхода. Это приводит к длительному перенапряжению внутренних сил организма, что сопровождается акцентуацией определенных психологических особенностей личности [3].

Каждый пациент является, прежде всего, личностью, которая имеет свое собственное представление о медицине, о самом себе, о своей болезни и о степени ее серьезности. Болезненные ощущения, плохое самочувствие, чувство необычного состояния всего организма заставляют пациента концентрировать все внимание на собственных ощущениях, негативных переживаниях. Страдающие люди по-разному воспринимают свою болезнь: часто держатся выше болезни, борются с ней, не обращают на нее внимания, либо вытесняют ее, бегут из болезни, бравируют ею, считают ее позором, полностью покоряются болезни, становятся ее рабом и слугой, боятся болезни, любят болезнь, привыкают, ищут в ней преимущества, трагически переживают, бравируют, диссимилируют, окрашивают болезнью все свое мировоззрение и т. д. В любом случае болезнь изменяет личность пациента [4].

До сих пор фтизиатры уделяют крайне мало внимания изучению восприятия человеком своей болезни, тогда как очевидна связь психических и соматических процессов, влияние негативных психических состояний на течение вегетативных процессов организма, и этим вопросам следует уделять более пристальное внимание. Очевидно, что правильное методическое исследование больного с изучением его восприятия своей болезни облегчает понимание его внутреннего состояния, а знание психологических особенностей его внутренней картины болезни поможет врачам спрогнозировать результат лечения и выздоровления, повысить приверженность пациента к лечению [5].

Таким образом, исследование психологических особенностей пациентов с туберкулезом является весьма актуальным.

Цель

Оценить свойства личностей пациентов с туберкулезом, исследовать уровень влияния болезни на сферы жизни и показатели качества жизни пациентов, изучить типы их отношения к болезни.

Материал и методы исследования

В ходе работы было опрошено 60 пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении в У «Гомельская областная туберкулезная клиническая больница». Из них мужчин — 51 (85 %) человек, женщин — 9 (15 %) человек, средний возраст — $50,1 \pm 12,8$ лет. Средняя продолжительность туберкулеза составила $6,7 \pm 2,8$ лет.

Проведена оценка: свойств личности пациентов и уровня влияния болезни на сферы жизни пациентов с туберкулезом по опроснику Сердюка [2], типы отношения к болезни по методике «ЛОБИ» [2], показатели качества жизни пациентов с туберкулезом по методике «NAIF» [1].

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании преобладающего эмоционального фона, определяющего тип личности в настоящее время, установлено, что у 38 (63 %) пациентов сформировался ипохондрический тип личности, у 12 (20 %) человек — депрессивный тип, 4 (7 %) человека находились в состоянии истерии, а 6 (10 %) человек наступила декомпенсация психологических резервов с формированием психоастенического типа. Таким образом, у всех пациентов сформировались патологические типы реакции на заболевание, которые объединяются в астено-невротический тип. Это формирует пассивный тип личности, пациенты замкнуты, медлительны, плохо переносят смену обстановки, легко теряют равновесие в социальных отношениях, отмечается фиксирование пациентов на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса. Такие психологические особенности затрудняют контакты пациентов в сфере общения, приводят к дополнительным стрессовым и конфликтным ситуациям. Пациентов с неизлечимым туберкулезом отличают дефекты в адаптивной системе: общая плохая приспособляемость, недостаточная устойчивость структуры личности со снижением способности противодействия, импульсивности, тенденции трансформировать психическую напряженность в соматические симптомы как средство снятия психической напряженности.

Были изучены уровни влияния заболевания на сферы жизни пациентов. Результаты приведены на рисунке 1.

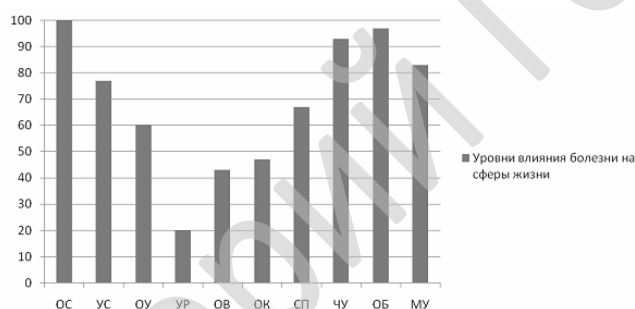


Рисунок 1 — Уровни влияния болезни на сферы жизни:

- ОС — ограничение ощущения силы и энергии; УС — ухудшение отношения к больному в семье;
- ОУ — ограничение удовольствий; УР — ухудшение отношения к пациенту со стороны окружающих;
- ОВ — ограничение свободного времени; ОК — ограничение карьеры; СП — снижение физической привлекательности;
- ЧУ — формирование чувства ущербности; ОБ — ограничение общения; МУ — материальный ущерб

Из рисунка 1 видно, что ограничение ощущения силы и энергии ощущают 100 % испытуемых пациентов туберкулезом, ограничение удовольствий — 60 %, ухудшение отношения к пациенту со стороны окружающих отметило 20 %, ограничение личного времени из-за туберкулеза — 43 %, формирование чувства ущербности — 93 %, ограничение общения — 97 %, материальный ущерб — 83 %.

Восприятие пациентами своей болезни, точнее преобладающий тип восприятия оказывает непосредственное влияние на процесс выздоровления. Были изучены типы отношения пациентов к заболеванию. Данные приведены на рисунке 2.

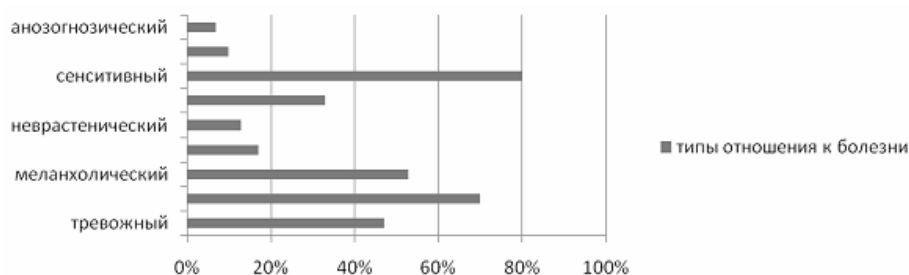


Рисунок 2 — Типы отношения к болезни

Выявлены следующие типы отношения к болезни у больных туберкулезом: «ипохондрический» — 70 % испытуемых, «меланхолический» — 53 %, «тревожный» — 47 %, «сенситивный» — 80 %. У пациентов с туберкулезом гармоничный тип отношения к болезни не был выявлен ни у одного человека. Большое место в психологической картине при туберкулезе занимает ипохондрические нарушения — фиксирование пациентов на своих физических функциях, обилие жалоб на здоровье, тенденции к уходу в болезнь, склонность к истерическим реакциям в условиях стресса.

Выводы

У пациентов с туберкулезом легких, находящихся на паллиативном лечении, сформировался деструктивный астено-невротический тип личности и отношения к своему заболеванию, что препятствует успешности взаимодействия врача и пациента.

В лечение пациентов целесообразно включать психологическое сопровождение и психотерапевтическую помощь.

Знание индивидуальных психологических характеристик пациентов можно использовать для прогноза уровня приверженности лечению туберкулеза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астафьева, Н. Г. Разработка и внедрение русской версии опросника «Dermatology specific quality of life (DSQL)» для исследования качества жизни больных атопическим дерматитом / Н. Г. Астафьева, В. В. Власов, А. А. Мартынов // Аллергология. — 2000. — № 3. — С. 44–46.
2. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний: метод. рекомендации для интернов и врачей / сост. Д. М. Менделевич, К. К. Яхин. — Казань, 1978. — 23 с.
3. Личко, А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, И. Я. Иванов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1980. — № 8. — С. 1195–1198.
4. Ломаченков, В. Д. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом легких, и их социальная адаптация / В. Д. Ломаченков, Г. Я. Кошелева // Проблемы туберкулеза. — 1997. — № 3. — С. 9–11.
5. Лурия, А. Р. О применении психологических тестов в клинической практике / А. Р. Лурия, Б. В. Зейгарник, Ю. Ф. Поляков // Невропатология и психиатрия. — 1974. — Вып. 12. — С. 182–183.

УДК 618.3-06:616.98

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БИОЦЕНОЗОВ МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА

Бабаев С. Ю., Журавлев Р. В., Митрофанова Н. Н.

Научный руководитель: д.м.н., доцент В. Л. Мельников

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

«Пензенский государственный университет»

Медицинский институт

г. Пенза, Российская Федерация

Введение

Разработка и проведение эффективных мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций невозможны без организации микробиологического мониторинга, обеспечивающего постоянное слежение за циркуляцией условно патогенных микроорганизмов в лечебно-профилактических организациях, и изучения эпидемиологически значимых биологических свойств этих микроорганизмов [1].

Микроклимат медицинских организаций играет большую роль для людей, пребывающих в них длительное время (пациенты, медицинский персонал). Немаловажное значение имеет и микробный пейзаж объектов внешней среды стационаров [2].

Микроорганизмы при этом могут быть на или в теле здорового медицинского персонала, на их верхней одежде, включая халаты; сами госпитализированные пациенты нередко оказываются носителями нозокомиальных микроорганизмов. В меньшей степени микробы из окружения пополняют резервуар нозокомиальной микробиоты. Кроме того, важную роль иг-

рают инженерные коммуникации, в том числе вентиляции. Это приводит к тому, что в процессе проветривания или кондиционирования помещений возникает опасность распространения больничных инфекций [3].

Оценка устойчивости к дезинфицирующим средствам возбудителей инфекции позволяет осуществлять мониторинг и предупреждать распространение устойчивых штаммов в учреждениях здравоохранения, а также во внебольничной среде [4].

Требования, предъявляемые к дезинфектантам, используемых в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), сводятся к эффективности и низкой себестоимости. В последнее десятилетие появляются сведения о появлении устойчивости бактерий к дезинфекционным средствам. Причем устойчивость бактерий к дезинфектантам чаще возникает среди госпитальных штаммов [5].

Одной из принципиальных проблем современной медицины является рост устойчивости к антибактериальным препаратам возбудителей внебольничных и нозокомиальных инфекций. Эта проблема характерна как для глобального уровня (страна, регион), так и для местного, локального (стационар, отделение) [6].

Перспективные исследования, охватывающие все потенциальные факторы риска, особенно устойчивость к отдельным антибактериальными препаратами, будут способствовать более глубокому пониманию эпидемиологии антибиотикорезистентности микроорганизмов в медицинских учреждениях и направят усилия на разработку более эффективных стратегий профилактики [7].

На международной арене ключевым игроком в борьбе с распространением антимикробной резистентности (АМР) является направляющая и координирующая инстанция в области здравоохранения — Всемирная организация здравоохранения. В 2001 г. ВОЗ опубликовала глобальную стратегию по сдерживанию устойчивости к антимикробным средствам, и уже тогда ситуация была охарактеризована как глобальный кризис в здравоохранении. В 2011 г. Всемирный день здоровья — 7 апреля был посвящен проблеме АМР и прошел под лозунгом «Не принять меры сегодня — нечем будет лечить завтра» [8].

Цель

Изучение эколого-эпидемиологических особенностей микрофлоры многопрофильного стационара, контаминации условно-патогенными микроорганизмами и выявление очагов их распространения.

Материал и методы исследования

Было проведено исследование микрофлоры многопрофильного стационара за 2013 г. и включало в себя: выделение, идентификацию, определение уровня антибиотикорезистентности микробных культур методом стандартных дисков, их чувствительность к дезинфектантам с использованием тканевых тест — объектов, анализ проб воздуха и смывов с эпидемиологически значимых объектов больничной среды.

Результаты исследования и их обсуждение

В структуре условно-патогенной микрофлоры, выделенной из клинического материала преобладают грамположительные микроорганизмы (68,8 %): *S. epidermidis* (19,9 %), *Streptococcus spp.* (17,6 %), *S. aureus* (11,9 %), *Enterococcus spp.* (6 %).

Среди грамотрицательных микроорганизмов (31,2 %) преобладали: *E. coli* (6,09 %), *Acinetobacter spp.* (5,8 %), *Neisseria spp.* (5,3 %), *Enterobacter spp.* (5,4 %), *Ps. aeruginosa* (4,5 %).

Стрептококки и нейссерии в основном выделялись представителями нормальной микрофлоры человека.

Также были выделены грибы: *Candida* (10,3 %), *Aspergillus* (0,14 %).

Наиболее часто УПМФ высевалась из зева и носа (25,75 %), мокроты (20,71 %), ран (19,78 %), женских половых органов (ЖПО) (9,35 %) и мочи (39,72 %). Наиболее частыми представителями в материале являлись: из зева и носа — *Streptococcus spp.* (28,12 %), из мокроты — *Streptococcus spp.* (42,82 %), из ран — *S. aureus* (34,72 %), из ЖПО — *S. epidermidis* (28,98 %) и из мочи — *E. coli* (39,72 %).

При изучении компонентного профиля было установлено, что 13 % УПМФ встречалось в виде ассоциаций. Наиболее часто выделенные из зева и носа (35,82 %), мокроты (25,52 %) и ран (16,93 %).

При анализе антибиотикорезистентности установлено, что *S. epidermidis* наиболее устойчив к пенициллину (79 %) и азитромицину (57 %). Наибольшая чувствительность к амикацину, ципрофлоксацину и меропенему.

У *S. aureus* 75 % штаммы устойчивы к пенициллину. Чувствительны к амикацину, пefлоксацину и меропенему.

У *E. coli* обнаружены полирезистентные штаммы к амоксициллину (99 %), цефтриаксону (99 %), азитромицину (50 %), пefлоксацину (50 %). Штаммы чувствительны к амикацину и меропенему.

Штаммы *Enterococcus spp.* устойчивы к цефтриаксону (100 %) и цефтазидиму (78 %), линкомицину (78 %). Чувствительны к амоксициллину, пefлоксацину и меропенему.

Acinetobacter spp. устойчив к пенициллину (89 %), ампициллину (92 %), цефтриаксону (94 %), цефтазидиму 88 %. Наибольшая чувствительность к меропенему.

Enterobacter spp. полностью устойчив к нетилмицину, ципрофлоксацину, ампициллину и линкомицину. Чувствительны к пefлоксацину и меропенему.

Ps. aeruginosa устойчива к амоксициллину (85 %), линкомицину (75 %), ампициллину (75 %) и азитромицину (72 %). Наибольшая чувствительность к цефтазидиму и амикацину.

При анализе чувствительности микроорганизмов к дезинфектантам были взяты 91 культура, полученные из нейрохирургического, хирургического, приемного и реанимационного отделения.

Из них: в отношении Эффект — Форте устойчива 1 из 48 культур (2,08 %).

В отношении Жавель — Солид (Франция), устойчивы 40 из 78 (51,28 %), среди них преобладающими являлись: *Ac. baumannii* — 10 (25 %), *Ps. aeruginosa* — 8 (20 %), *S. aureus* — 6 (15 %).

Все культуры были чувствительны к 6 % перекиси водорода.

К Аламинолу обладали устойчивостью 13 культур из 51 (25,49 %), с преобладанием *Ac. baumannii* — 10 (53,85 %).

4 культуры из 78 (5,13 %) обладали устойчивостью к дезсредству Мистраль, 3 из которых — *Ac. baumannii*.

В отношении дезинфицирующего средства Бриллиант устойчивость обладали 9 культур из 13 (69,23 %), 4 из которых — *Ac. baumannii* (44,44 %).

В результате исследования воздуха и смывов было обнаружено загрязнение всех отобранных образцов УПМФ.

Анализ воздуха на наличие УПМФ в помещениях стационара показал относительно высокое их содержание в чистых и условно-чистых помещениях. В смотровой ЛОР отделения обнаружен *S. aureus* устойчивый к пенициллину. В ОРИТ: стерилизационная — *S. aureus* пенициллин и амоксициллин резистентный. 1 и 2 палата — полирезистентный *Ac. baumannii* устойчивый к пefлоксацину, цефтриаксону, пенициллину, амикацину и азтреонаму. Операционная в оперблоке — *S. aureus* устойчивый к пенициллину и амоксициллину. Нейрохирургическое отделение — 1 палата — *Klebsiella pneumoniae* азтреонам устойчивая, 2 палата — *Ac. baumannii* амикацин устойчивый.

Выделенные микроорганизмы относятся к IV группе патогенности (СП 1.3.2322-08), что говорит о высоком риске опасности для больных.

При исследовании смывов, взятых с эпидемиологически значимых объектов больничной среды наблюдалось значительное загрязнение *S. aureus* и *S. epidermidis*, наибольшее количество которых было высеяно с прикроватных столиков, рук и халатов процедурных м/с. *S. aureus* и *S. epidermidis* обладали устойчивостью к амоксициллину, пенициллину, пefлоксацину и азитромицину.

Выводы

В структуре условно-патогенной микрофлоры, выделенной из различных локусов клинического материала многопрофильного стационара преобладают грамположительные микроорганизмы (68,8 %): *S. epidermidis* (19,9 %), *Streptococcus spp.* (17,6 %), *S. aureus* (11,9 %).

При назначении стартовой антибиотикотерапии следует учитывать устойчивость *Enterococcus spp.* к цефтриаксону и цефтазидиму. У *Enterobacter spp.* к нетилмицину, ципрофлоксацину, ампициллину и линкомицину. У *Ps. aeruginosa* устойчивость к амоксициллину, ампициллину, линкомицину и азитромицину. У *Acinetobacter spp.* к азтреонаму, цефтриаксону и цефтазидиму.

Анализ чувствительности микробных культур к дезинфектантам показал, что наименьшей активностью в отношении больничной микрофлоры обладает Жавель — Солид и Бриллиант. Наиболее эффективными дезинфицирующими средствами являются: Эффект — Форте, Мистраль и 6 % перекись водорода. Большинство штаммов *Ac. baumannii* в данном ЛПУ обладают устойчивостью практически ко всем дезинфектантам.

Обнаружена контаминация УПМФ помещений многопрофильного стационара и выявлены основные очаги их распространения и локализации: система вентиляции, больничная мебель, руки медицинского персонала.

В смывах с эпидемиологически значимых объектов больничной среды в основном выделялись *S. epidermidis* и *S. aureus*, устойчивые к пенициллину, амоксициллину, пefлксацину и азитромицину. Из воздуха помещений многопрофильного стационара высевались: штаммы *S. aureus* обладающие полирезистентностью к пенициллину и амоксициллину; *Ac. baumannii* и *Klebsiella pneumonia*, устойчивые к пefлксацину, амикацину, азтреонаму.

Выявленные штаммы относятся к группе УПМФ и могут быть этиологическими агентами нозокомиальных инфекций в условиях данного многопрофильного стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Направления и некоторые итоги работы региональной референс-лаборатории по тестированию возбудителей внутрибольничных гнойно-септических инфекций / Н. С. Авдеева [и др.] // Журнал МедиАль. — 2013. — № 1. — С. 7–8.
2. Состояние контаминации микромицетами объектов внешней среды инфекционного стационара / И. П. Чарушина [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2013. — № 4. — С. 39.
3. Четина, О. А. Исследование помещений стационара инфекционного профиля на предмет контаминации условно-патогенными грибами / О. А. Четина, С. Ю. Баландина // Современные проблемы науки и образования. — 2013. — № 1. — С. 327.
4. Характеристика устойчивости микроорганизмов к хлорсодержащим дезинфектантам и ее эпидемиологическая значимость / В. В. Шкарин [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. — 2009. — № 5. — С. 27–31.
5. Сравнительная характеристика антибактериальной эффективности дезинфицирующих средств (дезинфектантов), применяемых для обработки кожи рук / С. К. Махамбетова [и др.] // Опыт и перспективы развития медицинского образования в странах Центральной Азии: материалы междунар. науч.-практ. конф. / под общ. ред. М. К. Телеуова, Р. С. Досмагамбетовой. — Караганда: КГМУ, 2012. — С. 193.
6. Шляпников, С. А. Профиль антибиотикорезистентности основных возбудителей госпитальных инфекций в ОРИТ многопрофильного стационара / С. А. Шляпников, Н. Р. Насер, Л. Н. Попенко // Инфекции в хирургии. — 2009. — № 1. — С. 8.
7. Периоперационная антибиотикопрофилактика / М. В. Кукош [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2012. — № 2.
8. Мониторинг резистентности микроорганизмов к антибактериальным средствам как элемент системы эпидемиологического надзора и ключевое направление европейского стратегического плана действий по проблеме / Л. П. Титов [и др.] // Современные проблемы инфекционной патологии человека: сб. науч. тр. / М-во здравоохранения Респ. Беларусь, Респ. науч.-практ. центр эпидемиологии и микробиологии; под ред. Л. П. Титова. — Минск: ГУ РНМБ, 2013. — Вып. 6. — С. 152–161.

УДК 616.24-079.4

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

Иваничкина А. В.

Научный руководитель: ассистент кафедры фтизиопульмонологии В. А. Штанзе

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Синдром легочной диссеминации вызывает особые трудности при дифференциальной диагностике. Существует более 200 заболеваний, сопровождающихся диссеминированным поражением легких. Пациенты обычно попадают в поле зрения врача несколькими путями:

острое начало с быстро прогрессирующей одышкой, персистирующим непродуктивным кашлем, кровохарканьем, болями в грудной клетке; выявление синдрома диссеминации при очередном рентгенофлюорографическом обследовании; легочные симптомы связаны с другими заболеваниями (например, диффузные болезни соединительной ткани); выявление рестриктивных изменений при спирометрии [1].

В половине случаев этиология диссеминированных заболеваний неизвестна. Диагностические ошибки у этих пациентов составляют 75–80 %. Поэтому диагностический алгоритм при работе с пациентами этой группы должен состоять из 3-х обязательных компонентов: 1) тщательное исследование анамнеза и клинической симптоматики заболевания; 2) проведение компьютерной томографии; 3) исследование биопсийного материала [2].

Взятие ткани легкого для гистологического исследования возможно при проведении диагностической торакоскопии.

Впервые о возможности визуального исследования органов грудной клетки объявил в 1910 г. шведский терапевт, профессор Каролинского университета Н. Jacobaeus. Значительный прогресс в области видеотехнологий и совершенствование эндоскопических хирургических инструментов, наряду с разработкой степлер-техники, обусловили бурное развитие торакоскопии [3].

Торакоскопические операции и интраторакальные вмешательства с видеосопровождением за последние 5–6 лет все более приобретают характер рутинных, особенно по таким показаниям, как интерстициальные (диссеминированные) заболевания легких, внутригрудные аденопатии, объемные образования легких и плевриты неясного генеза, при которых торакоскопическая биопсия позволяет добиться верификации диагноза в 100 % случаев с минимальным числом осложнений.

Цель

Изучить возможности VATC (видеоассистированной торакоскопии) при дифференциальной диагностике диссеминированных заболеваний легких.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты диагностики заболеваний органов дыхания с рентгенологическим синдромом диссеминация у 84 пациентов, обследованных в торакальном отделении УГОТКБ. Большинство пациентов составили женщины — 50 (60 %) человек, мужчин было 34 (40 %) человека. Возраст женщин колебался от 21 до 71 года, средний возраст составил 41,4 года, соответственно у мужчин возраст был от 17 до 71 года и средний возраст составил 44,5 года. До проведения VATC всем пациентам кроме общеклинического обследования проведена спирография, диагностическая бронхоскопия, микробиологическая диагностика мокроты и промывных вод бронхов, цитологическое исследование патологического материала, ультразвуковое исследование плевральной полости, компьютерная томография органов грудной клетки.

Результаты исследования и их обсуждение

После полного комплекса диагностических методов у 4 (4,6 %) пациентов выявлено наличие диссеминированного туберкулеза легких. Остальным 80 пациентам для уточнения диагноза была выполнена VATC. Результаты обследования представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты VATC

Саркоидоз легких	46 (57,5 %)
Туберкулез	9 (11,2 %)
Метастатические поражения легких	6 (7,5 %)
Пневмония	5 (6,2 %)
Пневмомикоз	5 (6,2 %)
Альвеолит	5 (6,2 %)
Диссеминация неустановленной этиологии	2 (2,5 %)

Таким образом, после проведения VATC диагноз был установлен у 78 (97,5 %) пациентов. Лишь у 2 (2,5 %) человек диагноз не был верифицирован по причине отсутствия в патологическом материале характерных изменений для определенной нозологической формы.

Установлено, что чаще всего трудности на дооперационном этапе возникали при диагностике саркоидоза легких (46 (57,6 %) пациентов). Во многом это связано с особенностями

патогенеза и клинического проявления данного заболевания (формирование гранулем не сопровождается выраженной экссудативной реакцией, соответственно наблюдается малосимптомное течение). У 9 (11,2 %) пациентов, установлено наличие туберкулеза только после патоморфологического исследования легочной ткани после VATC, несмотря на полный комплекс предварительных обследований.

Использование традиционных инструментальных и лабораторных методов не позволило диагностировать легочную диссеминацию как результат метастатического поражения легких у 6 (7,5 %) пациентов, что является запущенной формой онкологического заболевания.

Относительно редко в пульмонологической практике встречаются пневмомикозы (5 (6,2 %) человек) и альвеолиты (5 (6,2 %) человек). Диагноз идиопатического фиброзирующего альвеолита подтверждается только после патоморфологического исследования легочной ткани.

Ни у одного из прооперированных пациентов не возникло осложнений после VATC.

Таким образом, учитывая вышесказанное, нами представляется возможным предложить ускоренный алгоритм установления диагноза пациентам с синдромом диссеминации в легких, который заключается в следующем: при обнаружении рентгенологического синдрома диссеминации в легких провести диагностический поиск на амбулаторном этапе, микробиологическое исследование мокроты для обнаружения микобактерий туберкулеза (в том числе с использованием «быстрых» методов). При отрицательных результатах микробиологической диагностики пациента можно направить на VATC без привлечения дополнительных рентгенологических и других высокотехнологичных и дорогостоящих методов обследования.

Выводы

1. Эффективность VATC при дифференциальной диагностике диссеминированных поражений легких составила 97,5 %.

2. Видеоассистированная торакоскопия является наиболее высокоинформативным, безопасным и малотравматичным методом в диагностике легочной диссеминации.

3. При обнаружении рентгенологического синдрома диссеминации в легких, после проведения диагностического поиска на амбулаторном этапе в случае отсутствия микобактерий в мокроте пациента можно направить на VATC без привлечения дополнительных рентгенологических и других высокотехнологичных и дорогостоящих методов обследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диссеминированные заболевания легких / под ред. М. М. Ильковича. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 480 с.
2. Веллс, А. У. Интерстициальные заболевания легких: клинические рекомендации Британского торакального общества совместно с Торакальным обществом Австралии и Новой Зеландии и Ирландским торакальным обществом / А. У. Веллс, Н. Хирани // Пульмонология. — 2009. — № 4. — С. 11–57.
3. Франтзайдес, К. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия / К. Франтзайдес; под ред. И. С. Осипова; пер. с англ. — СПб., 2000. — С. 312–313.

УДК 616.983-07(476)

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Леончик А. С.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В настоящее время урогенитальный хламидиоз (УГХ) является высоко контагиозным инфекционным заболеванием, передаваемым половым путем, ведущее к развитию воспалительных изменений органов мочеполовой системы и оказывающее выраженное влияние на генеративную функцию [1]. По данным ВОЗ, число заболевших хламидиозом неуклонно

возрастает, ежегодно в мире регистрируется 90 млн. случаев заболевания. Рост заболеваемости связан как с истинным увеличением числа заболевших, так и с совершенствованием методов диагностики [4]. Распространенности инфекции способствуют: либерализация сексуальных отношений, раннее начало половой жизни, пренебрежение средствами барьерной контрацепции, малосимптомное течение заболевания, использование β -лактамовых антибиотиков и кортикостероидов, а также оперативные вмешательства на генитальной сфере [2].

Доля хламидийной инфекции среди урогенитальных инфекций гинекологических больных составляет 20–40 % [2].

Так как УГХ несет серьезную медицинскую, социальную и демографическую опасность, ему принадлежит ведущее место среди причин нарушения репродуктивной функции и бесплодия в браке, то необходима тщательная диагностика УГХ у женщин репродуктивного периода.

Цель

Изучить возможности диагностики УГХ у женщин в период половой зрелости в настоящее время.

Материал и методы исследования

Анализ и обобщение научной и методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Урогенный хламидиоз — это инфекционное заболевание, вызываемое патогенными микроорганизмами *Chlamydia trachomatis*, передающееся преимущественно половым путем, поражающее мочеполовую сферу и другие органы, сопровождающееся стертой клинической симптоматикой, изначальной склонностью к хроническому течению, вызывающее в ряде случаев патологическое течение беременности, снижение репродуктивной функции у женщин [3].

Этиологическим фактором УГХ является *Chlamydia trachomatis* серотипов D-K, которая не является нормальной микрофлорой человека и принадлежит к «внутриклеточным облигатным паразитам». Их обнаружение указывает на наличие инфекционного процесса, а отсутствие клинических проявлений определяет лишь временное равновесие между паразитом и хозяином в условиях, ограничивающих, но не препятствующих размножению патогенного микроорганизма. Хламидии поражают цилиндрический эпителий уретры, эндоцервикса матки, эпителий влагалища с последующей воспалительной лимфоцитарно-плазмоцитарной реакцией слизистых. Важным эпидемиологическим фактором инфекции является способность микроорганизма к персистенции, в которой он не чувствителен к антибиотикам. Однако при действии факторов, приводящих к снижению иммунной защиты, происходит их реверсия в обычные формы и последующее развитие воспалительного процесса в урогенитальном тракте [2, 4].

Источником инфекции при УГХ является человек, болеющий острой или хронической формой заболевания с манифестным или бессимптомным течением. Распространение инфекции происходит каналикулярно, лимфогенно, гематогенно и при участии сперматозоидов. Так как возбудитель УГХ обитает в эпителии мочеполовых органов, то основным путем передачи инфекции являются половые контакты. Среди взрослого населения неполовые пути передачи (контактно-бытовой, воздушно-капельный и т. д.) существенного значения не имеют. При заражении половым путем инкубационный период составляет в среднем 10–15 дней (от 7 до 21 дня) [4].

Основным звеном патогенеза УГХ является медленно протекающий воспалительный процесс: нарушение микроциркуляции и трансэндотелиального барьера, потеря клетками ворсинок, стаз и краевое стояние тромбоцитов, гипоксия и отек ткани. Вследствие усиления синтеза коллагена и пролиферации фибробластов образуется рубцовая ткань, что приводит к спаечному процессу в малом тазу, а в последующем, к трубному бесплодию и внематочной беременности [4].

У женщин выделяют следующие клинические формы УГХ: цервицит, уретрит, бартолинит, эндометрит, параметрит, сальпингит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит [2].

Выделяют следующие клинические симптомы: слизисто-гнойный цервицит, гнойные вагинальные выделения, боли внизу живота, посткоитальные или межменструальные кровотечения, дизурия, признаки воспаления в малом тазу с болевым синдромом [2].

Лабораторной диагностике урогенитальной хламидийной инфекции является ключевым моментом при установлении диагноза УГХ. В связи с тем, что для хламидиоза характерно малосимптомное и латентное течение, а также возможны смешанные инфекции — сочетание

хламидий с другими возбудителями генитальных инфекций, ведущим при лабораторной диагностике хламидийной инфекции становится комплексный подход.

Диагностике подвергаются, согласно рекомендациям ВОЗ, пациентки с: хроническими воспалительными заболеваниями мочеполовой системы; псевдоэрозией шейки матки; нарушением менструального цикла по типу метроррагии; использующих внутриматочные контрацептивы; беременные; часто меняющих половых партнеров; в случае сексуального насилия; имеющих в анамнезе самопроизвольные или искусственные аборты; реактивным артритом, хроническим конъюнктивитом; атипической пневмонией; лихорадкой неясного генеза и др. пациентки перед хирургическим вмешательством (аборт, ВМС, ЭКО).

Большое значение для осуществления качественной лабораторной диагностики имеет правильность проведения этапов лабораторного исследования (методы получения, транспортировки и хранения биологического материала, выбора адекватного метода диагностики, интерпретации полученных результатов) [5].

Лабораторная диагностика УГХ, как правило, должна включать в себя сочетание не менее двух методов, так как в настоящее время ни один из современных методов диагностики не обеспечивает 100 % выявления возбудителя [2].

Методы прямого выявления *Chlamydia trachomatis* включает: микробиологическое исследование, выделение чистой культуры возбудителя, цитологическое исследование мазков, окрашенных по методу Романовского — Гимзе, иммуноцитологическое исследование, выявление антигенов возбудителя в мазках с помощью специфичных антител (реакция прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), ДНК-зонды; определение бактериальных антигенов (иммуноферментный анализ — ИФА); методы экспресс-диагностики (иммунохроматография и ферментспецифическая реакция); молекулярно-биологические методы, определение специфического участка ДНК/РНК в геноме возбудителя (полимеразная цепная реакция — ПЦР).

Непрямые методы выявления *Chlamydia trachomatis*, косвенно указывающие на наличие возбудителя у пациента: серологическое исследование, определение специфических антител, образовавшихся в процессе иммунного ответа на микроорганизм (реакция связывания комплимента — РСК, реакция непрямой иммунофлюоресценции — РНИФ, иммуноферментный анализ — ИФА, реакция микроиммунофлюоресценции — МИФ, рекомбинантный липополисахаридный ИФА — r-ELISA) [5].

Наиболее чувствительным и трудоемким методом диагностики является микробиологическое исследование, которое до начала 1980-х гг. являлось основным. Изначально данный метод являлся «золотым стандартом», с которым сравнивали новые методы диагностики. Для размножения *in vitro* используют клетки линии HeLa и McCoу. Метод высокоспецифичный, но чувствительность зависит от правильности взятия материала на исследование, качества питательных сред, соблюдения правил культивирования. Выделение хламидий в культуре клеток McCoу по сравнению с ПЦР, по данным разных исследователей, составляет 92–99 %, специфичность — 95–99 %. В тоже время метод превосходит молекулярно-биологические методы диагностики по специфичности. Преимущество метода — выделение живого возбудителя, а недостатком является рутинность метода [5, 6].

Цитологический метод эффективен лишь при острых формах инфекции. В настоящее время метод практически не используется, в связи с его низкой чувствительностью. Использование цитологического метода позволяет диагностировать инфекцию в 10–12 % случаев, диагностическая специфичность 45–50 %. Цитологический препарат просматривают в световом микроскопе (объектив ×90) с иммерсией. Наличие в цитологическом препарате, окрашенных по Романовскому — Гимзе, телец Гальбершедтера — Провачека подтверждает диагноз УГХ, однако их отсутствие не исключает наличие инфекции. Метод позволяет получить дополнительную информацию о наличии сопутствующей бактериальной флоры [6].

Одним из самых распространенных методов диагностики УГХ является иммуноцитологический метод, основанный на окрашивании мазков биологического материала моноклональными антителами. Мазки исследуют под люминесцентным микроскопом, время диагностики 30–60 минут. Возможно получение ложноотрицательных (малое количество или отсутствие эпителиальных клеток в мазке) или ложноположительных результатов (неспецифическое связывание антител с неинфицированным материалом) [2].

ПИФ предусматривает прямое выявление антигенов хламидий. ПИФ — метод является важнейшим скрининговым методом диагностики УГХ. Его чувствительность и специфичность составляют соответственно 65–90 % и 85–90 %. Исследование заключается в исследовании соскобов урогенитального тракта путем обработки препаратов меченным флюоресцеином моноклональными антителами к родоспецифичным и видоспецифичным антигенам [6].

ПЦР для диагностики ДНК/РНК *Chlamydia trachomatis* в биологическом материале имеет высокие показатели чувствительности и специфичности, что делает этот метод революционным в лабораторной диагностике. Чувствительность метода по данным разных источников — 95–99,9 %, а его специфичность составляет 95–99,9 %. Основными мишенями при выявлении *Chlamydia trachomatis* являются нуклеотидная последовательность видоспецифической криптической плазмиды, последовательность главного белка внутренней мембраны, рибосомные гены. ПЦР представляет собой амплификацию специфической области ДНК-мишени в присутствии тромбостабильной ДНК-полимеразы и праймеров, которые определяют границы амплифицируемого участка. По сравнению с широко используемыми в клинической практике иммунологическими тестами, ПЦР обладает преимуществами: высокой специфичностью, обусловленной подбором праймеров комплементарных уникальной нуклеотидной последовательности тестируемых микроорганизмов; адекватной чувствительностью, позволяющей диагностировать острые и латентные инфекции в клинически значимом титре; сходный химический состав нуклеиновых кислот позволяет разрабатывать универсальные процедуры для выявления различных инфекционных агентов; индификация возбудителя в течение 4,5–5 ч. Важной отличительной особенностью ПЦР является относительно низкая стоимость оборудования и тест-систем для проведения анализа, которые сочетаются с универсальными методами [5, 6].

Методы непрямого выявления *Chlamydia trachomatis* позволяет избежать ложноотрицательных результатов и помогает в ряде случаев определить стадию и характер течения заболевания. В основе методов лежит выявление специфических антител. Которые накапливаются в сыворотке крови и секретах организма. Антитела относят к трем классам: М, G, А. Накопление антител каждого из классов происходит через разные промежутки времени. При первичном инфицировании сначала появляются антитела класса А, затем — М, и далее — G. По мере угасания иммунного ответа снижение концентрации каждого из классов происходит в обратном порядке. Для оценки динамики изменения титра антител различных классов используют метод парных сывороток. На основании сравнения результатов при первом и втором обследовании делают заключение о характере и стадии заболевания, а также позволяет производить контроль излеченности [2].

В основе метода ИФА с определением бактериальных агентов лежит реакция связывания антител со специфическими полисахаридами или белками возбудителя. Количественная оценка связывания антител с антигеном проводится по степени выраженности цветной реакции. Чувствительность составляет 65–70 %, специфичность 90–99,9 %. Преимущества ИФА заключается в обнаружении растворимых антигенов микроорганизма, а также автоматизация и высокая пропускная способность. Время проведения теста 4–6 ч [6].

Регистрацию специфических антител проводят наиболее эффективным методом МИФ и ИФА — r-ELISA, которые не требуют большого количества биологического материала, и позволяют точно определить к какому классу относятся антитела. В настоящее время используются наборы реактивов Imx Select Хламидия и Chlamydia-antigen ELISA [6].

Тест Imx Select Хламидия основан на технологии ИФА-анализа на микрочастицах (МИФА) и предназначен для качественного определения липополисахаридного антигена хламидии в материале на анализаторе Imx [6].

Тест-система Chlamydia-antigen-ELISA medac является экономным, достаточно специфичным и чувствительным методом в рутинной диагностике УГХ. В основе метода лежит твердофазный ИФА-анализ, дающий возможность определить антигены хламидий.

Преимуществами теста являются: отсутствие ложноположительных результатов, обусловленных межвидовой перекрестной реакцией хламидий; отсутствие инфекционного антигенного материала; химически точная структура антигена; тест пригоден для использования на автоматических открытых системах для ИФА [5].

Метод ДНК-зондов в РБ не используют. Метод также высокоспецифичен, однако, менее чувствителен, чем ПЦР. Метод ДНК-зондов является малоинформативным при выявлении хронической хламидийной инфекции. Наибольшей чувствительностью метод обладает при наличии хламидийной инфекции в канале шейки матки. Появление окрашенных цитоплазматических включений будет свидетельствовать о присутствии в пробе хламидий, но данная диагностика не показывает вялотекущую степень заболевания [2].

В Беларусь в настоящее время лабораторную диагностику хламидийной инфекции проводят не менее чем двумя методами, одним из которых должен быть метод полимеразной цепной реакции или культуральный.

На территории Республики Беларусь метод ИФА для диагностики хламидиоза может быть использован только в научных целях. Для постановки диагноза этот метод запрещен к применению [7].

Метод иммунофлюоресценции (РИФ или ПИФ) является самым ненадежным из-за низкой чувствительности и специфичности. Этот метод рекомендован как отборочный, но не как метод для постановки диагноза [7].

Метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) и различные ее модификации позволяют определить ДНК и (или) РНК возбудителя. На сегодня этот метод признан «золотым стандартом» в диагностике хламидиоза [7].

Выводы

Урогенитальному хламидиозу свойственны полиморфизм клинических проявлений, отсутствие специфических признаков, бессимптомное или малосимптомное длительное течение, склонность к рецидивам. Пациентки обращаются к врачу, как правило, при развитии осложнений. Лабораторная диагностика хламидиоза заключается в выявлении самого возбудителя или его антигенов. Сегодня наиболее чувствительными и специфичными для *Chlamydia trachomatis* считаются культуральный метод (посев на культуру клеток) и ПЦР (полимеразная цепная реакция). У первого чувствительность, по данным разных исследователей, составляет 92–99 %, специфичность — 95–99 %, а у второго 95–99 % и 95–99 % соответственно.

Чувствительность иммуноферментного анализа (ИФА), при котором определяют антитела к микроорганизму в сыворотке крови, — 60 %, специфичность — 95 %. У метода флуоресцирующих антител (МФА) — 65–90 % и 70–90 % соответственно.

Для постановки диагноза рекомендуется использовать валидированные и разрешенные к применению методы, основанные на амплификации нуклеиновых кислот (МАНК). Для рутинной диагностики УГХ не рекомендуют использование культурального метода и методов основанных на выявлении антигенов хламидий, а также выявление к ним антител. Недостатком молекулярно-биологических методов является высокая вероятность контаминации ДНК, в результате чего возможно появление ложноположительных результатов, и возможны ложноотрицательные результаты из-за присутствия в пробах ингибиторов ПЦР. Цитологический метод имеет историческое значение и в настоящее время не используется ввиду его низкой чувствительности 10–12 %.

В настоящее время нет лабораторного метода, позволяющего избежать ложноположительных и ложноотрицательных результатов. При диагностике хламидиоза необходима комплексная лабораторная диагностика (ПИФ, ИФА, микробиологический метод, ПЦР) позволяющий выявить возбудителя, определить стадию заболевания, обосновать необходимость назначить антибактериальные препараты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абакарова, П. Р. Пути повышения эффективности лечения урогенитального хламидиоза у женщин / П. Р. Абакарова // Гинекология. — 2007. — С. 5–8.
2. Адашкевич, В. П. Кожные и венерические болезни / В. П. Адашкевич, В. М. Козин. — 2-е изд. — М.: Мед. лит., 2013. — 672 с.
3. European guideline for the management of Chlamydial infection // International Journal of STD&AIDS. — 2001. — Vol. 12, Suppl. 3. — С. 30–33.
4. Коколина, В. Ф. Урогенный хламидиоз / В. Ф. Коколина // Методические рекомендации по гинекологии. — М.: ИД Медпрактика-М, 2007. — 26 с.
5. Протоколы лабораторной диагностики инфекции, вызванной *Chlamydia trachomatis* (урогенитальной хламидийной инфекции): учеб.-метод. пособие / И. Шиманская. — Минск: БелМАПО, 2009. — 40 с.
6. Клиника, диагностика и лечение хламидийной инфекции: пособие для врачей / Л. В. Кудрявцева [и др.] Минск, 2001. — С. 12–23.
7. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 мая 2009 г. № 486 «Клинический протокол лабораторной диагностики хламидиоза».

ЛЕЧЕБНЫЙ ЭФФЕКТ ИНГАЛЯЦИЙ СО СТРЕПТОМИЦИНОМ ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ЭНДОБРОНХИТЕ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Лискович Н. Н., Родригес Дуарте Жоао Паулу,
Ферраре Е Силва Паулу Энрике, Рибейро Силва Изабелла*

Научный руководитель: ассистент Н. В. Рачина

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

При анализе структуры впервые выявленных больных с деструктивным туберкулезом легких обращает на себя внимание значительный удельный вес сопутствующих заболеваний и, в первую очередь, хронических воспалительных процессов в бронхах, затрудняющих диагностику и лечение [2]. Рост этой патологии связан со многими причинами и, прежде всего, с заражением больных патогенными штаммами неспецифической микрофлоры, а также с возникновением иммунодефицитных состояний, развивающихся у этого контингента туберкулезных больных. Неспецифические бронхиты у больных туберкулезом легких встречаются в 62,8 % случаев [1]. При этом неспецифический воспалительный процесс связан с фиброзной деформацией и нарушением дренажной функции бронхов [3]. Прогрессирование воспалительного процесса в бронхиальном дереве у больных деструктивным туберкулезом легких отягощает течение основного заболевания, снижает биодоступность противотуберкулезных препаратов, снижает показатели эффективности терапии и требует применения местных способов лечения бронхита, прежде всего, ингаляций.

Общеизвестно, что применение лечебных ингаляций позволяет воздействовать антисептическими и антибактериальными препаратами непосредственно на стенку полостей и слизистую воздухоносных путей и подчас помогает добиться положительных клинических результатов тогда, когда другие способы терапии свои возможности исчерпали. В то же время показания к применению ингаляций противотуберкулезных лекарственных средств, особенно стрептомицина (к которому нередко выявляется устойчивость микобактерий туберкулеза) больным, у которых проявления катарального бронхита ограничиваются данными бронхоскопии, нуждаются в уточнении.

Цель

Уточнение показаний к применению ингаляций стрептомицина больным деструктивным туберкулезом легких катаральным эндобронхитом, выявленным методом бронхоскопии.

Материал и методы исследования

После получения информированного согласия обследовано 100 впервые выявленных больных (80 мужчин и 20 женщин) в возрасте от 30 до 50 лет с разными формами деструктивного туберкулеза легких. Бактериовыделение выявлено у всех больных. Устойчивость возбудителя к противотуберкулезным препаратам не установлена. Других серьезных сопутствующих заболеваний у обследованных больных не выявлено. По данным бронхоскопии, у 75 человек был обнаружен разлитой катаральный эндобронхит, причем, у 36 человек клинические проявления бронхита были выражены слабо. Среди этой категории больных инфильтративный туберкулез легких обнаружен у 17 человек, диссеминированный — у 15, туберкулема в фазе распада — у 4 человек. У половины из них отмечался небольшой кашель со скудной слизистой мокротой, который больные связывали с курением. У 8 человек в легких обнаружено жестковатое дыхание, у 4 — сухие хрипы. Специфическая терапия проводилась по I режиму. Переносимость лечения была удовлетворительной, все закончили курс интенсивной терапии в течение 3-х месяцев под контролем медперсонала. Перед началом лечения и после окончания фазы интенсивной терапии пациенты обследовались комплексом рутинных методик, включая бронхоскопию. Для оценки динамики процесса кроме лабораторных анализов, КТ, использовалась методика оценки индекса деструкции (рацпредложение № 1985-12 от 15.11.12).

Для достижения поставленной цели больные со скудными клиническими проявлениями бронхита были распределены в 2 группы, примерно одинаковые по возрасту, полу и формам туберкулеза легких. Больным 1-й группы (18 человек) в комплекс противотуберкулезного лечения включались ингаляции со стрептомицином 1,0 в растворе. Лечение ингаляциями начиналось, как правило, после фибробронхоскопии, во время которой устанавливался диагноз эндобронхита определялась его локализация, а затем проводился бронхо-альвеолярный лаваж с забором смывов для диагностики патогенной микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. В связи с необходимостью постоянного контроля динамики процесса, фибробронхоскопию проводили ежемесячно. В течение первых 3–5 дней лечения назначали ингаляции бронхолитической смеси (0,5 мл 5 % раствора эфедрина гидрохлорида, 0,5 мл 24 % раствора эуфиллина, 0,5 мл 1 % раствора димедрола, 2,5 мл 0,25 % раствора новокаина — доза на одну ингаляцию), а затем добавляли противотуберкулезный препарат стрептомицин. Ингаляции проводились ежедневно, кроме субботы и воскресенья течение 30–60 дней. В день ингаляции стрептомицин внутримышечно не вводился. Курс лечения состоял из 30 ингаляций. Больные 2-й группы получали только стандартное лечение.

Результаты исследования и их обсуждение

К моменту завершения интенсивного курса химиотерапии эффективность лечения в основной группе больных оказалось более выраженной. У всех больных нормализовались показатели крови (в контрольной группе у 16 (89,9 %) человек), прекратилось бактериовыделение (в контрольной группе у 10 (55,5 %) человек), уменьшилось количество очагов отсева и явления инфильтрации, исчезли воспалительные изменения в бронхах по данным бронхоскопии (в контрольной группе — у 8 (44,4 %) человек). Произошло очищение полостей распада, уменьшение размеров и рубцевание мелких дочерних каверн. Все это сказалось на уменьшении индекса деструкции (на 42,6 %, с 26 до 15 см (в контрольной группе на 16,6 % с 24 до 20 см). Кроме того, 6 (33,3 %) человек, или были направлены на оперативное лечение, которое у 4 человек было успешно выполнено. В контрольной группе после консультации фтизиохирурга операция была отсрочена из-за явлений воспаления в бронхах.

Заключение

Таким образом, назначение ингаляций стрептомицина больным деструктивным туберкулезом легких с явлениями катарального эндобронхита без четких клинических проявлений данного сопутствующего заболевания повышает эффективность интенсивного курса лечения и позволяет врачу рекомендовать одной трети больных оперативное вмешательство. Благодаря купированию явлений катарального эндобронхита при подготовке к операции больных с деструктивными процессами в легких, можно предположить снижение количества осложнений в послеоперационном периоде. Важно также, что при подготовке больных к хирургическому лечению применение ингаляций в комплексной терапии приводит к стабилизации процесса (исчезновение симптомов интоксикации, локальных признаков поражения бронхолегочной системы, нормализация общего клинического статуса больных).

Выводы

1. Катаральный эндобронхит, подтвержденный данными бронхоскопии, встречается у впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких в 75 % случаев.
2. Применение ингаляций стрептомицина существенно улучшает клиническое течение деструктивного туберкулеза, приводит к санации бронхов и позволяет врачу рекомендовать оперативное лечение 33,3 % больных.
3. Применение лечебных ингаляций показано всем больным деструктивным туберкулезом легких с эндоскопической картиной катарального бронхита даже при отсутствии четких клинических проявлений этого сопутствующего заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Курило, С. М. Закономерности формирования сочетания туберкулеза легких и хронического бронхита (распространенность, патогенез, диагностика, лечение): дис... д-ра мед. наук, 2006. — 354 с.
2. Лебедев, Ю. И. Новые диагностические алгоритмы выявления туберкулеза легких в работе врача общей практики / Ю. И. Лебедев, С. Н. Новикова // Общая врачебная практика: сегодня и завтра; материалы межрегиональной НПК (24 апреля 2012 г., г. Курск). — Курск: КГМУ, 2012. — С. 118–131.
3. Перельман, М. И. Фтизиатрия / М. И. Перельман, В. А. Корякин, И. В. Богдельникова. — М.: Медицина, 2004. — С. 348–349.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Мазай Л. К., Кухарчик Ю. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор *Л. В. Гутикова*

Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

Одно из ведущих мест в структуре экстрагенитальной патологии у беременных занимает анемия [4]. По данным ВОЗ, частота железодефицитной анемии у беременных колеблется от 21 до 80 %. К концу беременности, по некоторым данным, дефицит железа развивается в скрытой или в явной форме у всех беременных [3]. Кроме того, нарушения в обмене железа сказываются на метаболизме других металлов и важных медиаторов клеточных функций. Особое значение недостаточность микроэлементов имеет при беременности, когда происходит рост и развитие плода [5]. При дефиците железа у беременных увеличивается частота инфекционных осложнений во время беременности, родов, преждевременного прерывания беременности, а отсутствие своевременной и адекватной терапии может привести к дефициту железа у плода и увеличивает вероятность инфекционных осложнений у новорожденного [1, 2].

Цель

Оценка результатов применения препарата, содержащего двухвалентное железо, для лечения анемии беременных для профилактики инфекционных осложнений.

Материал и методы исследования

Нами проведено обследование 30 женщин в возрасте от 21 до 37 лет, находящихся на стационарном лечении в Гродненском областном клиническом перинатальном центре, с признаками железодефицитной анемии и инфекционной патологии во II и III триместре беременности. Проанализировано 15 историй развития новорожденных, родившихся от матерей с анемией и инфекционной патологией.

Коррекция анемии производилась препаратом, содержащим двухвалентное железо (то-тема по 1 флакону (50 мг железа) 2 раза в сутки в течение 5 дней). Эффективность оценивалась на основании исследования параметров крови (уровня гемоглобина, количества эритроцитов, гематокрита, среднего объема эритроцитов (MCV), содержания гемоглобина в эритроцитах (MCH), концентрации гемоглобина в эритроцитах (MCHC), общего белка) и клинического состояния беременных.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно полученным нами данным, в 52 % случаев беременность была первая, в 24 % — вторая, в 12 % — третья, в 4 % — четвертая, пятая и шестая — также у 4 % женщин. С использованием вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) беременность наступила у 4% женщин. Возрастные первобеременные (30–37 лет) составили 12 %. Многоплодную беременность мы наблюдали у 10% обследованных беременных (дихориальная диамниотическая двойня).

Из обследованных нами женщин все 100 % стали на учет в женской консультации до 12 недель беременности.

Анемия I степени отмечена у 84 % беременных, II степени — у 12 %, III степени — у 4 % пациентов.

Групповая принадлежность крови по ABO и Rh системе распределилась следующим образом: O (I) была у 36 % (из них у 4 % — резус отрицательная, 32 % — резус положительная), A (II) — 52 % (у 4 % — резус отрицательная, 48 % — резус положительная), B (III) резус положительная — у 8 %, AB (IV) резус положительная — у 4 % женщин.

Переливание крови и ее компонентов до и во время настоящей беременности не проводилось ни у кого из обследуемых пациентов.

При анализе течения беременности в анамнезе у большинства пациентов диагностированы антенатальные осложнения: острая респираторная вирусная инфекция — 48 %, угроза прерывания беременности — 44 %, кольпит — 12 %, хроническая фетоплацентарная недостаточность — 8 %, бессимптомная бактериурия — 4 %, обострение хронического пиелонефрита — 4 %, многоводие — 4 %, рвота — 4 %. На этапе проведения данного исследования женщины были госпитализированы по поводу: угрозы прерывания беременности (44 %), хронической фетоплацентарной недостаточности (20 %), преждевременного старения плаценты (8 %), гестоза легкой степени тяжести (8 %), гипоплазии плаценты (4 %).

Нами было установлено, что 33 % обследованных беременных помимо антианемической, получали и антибактериальная терапия. Следует также отметить, что 80 % женщин антибактериальные препараты были назначены и в послеродовом периоде.

Репродуктивный анамнез у 12 % женщин был осложнен искусственным прерыванием беременности, у 20 % — самопроизвольным выкидышем, у 4 % — прерыванием по медико-генетическим показаниям.

Течение данной беременности отягощала сопутствующая экстрагенитальная патология: у 24 % — эндокринная патология, у 44 % — патология почек (пиелонефрит — 18 %, бактериурия — 19 %, гидронефроз — 36 %, мочекаменная болезнь — 9 %, нефроптоз — 45 %), мигрень — у 4 %, псориаз — у 4 %, гепатоз — у 4 %, артериальная гипертензия I степени — у 4 %, кариес — 8 %, вегетососудистая дистония — 8 %, миопия — 28 %, хронический тонзиллит — 8 %, хронический гастрит — 8 %. Также у 4 % — опухоль легкого (оперированная). Медикаментозная аллергия наблюдалась в 20 % случаев.

Беременные с нормальной массой тела (индекс массы тела (ИМТ) 19–25) составили 80 % обследованных, 16 % имели ожирение I степени (ИМТ 25–30), 4 % — дефицит массы тела (ИМТ < 19).

После проведенной терапии у обследованных женщин средний уровень гемоглобина увеличился на 7 г/л (до лечения 96,6 г/л, после — 103,6 г/л), а количество эритроцитов выросло на $0,61 \times 10^9$ г/л (до — $3,07 \times 10^9$ г/л, после — $3,68 \times 10^9$ г/л), гематокрит — на 0,035 (до терапии — 0,285, после — 0,32). Уровень общего белка в биохимическом анализе крови в среднем увеличился на 1,0 г/л (до лечения 59,2 г/л, после — 60,2 г/л).

Прием комбинированного препарата, содержащего двухвалентное железо, отразился и на уровне среднего объема эритроцитов (83,7 фл и 86,65 фл), содержания гемоглобина в эритроцитах (27,1 пг и 28,6 пг), концентрации гемоглобина в эритроцитах (32,5 г/дл и 34,7 г/дл) до и после лечения соответственно.

После проведенного лечения 50 % женщин были переведены в родильное отделение для родоразрешения при доношенной беременности (срок гестации 259–280 дней). У 30 % в диагнозе присутствовало преждевременное излитие околоплодных вод, у 10 % — раннее излитие околоплодных вод, у 60 % — развилась регулярная родовая деятельность. У 40 % рожениц с инфекционными осложнениями во втором периоде родов проводилась эпизиотомия с целью предупреждения разрыва мягких тканей промежности. 30 % родов закончились операцией кесарево сечения в плановом порядке.

Согласно полученным нами данным, новорожденным, рожденным от матерей с инфекционной патологией и анемией, в раннем неонатальном периоде были установлены диагнозы: синдром угнетения ЦНС у 13 % детей и врожденная пневмония — у 39 %.

У обследованных нами женщин побочных эффектов во время приема комбинированного препарата (тогема), содержащего двухвалентное железо, не наблюдалось.

По нашему мнению эффект от проводимого лечения объясняется тем, что в состав использованного нами комбинированного антианемического препарата, наряду с двухвалентным железом входят медь и марганец. Известно, что железо, необходимо для синтеза гема, входящего в состав гемоглобина, миоглобина, флавопротеинов, комплексов железо-ферритин и железо-трансферрин, различных ферментов; участвует в ряде окислительно-восстановительных реакций, а медь и марганец относятся к микроэлементам и являются кофакторами некоторых ферментов. Всасывание микроэлементов проходит тем интенсивнее, чем больше дефицит железа в организме. Мы полагаем, что входящие в состав препарата медь и марганец потенцируют активацию ферментативного звена антиоксидантной защиты организма, препятствуя

свободнорадикальным реакциям и минимизируют процесс перекисного окисления липидов, что в свою очередь способствует улучшению всасывания железа с последующей реализацией его функций. Поэтому после приема препарата происходит постепенная регрессия клинических и лабораторных симптомов анемии и предотвращение возникновения инфекционных осложнений.

Выводы

1. Наличие в анамнезе экстрагенитальной и гинекологической патологии увеличивает риск развития анемии, которая в свою очередь повышает риск развития инфекционных осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

2. Применение препаратов двухвалентного железа обеспечивает быстрое восстановление показателей крови.

3. Коррекция анемии во время беременности обеспечивает нормальное течение гестационного процесса, минимизацию осложнений.

4. Осложнения инфекционного характера, возникающих во время беременности, приводит к увеличению частоты внутриутробного инфицирования плода.

5. Выбор препарата железа для лечения железодефицитной анемии должен производиться с учетом индивидуальных особенностей пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаенко, Е. В. Железодефицитная анемия: распространенность и факторы риска / Е. В. Гаенко // Лечащий врач. — 2013. — № 4. — С. 34–41.

2. Коноводова, Е. Н. Железодефицитные состояния: когда и кому назначать Тотему? / Е. Н. Коноводова // Поликлиника. — 2012. — № 5. — С. 1–5.

3. Профилактика и лечение железодефицитных состояний у беременных и родильниц / Е. Н. Коноводова [и др.] // Лечащий врач. — 2010. — № 3. — С. 16–20.

4. Харкевич, О. Н. Совершенствование медицинской помощи беременным женщинам / О. Н. Харкевич. — Минск: БГУ, 2001. — 186 с.

5. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — 3-е изд. — М.: Триада-Х, 2005. — 816 с.

УДК 616-002.5-036.22

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РАМКАХ МИРОВОГО СООБЩЕСТВА

Марченко Н. И.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Примерно одна треть населения Земли инфицирована микобактериями туберкулеза (МБТ). Ежегодно в мире заболевают туберкулезом 7,5–8,0 млн человек. От 15 до 20 млн больных туберкулезом (ТБ) легких выделяют МБТ. Умирают каждый год от ТБ приблизительно 1,5 млн человек. Приводят и такие сведения: каждые 4 с один человек заболевает ТБ и каждые 10 с 1 человек умирает от ТБ. Среди инфекционных заболеваний ТБ как причина смерти по-прежнему занимает одно из первых мест. В связи с этим ВОЗ в 1993 г. объявила ТБ проблемой номер один в мире [1].

Цель

Изучение и систематизация научных данных по проблеме распространенности ТБ в рамках мирового сообщества.

Материал и методы исследования

Обобщение результатов проведенных исследований, анализ научно-методической литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

В разных странах и регионах эпидемиологическая обстановка по ТБ различная. Судить о ней нередко трудно из-за неравноценности статистических данных, поступающих из разных

стран. Так как они во многом зависят от социально-экономического развития, уровня организации медицинской помощи и, как следствие этого, методов выявления больных, качества осмотра населения с применением этих методов, полноты регистрации. Так, например, выявление больных в США в основном производится за счет туберкулинодиагностики лиц, бывших в контакте с больным ТБ. В том случае, когда известно, что лицо, контактирующее ранее болело ТБ, применяются лучевые методы диагностики, а при наличии мокроты — ее исследование различными методами. В России и ряде бывших стран СССР выявление больных ТБ легких основано на массовых флюорографических обследованиях взрослого населения, туберкулинодиагностике у детей и подростков, микроскопическом исследовании мокроты. В Индии, африканских странах и ряде других государств, где отсутствует развитая система государственной медицинской помощи населению, выявление ТБ производят в основном за счет микроскопического исследования мокроты больных с соответствующими симптомами. Однако работа, проводимая ВОЗ, Международным союзом по борьбе с ТБ и болезнями легких, а также органами здравоохранения хотя и не дает анализа показателя заболеваемости в регионах и странах мира в разрезе методов выявления и наличия или отсутствия скрининга населения в ежегодных отчетах, но позволяет иметь представление об эпидемиологической ситуации по туберкулезу и ее особенностях [2].

ВОЗ разделила земной шар на шесть регионов с различными показателями заболеваемости (американские континенты, Европа, Восточное Средиземноморье, Западная часть Тихого океана, Юго-Восточная Азия и Африка). Задача снижения бремени ТБ к 2015 г. по всем трем целевым показателям (заболеваемость, распространенность, смертность) была достигнута в двух из шести регионах ВОЗ — Регионе стран Америки и Регионе Западной части Тихого океана [1].

В целом выявление новых случаев заболевания в мировом масштабе выглядит следующим образом: Индия и Китай — 40 % новых случаев, Африка — 24 % новых случаев, страны с высоким бременем ТБ — 82 %.

В Европейском регионе, к которому относится и наша республика, на 2014 г. наблюдается значительный разброс в уровнях заболеваемости ТБ: от 5 (Норвегия) до 198 (Таджикистан) новых случаев ТБ на 100 тыс. населения в год. Российская Федерация занимает 12-е место в перечне из 22 стран мира с самым высоким бременем ТБ.

Заболело 445 тыс. человек, умерло 66 тыс. больных, каждый час заболевает 51 человек, умирает 8 человек, средняя заболеваемость 50 на 100 тыс., Восточная Европа — 98 на 100 тыс.

Основными факторами, осложняющими течение, а также лечебные мероприятия по борьбе с ТБ, являются ВИЧ-инфекция и МЛУ-ТБ.

ВИЧ и ТБ представляют собой смертельное сочетание, компоненты которого ускоряют развитие друг друга. В 2013 г. около 360 тыс. человек умерли от ВИЧ-ассоциированного ТБ. Примерно 25 % случаев смерти среди людей с ВИЧ вызваны ТБ. По оценкам, в 2013 г. произошло 1,1 млн новых случаев заболевания ТБ среди ВИЧ-позитивных людей, 78 % которых имели место в Африке. ВОЗ рекомендует применять 12-компонентный подход к обеспечению комплексных услуг в отношении двойной инфекции ТБ-ВИЧ, включая действия для профилактики и лечения инфекции и болезни и для снижения смертности.

Основными мерами по сокращению бремени ВИЧ-инфекции у больных ТБ являются тестирование на ВИЧ и обеспечение АРТ и профилактической терапии ко-тримоксазолом (ПТК) для ВИЧ-инфицированных пациентов. Основными мерами по снижению ТБ у ВИЧ-инфицированных людей являются регулярный скрининг на ТБ у пациентов, наблюдающихся по поводу ВИЧ-инфекции и проведение профилактической терапии изониазидом (ПТИ) для пациентов, не имеющих активной формы ТБ, и удовлетворяющих соответствующим критериям (по оценкам, это 50 % новых пациентов, проходящих лечение ВИЧ-инфекции). В 2012 г. произошло дальнейшее упрочение прогресса в реализации мер по борьбе с ТБ/ВИЧ. В глобальных масштабах 46 % больных ТБ знали о своем ВИЧ-статусе (по сравнению с 40 % в 2011 г.). В регионе Африки, где самое высокое бремя ТБ/ВИЧ, 74 % больных ТБ знали о своем ВИЧ-статусе (по сравнению с 69 % в 2011 г.). Если взять 41 страну с самым высоким бременем ТБ/ВИЧ, то более 85 % больных ТБ знали свой ВИЧ статус в 15-ти странах, и более 90 % больных знали свой ВИЧ-статус в 7-ми из этих стран [1, 3, 4].

Согласно оценкам, во всем мире в 2013 г. МЛУ-ТБ был выявлен среди 3,5 % новых и 20,5 % ранее леченых случаев ТБ. Таким образом, в 2013 г. развитие МЛУ-ТБ было выявлено

примерно у 480 тыс. человек. В среднем, примерно у 9,0 % пациентов с МЛУ-ТБ был выявлен ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ). Последние имеющиеся данные о результатах лечения касаются пациентов, у которых лечение МЛУ-ТБ было начато в 2011 г. Показатель успешного лечения во всем мире составил 48 %. Высокие показатели успешного лечения на уровне более 70 % были достигнуты в пяти из 22 стран с высоким бременем МЛУ-ТБ: Эфиопии, Казахстане, Мьянме, Пакистане и Вьетнаме. Неприемлемо низкие показатели излечения объясняются слабостью систем здравоохранения, отсутствием эффективных схем лечения и другими проблемами, связанными с лечением. Кроме того, осуществление мер борьбы МЛУ-ТБ серьезно осложняется нехваткой финансирования. Для борьбы с эпидемией МЛУ-ТБ необходимы действия в пяти приоритетных областях: 1) высококачественное лечение лекарственно-чувствительного ТБ для предупреждения МЛУ-ТБ; 2) расширение использования методов экспресс-тестирования и выявления случаев МЛУ-ТБ; 3) обеспечение непосредственного доступа к качественной помощи; 4) инфекционный контроль; и 5) усиление политической поддержки, включая адекватное финансирование текущих мер, а также проведение научных исследований для разработки новых средств диагностики, лекарственных препаратов и схем лечения [1].

Выводы

Сегодняшняя ситуация, к которой пришел мир, выглядит таким образом. В период с 1990 по 2013 гг. уровень смертности от ТБ снизился примерно на 45 %, а показатель распространенности ТБ за этот же период снизился на 41 %. Тем не менее, ежегодно ТБ, по самым скромным оценкам, заболевают 8,8 млн. человек, 2–3 млн. умирают. Общая численность больных достигла 60 млн., из них почти 20 млн. имеют открытую форму ТБ. Эксперты ВОЗ прогнозируют, если эпидемию не взять под контроль, то к 2020 г. число тубинфицированных людей достигнет 2 млрд, из которых 150 млн. заболеют и 36 млн. — умрут.

ЛИТЕРАТУРА

1. Global tuberculosis report 2014. — WHO, 2014. — P. 1–5.
2. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 112–130.
3. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
4. *Зимина, В. Н.* Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых: руководство / В. Н. Зимина, В. А. Кошечкин, А. В. Кравченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 222 с.

УДК 616.002.5-07-058.86

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБЫ ДИАСКИНТЕСТ СРЕДИ ДЕТЕЙ В ГРУППАХ ВЫСОКОГО РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Мельченко О. Г.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

По распространенности туберкулеза и проблемам, связанным с этим заболеванием, Республика Беларусь занимает 6-е место среди 18-ти приоритетных по туберкулезу стран Европейского региона ВОЗ [1, 2, 3].

Развитие заболевания возможно только у инфицированного микобактериями человека. Как правило, попадание микобактерии в организм человека вызывает адекватный специфический иммунитет и не приводит к развитию заболевания. При этом первичное инфицирование в 90 % случаев протекает бессимптомно и заканчивается формированием «законсервированных» гранулем, содержащих неактивные формы микобактерий. Это состояние называется «латентная

туберкулезная инфекция» и проявляется только положительными туберкулиновыми пробами при отсутствии клинических и рентгенологических признаков активного туберкулеза.

При воздействии на организм человека определенных факторов, угнетающих противотуберкулезный иммунитет возможна эндогенная реактивация туберкулеза. Риск формирования активного туберкулеза из латентной туберкулезной инфекции составляет 10 % (5 % в первые 2 года после первичного инфицирования). Инфицированию микобактериями туберкулеза подвержены в первую очередь дети. Детский возраст является фактором риска развития туберкулеза. Особенно, если дети проживают рядом с бактериовыделителем. Такие дети наблюдаются в противотуберкулезных диспансерах как группа риска.

Уже более 100 лет для диагностики состояния инфицированности МБТ используют туберкулин. Но у туберкулиновой пробы низкая специфичность — положительная реакция может отмечаться за счет перекрестной сенсibilизации в результате вакцинации БЦЖ (*M. bovis BGG*) и инфицирования нетуберкулезными микобактериями (НТМБ), нельзя отличить активную туберкулезную инфекцию от перенесенного в прошлом туберкулеза.

В научно-исследовательском институте молекулярной медицины Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова был разработан препарат диаскинтест (ДСТ), который представляет собой рекомбинантный белок CPF10/ESAT6. Этот специфический компонент имеется только у активно размножающихся вирулентных микобактерий туберкулеза. Первые клинические испытания этого теста показали его высокую чувствительность и специфичность. В России он используется с 2009 г. У нас в стране его стали применять с 2014 г. [6, 7].

Диаскинтест имеет высокий профиль безопасности; высоко специфичен — не вызывает положительных реакций у здоровых и вакцинированных БЦЖ лиц, в отличие от туберкулина, часто вызывающего положительную реакцию в этих случаях [8]; высоко чувствителен — все пациенты с активным туберкулезом и инфицированные лица дают положительную реакцию на препарат [9, 10]; позволяет судить об активности процесса и контролировать эффективность терапии туберкулеза; у лиц (в том числе детей), излеченных от туберкулеза — реакции отрицательные [11, 12, 13].

В России он используется с 2009 г. У нас в стране его стали применять с 2014 г.

Цель

Оценить эффективность реакции Манту и ДСТ в формировании групп риска по заболеванию туберкулезом среди детей.

Материал и методы исследования

В детском фтизиатрическом отделении ГУЗ «Гомельская центральная поликлиника» филиал № 7 (бывший городской противотуберкулезный диспансер) за период с июня по декабрь 2014 г. были обследованы дети в возрасте от 1 года до 14 лет. В исследование были включены дети без признаков активного туберкулезного процесса в легких или других органах (IV и VI группы диспансерного учета), всего 380 человек. Средний возраст составил $8,36 \pm 3,53$ лет, из них мальчиков 192 (50,6 %), девочек 188 (49,4 %) (таблица 1).

Таблица 1 — Распределение детей по группам диспансерного учета

Группа диспансерного учета	Характеристика группы	Количество детей	Всего
IV группа	Контакт постоянный с человеком больным туберкулезом	145	172
IV группа	Контакт временный с человеком больным туберкулезом	27	
VI А группа	«Виразж» туберкулиновой пробы	39	173
VI Б группа	Нарастание чувствительности к туберкулину	115	
VI Б группа	Гиперергическая чувствительность к туберкулину	19	
VI Б группа	Поствакцинальная аллергия	35	35
ВСЕГО			380

Всем обследуемым была поставлена проба Манту с 2ТЕ ППД-Л, по общепринятой методике и был сделан тест, с препаратом ДСТ (внутрикожно введено 0,2 мкг в 0,1 мл). Оценку результатов проводили через 72 часа.

Результаты исследования и их обсуждение

После проведения туберкулинодиагностики установлено, в группе детей, находившихся во временном контакте с пациентом с туберкулезом, положительные реакции Манту наблюдались у 70,3 % детей (таблица 2). Примерно такие же результаты в группе детей из постоянного контакта (69,6 %).

Таблица 2 — Результаты реакции Манту и Диаскинтеста

Группа	n	Реакция Манту						Диаскинтест					
		отрицат.		сомнит.		положит.		отрицат.		сомнит.		положит.	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
IV группа (временный контакт)	27	5	18,6	3	11,1	19	70,3	27	100	—	—	—	—
IV группа (постоянный контакт)	145	21	14,6	23	15,8	101	69,6	119	82,0	4	2,7	22	15,3
Вираз	39	—	—	—	—	39	100	36	92,3	1	2,6	2	5,1
Нарастание	115	—	—	—	—	115	100	103	89,7	7	6,0	5	4,3
Гиперергия	19	—	—	—	—	19	100	12	63,2	1	5,2	6	31,6
ПВА	35	—	—	—	—	35	100	35	100	—	—	—	—
Всего	380	26	6,8	26	6,8	328	86,4	332	87,4	13	3,4	35	9,2

Иные результаты получены при оценке реакции на ДСТ: в группе детей из временного контакта все отрицательно реагировали на ДСТ. В группе детей, находившихся в постоянном контакте, 15,3 % положительно реагировали на ДСТ. У 2,7 % отмечена сомнительная реакция и у остальных 82 % — отрицательная.

Одно из условий постановки на учет в VI группу — положительная реакция Манту. Поэтому в таблице 2 отсутствуют другие результаты реакций на туберкулин.

Одинаково часто положительная реакция на ДСТ встречается у детей с виразом и нарастанием туберкулиновой чувствительности (5,1 и 4,3 % соответственно). А вот в группе детей с гиперергическими реакциями на туберкулин этот показатель достиг наивысшего результата — 31,6 %.

Учитывая механизм действия ДСТ, в группе детей с поствакцинальной аллергией ожидаемым результатом была отрицательная реакция на ДСТ у всех обследованных.

Всего, по нашим данным, на ДСТ реагируют (положительные и сомнительные реакции) в 7,4 раза меньше детей, чем на туберкулин (12,6 и 93,2 %; $p < 0,001$).

Отдельно изучили результаты обоих тестов у детей, положительно реагирующих на туберкулин (таблица 3).

Таблица 3 — Размеры положительных реакций

Группа	Реакция Манту				Диаскинтест			
	n	M ± σ	Me	Mo	n	M ± σ	Me	Mo
IV группа (временный контакт)	19	9,53 ± 1,9	9	—	0	—	—	—
IV группа (постоянный контакт)	101	10,37 ± 2,68	10	10	22	13,64 ± 4,02	13	—
Вираз	39	10,18 ± 2,23	10	10	2	18,5 ± 12,02	18,5	—
Нарастание	115	12,32 ± 2,34	2	10	5	13,0 ± 2,92	12	—
Гиперергия	19	14,42 ± 3,11	14	—	6	16,5 ± 2,35	15	15
ПВА	35	9,51 ± 1,9	10	10	0	—	—	—
Всего	328	10,93 ± 2,74	10	10	35	14,03 ± 4,3	14	—

Примечание. 8 детей из VI^б группы (гиперергическая чувствительность к туберкулину) на момент обследования прошли курс химиопрофилактики, что повлекло за собой снижение чувствительности к туберкулину.

Установлено, средний размер папулы при пробе Манту $10,93 \pm 2,74$ мм. При этом размер пробы с ДСТ составил $14,03 \pm 4,3$ мм (t -критерий = 4,29, $p < 0,05$). Таким образом, размеры папулы достоверно больше при пробе с ДСТ.

Размеры реакции Манту у детей из временного контакта и постоянного между собой достоверно не отличались ($9,53 \pm 1,9$ и $10,37 \pm 2,68$ мм; t -критерий = 1,60, $p > 0,05$). Дети из группы временного контакта не отреагировали на ДСТ (у всех реакции отрицательные). У детей из группы постоянного контакта размер пробы с ДСТ составил $13,64 \pm 4,02$ мм.

Результаты ДСТ у детей из группы «Виразж» нельзя сравнивать с другими, так как положительно отреагировали на ДСТ только 2 человека, размеры папул 10 и 27 мм).

Достоверно выше размеры папул при туберкулинодиагностике и ДСТ у детей с гипергигическими реакциями по сравнению с другими группами ($p < 0,05$).

Изучив давность инфицирования, по пробе Манту было установлено, что инфицированных детей более 2 лет насчитывается 155 детей в возрасте от 4 до 14 лет, что свидетельствует о высоком риске инфицирования детей в раннем возрасте.

Дети из IV и VI групп диспансерного учета имеют высокий риск развития туберкулеза. Формирование VI группы основано на результатах туберкулинодиагностики. Для предупреждения заболевания туберкулезом детям из этих групп проводят химиопрофилактику изониазидом в течение 6 месяцев. После проведения пробы ДСТ из VI группы нуждающимися в химиопрофилактике остались только 22 человека из 173 (12,7 %). Это дети с сомнительными и положительными реакциями на ДСТ.

Выводы

1. Положительные реакции на ДСТ чаще всего регистрируются в VI^б группе диспансерного учета у детей с гиперергической туберкулиновой чувствительностью (31,6 %). На втором месте по частоте — дети, находящиеся в постоянном контакте с туберкулезными пациентами (15,3 %).

2. У всех детей с поствакцинальной аллергией проба с ДСТ отрицательная. Диаскинтест не вызывает гиперчувствительности замедленного типа, связанной с вакцинацией и ревакцинацией БЦЖ. Таким образом, ДСТ позволяет четко проводить дифференциальную диагностику поствакцинальной и инфекционной аллергии.

3. При сравнении положительных реакций на ДСТ и туберкулин средний размер папулы на ДСТ составил $14,03 \pm 4,3$ мм, что достоверно больше реакции Манту — $10,93 \pm 2,74$ мм.

4. Применение диаскинтеста позволило сократить количество детей, нуждающихся в проведении химиопрофилактики изониазидом. После проведения пробы ДСТ из VI группы нуждающимися в химиопрофилактике остались только 22 человека из 173 (12,7 %). Это дети с сомнительными и положительными реакциями на ДСТ.

5. Необходимо накапливать материал по применению этого метода диагностики для дальнейшего изучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014 // Surveillance Report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2014.

2. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрягина [и др.]. // Туб. и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.

3. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Г. Л. Гуревич [и др.] // Туберкулез современного периода: материалы Междунар. науч.-практ. конф. «Современные медицинские технологии в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении пациентов с туберкулезом» (г. Минск, 7–8 июня 2012 г.) / ред. кол.: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.]. — Минск, 2012. — С. 19–26.

4. Аксенова, В. А. Инфицированность и заболеваемость туберкулезом детей как показатель общей эпидемиологической ситуации в России / В. А. Аксенова // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 1. — С. 6–9.

5. Styblo, K. K. Epidemiology of tuberculosis / K. K. Styblo // Tubercle. — 1983. — № 9 (37). — P. 346–351.

6. Возможность нового кожного теста диаскинтест. Диагностика туберкулезной инфекции у детей / Л. В. Слогодская [и др.] // Вопросы диагностики в педиатрии. — 2011. — Т. 3, № 2. — С. 19–25.

7. Выявление туберкулеза и тактика диспансерного наблюдения за лицами из групп риска по заболеванию туберкулеза с использованием препарата диаскинтест (аллерген туберкулезный рекомбинантный) / В. А. Аксенова [и др.]. // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 2. — С. 13–19.

8. Севастьянова, Т. А. Диаскинтест в диагностике локальных поствакцинальных осложнений на вакцины BCG и BCG-M / Т. А. Севастьянова, Ф. А. Батыров, В. А. Аксенова // Туберкулез и болезни легких. — 2009. — № 11. — С. 33–37.

9. Чувствительность нового кожного теста (диаскинтеста) при туберкулезной инфекции у детей и подростков / Е. С. Овсянкина [и др.]. // Туберкулез и болезни легких. — № 1. — 2010. — С. 16–17.

10. Слогодская, Л. В. Диаскинтест — новый метод выявления туберкулеза / Л. В. Слогодская, Я. А. Кочетков, А. В. Филипов // Туберкулез и болезни легких. — 2009. — № 11. — С. 176.

11. Мотанова, Л. Н. Опыт применения диаскинтеста на территории с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией // Л. Н. Мотанова, Г. Е. Коваленко, Ю. В. Папова // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — № 9. — С. 37–42.

12. Опыт применения нового кожного теста диаскинтеста для диагностики туберкулеза органов дыхания у детей и подростков в туберкулезном отделении / Е. С. Овсянкина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2010. — № 1. — С. 16–19.

13. Эффективность применения нового диагностического препарата «Диаскинтест» у детей для выявления и диагностики туберкулеза / В. И. Литвинов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2009. — № 4. — С. 19–23.

ВЛИЯНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ

Очаковский А. С.

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. М. Коломиец

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация**

Введение

Туберкулез и в XXI веке остается глобальной мировой проблемой, а эпидемическая ситуация в Союзном государстве РФ и РБ еще далека от прогнозируемой для стран Европейского региона ВОЗ [1, 2, 5]. При этом на фоне достижения стабилизации ситуации и эффективности лечения, как основного противоэпидемического мероприятия, остается явно ниже ожидаемой и возможной, с учетом внедрения новых препаратов и режимов этиотропной терапии [3]. В создавшихся условиях приоритетное значение приобретают противоэпидемические мероприятия в группах риска населения [4]. К ним относят традиционно больных отдельными заболеваниями (ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, хронические неспецифические заболевания легких, алкоголизм и другие), но в каждом регионе необходимо определять их приоритетность при проведении противоэпидемических мероприятий.

Цель

По результатам анализа эпидемической ситуации по туберкулезу (ЭС ТБ) выявить группы повышенного риска заболеваемости среди населения и значение одной из них — большие сопутствующими заболеваниями.

Материал и методы исследования

Изучена ЭС ТБ по результатам наблюдения населения региона в течение заключительного этапа реализации Федеральной целевой программы (ФЦП) «Предупреждение распространения туберкулеза». Исследована выборка 695 больных туберкулезом, поступивших в базовое профильное отделение для больных с сопутствующей патологией областного клинического противотуберкулезного диспансера в течение двух лет, преимущественно с впервые выявленным (586 больных), хроническим течением и с рецидивом (87), а также неактивным (22) туберкулезом легких. Из них проживают в городе 297 человек и 398 в сельской местности. Мужчин 537 человек и 158 женщин. Средний возраст больных 48 лет (от 18 до 99). Больные были обследованы с использованием общепринятых клинико-инструментальных методов, включая использование КТ-томографии высокого разрешения, молекулярно-генетических методов определения чувствительности возбудителя и диаскинтеста. При статистической обработке официальных данных использовали программу Biostat.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены основные показатели по туберкулезу (на 100 тыс. населения).

Таблица 1 — Основные показатели по туберкулезу (на 100 тыс. населения)

Регион	Заболеваемость					Рецидивы	Распространенность	Смертность
	всего	постоянное население	встали на учет	дети	подростки			
Россия	68,1	57,6	55,1	—	—	10,6	157,7	12,1
Центральный Федеральный округ	47,7	39,1	34,6	—	—	6,0	91,4	7,1
Курская область	53,3*	48,1	45,7	11,2	31,7	10,3	161,6	12,9
	51,9*	44,3	43,8	6,3	14,6	5,5	144,2	11,2

*Показатели за два последних года.

При анализе ЭС ТБ в Курской области возможно отметить, что в конце реализации ФЦП заболеваемость туберкулезом, только за последний год, снизилась на 3 % (с 53,3 до 51,9 на 100 тыс. населения) и значительно ниже федеральных показателей по Центральному Феде-

ральному округу (таблица 1). С момента же начала выполнения ФЦП (70,4 на 100 тыс. населения в 2009 г.) снижение составило 35,6 %. Особенно важно отметить, что заболеваемость бактериальными формами составила 23,5 сравнительно с 30,2 на 100 тыс. населения в предыдущие годы.

Доля лиц, находящихся в учреждениях федеральной службы исполнения наказаний (далее ФСИН), в структуре заболевших в 2013 г. составила 7,7 %. Иностранцы граждане 3,6 % и лица БОМЖ 1,7 %. Сельские жители составляют 59,4 % от всех впервые заболевших туберкулезом. Возможно констатировать, что на этом фоне отмечается снижение показателя заболеваемости туберкулезом при сочетании с ВИЧ-инфекцией среди постоянных жителей с 1,1 до 0,1 на 100 тыс. населения.

Как группы риска возможности заболевания и инфицирования туберкулезом рассматривались контингенты: работники сферы образования (ГР СО), лечебно-профилактических учреждений (ГР ЛПУ), жилищно-коммунального хозяйства (ГР ЖКХ), пищевой промышленности, торговли и общественного питания (ГР ПТО) и работники агропромышленного комплекса (ГР АПК). За последние 5 лет заболеваемость по вышеперечисленным группам риска составила в ГР ЖКХ — 58,8, ГР ПТО — 45,1 и ГР СО — 41,7. В условиях реформирования АПК регулярный эпизоотологический контроль утрачен, а с учетом новых форм хозяйствования неизвестны и контингенты животноводов.

Заболеваемость в ГР ЛПУ была различной: в ГР ЛПУ (для взрослых) — 90,1, в ГР ЛПУ (детские учреждения здравоохранения) — единичные случаи. Самой угрожаемой группой профессионального риска является ГР ЛПУ фтизиатрической службы, где заболеваемость хотя и снизилась с 830,5 до 465,1 на 100 тыс., но превышает среди всего населения региона в 10 раз.

Первичная заболеваемость всего населения по основным классам болезней в Курской области в 2011–2013 гг. (на 1000 населения соответствующего возраста) представлена в таблице 2.

Таблица 2 — Первичная заболеваемость всего населения по основным классам болезней в Курской области в 2011–2013 гг. (на 1000 населения соответствующего возраста)

Классы болезней МКБ-10	2011 г.	2012 г.	2013 г.	Темп прироста/убыли %
Всего впервые выявленные заболевания	641,7	610,15	590,8	-3,2
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	26,3	28,75	25,8	-10,26
Новообразования	10,21	10,5	10,44	-0,6
В том числе злокачественные	3,73	3,9	4,3	+10,25
Болезни крови и кроветворных органов, и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1,69	1,6	1,32	-17,5
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	8,3	8,4	8,6	+2,4
Психические расстройства и расстройства поведения	5,0	4,76	4,6	-3,4
Болезни нервной системы	13,2	13,7	13,0	-5,1
Болезни глаза и его придаточного аппарата	28,2	31,2	28,9	-7,4
Болезни уха и сосцевидного отростка	27,0	26,23	23,2	-11,6
Болезни системы кровообращения	16,3	15,12	20,0	+32,3
Болезни органов дыхания (включая грипп, ОРВИ)	288,65	266,6	265,3	-0,5
Болезни органов пищеварения	26,4	21,07	20,7	-1,8
Болезни кожи и подкожной клетчатки	30,2	32,1	29,5	-8,1
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	35,9	29,0	26,7	-7,9
Болезни мочеполовой системы	28,9	28,24	26,4	-6,5
Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	2,39	1,78	1,75	-1,7
Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	74,2	76,8	70,2	-8,6

Частота сопутствующих заболеваний при туберкулезе среди населения региона с целью выявления их значения как группы риска практически не анализировалась. По данным же статистической информации учреждений здравоохранения наиболее высокая заболеваемость — болезнями органов дыхания, кожи и подкожной клетчатки, инфекционными заболеваниями и болезнями глаз (таблица 2).

Среди наблюдаемых, преобладали больные диссеминированным туберкулезом легких — 272 (39,1 %); инфильтративный диагностирован у 180 (25,9 %), фиброзно-кавернозный туберкулез легких — у 55 (7,9 %) и казеозная пневмония — у 41 (5,9 %), в том числе у 2 (4,9 %) впервые выявленных.

В то же время из 695 наблюдаемых больных 570 (82 %) страдали другими сопутствующими заболеваниями, и, следовательно, возможно было предположить о снижении у них адаптивного иммунитета. Бронхит диагностирован у 180 (31,6 %) человек и ХОБЛ у 80 (14 %). При бронхоскопическом обследовании больных с неспецифическими заболеваниями легких на фоне туберкулеза, выявлены признаки воспалительной трансформации слизистой бронхов и рубцовые изменения в бронхиальном дереве, что требовало проведения неспецифической терапии и повышения экономических затрат.

Злоупотребление алкоголем, в том числе хроническую алкогольную интоксикацию различной степени, выявлено у 58 (10,2 %) больных. Среди них преобладали больные тяжелыми деструктивными формами туберкулеза при массивном бактериовыделении.

Болезни сердца и сосудов, прежде всего, артериальная гипертензия, выявлены у 49 (8,6 %), а ИБС страдали 27 (4,7%) больных. Нарушение гемодинамики у таких пациентов, подтвержденное данными инструментальных исследований, также требовало расширения объема медикаментозной терапии и создавало трудности проведения основного курса лечения с использованием препаратов не только резервного, но и основного ряда, при наличии лекарственной устойчивости МБТ. Хроническое легочное сердце, как осложнение туберкулеза, диагностировано у 16 (2,3%) больных с хроническим течением туберкулеза. К тому же следует учесть, что в конечном итоге из-за патологии сердечно-сосудистой системы у 14 (2,5 %) больных в процессе лечения отмечались острые нарушения мозгового кровообращения с развитием неотложных состояний.

Тугоухость и воспалительные изменения слухового аппарата выявлены у 44 (7,7 %) и 23 (4 %) больных соответственно. Патологии гастро-дуоденальной области имели место в 5,8 % случаев. Также у 27 (4,7 %) больных выявлен хронический гепатит, включая В и С, что способствовало и усугубляло влияние туберкулезной интоксикации на ферментативную, белоксинтетическую, коагуляционную и выделительную функции печени, вызывая снижение объемного кровотока в органе и замедление скорости элиминации лекарственных веществ. Изменения костно-суставной системы, в основном остеохондроз, выявлены у 25 (4,4 %) больных.

ВИЧ-инфицирование установлено у 29 (5,1 %) больных. Все страдающие ВИЧ-ассоциированным туберкулезом были бактериовыделителями и у 2/3 из них имели место деструктивные изменения в легких. Как ни странно, но одно из давно известных и относящихся к группе риска заболеваний — сахарный диабет — выявлен лишь у 22 (3,9 %) больных. При этом установлено, что у 10 из них эта патология выявлена одновременно с туберкулезом.

Выводы

На фоне стабилизации эпидемической ситуации, высокая частота сопутствующих заболеваний у больных туберкулезом требует формирования групп риска среди населения, с учетом приоритетности выявляемой патологии. Характер сопутствующих заболеваний при туберкулезе требует наблюдения сформированных групп риска не только фтизиатрами и врачами общей практики, но и врачами-специалистами различного профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гуревич, Г. Л. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Г. Л. Гуревич [и др.] // Туберкулез современного периода: матер. междунар. науч.-практ. конф. — Минск, 2012. — С. 19–26.
2. Коломиец, В. М. Современные оценки эпидемической ситуации по туберкулезу / В. М. Коломиец // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 200–201.
3. Нечаева, О. Б. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации / О. Б. Нечаева, Е. И. Скачкова, Д. А. Кучерявая // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — № 12. — С. 40–49.
4. Фтизиатрия. Национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
5. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. — 289 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf. — Дата доступа: 10.01.2014.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН**

Парталян В., Порошина Л. А., Полын И. В.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Одной из актуальных проблем в современном здравоохранении является пораженность вирусом папилломы человека (ВПЧ) лиц репродуктивного возраста. Инфицированность вирусом является одной из причин развития рака шейки матки (РШМ). При проведении массовых скрининговых исследований ВПЧ обнаруживается у 40–50 % сексуально активных мужчин и женщин. Исследования Международной ассоциации по биологическому изучению РШМ (IBSCC) показали, что ВПЧ, преимущественно 16 и 18 типов, содержится в 97 % образцов РШМ [1].

Вероятность заражения ВПЧ при половом контакте составляет 60–66% [2]. Частота инфицирования вирусом прямо пропорциональна числу половых партнеров: при наличии одного партнера ВПЧ выявляется у 17–21 % женщин, при наличии 5 и более партнеров — у 69–83 %. Не исключается генитально-оральный способ передачи ВПЧ, так как некоторые типы (6, 11 и 16) обнаруживаются в ротовой слизи, однако окончательно этот способ передачи не доказан [3, 4].

Вирусы папилломы человека (ВПЧ) принадлежат к роду *Papillomavirus*, семейству паповавирусов и являются мелкими, лишенными оболочки, ДНК-содержащими вирусами, которые поражают клетки кожи и слизистых оболочек. Вирус, попадая на кожу или слизистую оболочку (аногенитальной области, полости рта, конъюнктивы, пищевода, бронхов, мочевого пузыря), проникает в клетку: сначала в цитоплазму, а затем в ядро, где поражает генетический аппарат клетки хозяина [5].

Существует около 40 генотипов ВПЧ, которые поражают генитальный тракт человека, они подразделяются на 2 группы в зависимости от онкогенного потенциала: онкогенный высокого риска и низкого риска без онкогенных генотипов. Симптомы инфекции проявляются редко и, как правило, в виде аногенитальной кондиломы. Папилломавирусная инфекция может быть клинически выраженной, протекать субклинически или быть латентной. Наиболее часто ВПЧ-инфекция протекает субклинически, обычно на фоне различных гинекологических заболеваний, таких как вульвовагинит, псевдоэрозия шейки матки, эндоцервицит. Почти закономерно сочетание ВПЧ-инфекции с другими ИППП — сифилис, гонорея, хламидиоз, генитальный герпес, трихомоноз. Резкое снижение иммунитета, наблюдаемое при СПИДе, при лечении цитотоксическими препаратами, сопровождается реактивацией латентной папилломавирусной инфекции, что клинически проявляется в виде образования множественных папилломатозных разрастаний [6].

Может пройти до 10 лет от момента инфицирования до появления признаков тяжелой дисплазии шейки матки. Инвазивный рак в среднем регистрируется в возрасте 49 лет, когда возникают дополнительные изменения иммунитета, влекущие за собой инвазию и метастазирование. Процесс канцерогенеза (возникновения рака шейки матки) от инфицирования ВПЧ до возникновения рака шейки матки занимает от нескольких лет до десятилетий [5, 7].

Цель

Установить взаимосвязь между носительством вируса папилломы человека высокого онкогенного риска (ВПЧ ВР) и наличием видимых клинических проявлений в виде остроконечных кондилом и бородавок, а также других изменений наружных половых органов у женщин; определить сочетание ВПЧ-инфекции с другими ИППП.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов женского пола, проходивших обследование на наличие ИППП в УГОККВД за 2014 г. Всего было обработано 497 амбулаторных карт пациентов. Была проведена выборка в

246 амбулаторных карт пациентов, обследованных методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) на ВПЧ онкогенных штаммов, другие ИППП (хламидии, цитомегаловирус, микоплазмы, герпесвирус), также проводился посев отделяемого из уретры и цервикального канала для определения уреа- микоплазменной инфекции. Все пациенты оценивались по двум основным критериям: наличие/отсутствие ВПЧ ВР и наличие/отсутствие эрозий шейки матки. Пациенты, которые имели положительный анализ на ВПЧ ВР и (или) эрозии шейки матки дополнительно оценивались по ряду показателей: наличие жалоб, наличие сопутствующих ИППП, наличие изменений в мазке из уретры и цервикального канала.

Результаты исследования и их обсуждение

Был проведен ретроспективный анализ 246 амбулаторных карт пациентов, проходивших обследование на базе УГОККВД г. Гомеля за 2014 г.

Пациентам, обследуемым на ВПЧ ВР методом ПЦР, была проведена оценка по двум основным параметрам: наличие/отсутствие ВПЧ и наличие/отсутствие эрозий шейки матки или папилломатозных разрастания в ано- генитальной области. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты обследования на ВПЧ ВР и наличие/отсутствие эрозий шейки матки

Показатель	Количество пациентов, в абс. числах	Удельный вес, %
ВПЧ ВР +	76	30,89
ВПЧ ВР –	170	69,11
Эрозии +	194	78,87
Эрозии –	52	21,13

У 76 (30,89 %) обследованных пациенток были выявлены онкогенные штаммы ВПЧ. В свою очередь эрозии шейки матки наблюдались у 194 (78,87 %) пациенток, что говорит о распространенной гинекологической патологии среди женщин репродуктивного периода.

Для оценки взаимосвязи ВПЧ ВР и наличия эрозий шейки матки, пациенты были сгруппированы по соответствующему принципу, представленному в таблице 2.

Таблица 2 — Взаимосвязь между наличием ВПЧ онкогенных штаммов и наличием эрозий шейки матки

Признак	Количество обследованных пациенток, в абс. числах	Наличие эрозии шейки матки у пациенток	Наличие эрозии шейки матки, %
ВПЧ ВР +	76	56	73,68
ВПЧ ВР –	170	138	78,40

Сочетание ВПЧ онкогенных штаммов и эрозии шейки матки наблюдалось у 73,68 % пациентов. В свою очередь, при отрицательном анализе на ВПЧ ВР эрозии шейки матки также выявлялись у 78,40 % обследованных пациенток. Хотя, в целом из 246 обследованных пациенток, эрозии шейки матки выявлялись у 194 (78,87 %) пациенток, что в свою очередь не может подтвердить роль ВПЧ ВР в развитии эрозии шейки матки.

Среди жалоб преобладали жалобы на выделения, зуд либо жжение, болезненность в нижней трети живота, неприятные ощущения при половых актах; также была группа пациенток, которые не предъявляли никаких жалоб.

Наличия клинических проявлений в виде «кондилом», у обследованных нами женщин, обнаружено не было.

При исследовании результатов микроскопического исследования секрета из уретры и цервикального канала выявлялись преимущественно грамположительная и грамотрицательная флора, кандиды. В посевах у 212 (86,17 %) пациенток выделялась культура стафилококков.

Далее, была сделана выборка по принципу наличия ВПЧ ВР, в которой дополнительно оценивалось сочетание ВПЧ ВР и других ИППП (таблица 3).

У 61 (80,26 %) пациентки были выявлены те или иные инфекции, передающиеся половым путем в сочетании с ВПЧ ВР.

У 15 (19,74 %) пациенток из выборки, приведенной в данной работе, была выявлена лишь ВПЧ ВР.

Таблица 3 — Сочетание ВПЧ ВР-инфекции и ИППП

Инфекция	Количество положительных результатов, в абс. числах	Удельный вес, %
Ureaplasmaspp	25	32,91
Chlamidiatrachomatis	12	15,78
Candida	9	11,85
CMV	6	7,89
Micoplasmagenitalium	3	3,94
Micoplasmahominis	3	3,94
Neisseria gonorrhoea	2	2,64
HSV I–II	1	1,31
Отрицательный результат	15	19,74

Выводы

1. ВПЧ ВР распространенная инфекция, передающаяся преимущественно половым путем. Частота выделения составила 30,89 %. Также, у обследованной группы пациенток, наиболее частой гинекологической патологией являлись эрозии шейки матки (78,87 %) среди лиц репродуктивного возраста.

2. В результате проведенной нами работы мы не можем подтвердить роль ВПЧ ВР в развитии эрозий шейки матки. Сочетание ВПЧ онкогенных штаммов и эрозии шейки матки наблюдалось у 73,68 % пациентов. В свою очередь, при отрицательном анализе на ВПЧ ВР эрозии шейки матки также выявлялись у 78,40 % обследованных пациенток. Хотя, в целом из 246 обследованных пациенток, эрозии шейки матки выявлялись у 194 (78,87 %) пациенток.

3. Среди жалоб, предъявляемых нашими пациентками, преобладали: выделения, зуд либо жжение, болезненность в нижней трети живота, неприятные ощущения при половых актах; также была группа пациенток, которые не предъявляли никаких жалоб.

4. ВПЧ инфекция протекает в субклинических или латентных формах. Наличия клинических проявлений в виде «кондилом», у обследованных нами женщин, обнаружено не было.

5. При исследовании результатов микроскопического исследования секрета из уретры и цервикального канала выявлялись преимущественно грамположительная и грамотрицательная флора, кандиды. В посевах у 212 (86,17 %) пациенток выделялась культура стафилококков.

6. При исследовании сочетания ВПЧ ВР и других ИППП мы выявили: наиболее часто определялись уреоплазмы 25 (32,91 %), далее хламидии 12 (15,78 %), кандиды 9 (11,85 %), цитомегаловирус 6 (7,98 %); менее выделялись следующие инфекции-микоплазмы по 3 (3,94 %), нейсерии гонорея 2 (2,64 %), и вирус простого герпеса 1 (1,31 %). Также в результате нашего исследования была группа из 15 (19,74 %) женщин, среди которых была выявлена лишь ВПЧ инфекция.

ЛИТЕРАТУРА

1. Human papillomavirus / Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases // W. Atkinson [et al.]; eds. 10th rev. ed. — Washington, DC: Public Health Foundation. — 2008. — Chapter 10. — P. 283–294.
2. ZurHausen, H. Papillomaviruses in human cancers / H. ZurHausen // Proc. Assoc. Am. Physicians. — 1999. — Vol. 111. — P. 581–587.
3. Папилломавирусная инфекция — клиника, диагностика, лечение: пособие для врачей / В. А. Молочков [и др.]. — М., 2008. — 32 с.
4. Дмитриев, Г. А. Папилломавирусная инфекция / Г. А. Дмитриев, О. А. Биткина. — М.: Медицинская книга, 2006. — 80 с.
5. Давыдов, М. Современное состояние и проблемы онкологии / М. Давыдов, Л. Демидов, В. Поляков // Врач. — 2007. — № 13. — С. 3–7.
6. Роговская, С. И. Папилломавирусная инфекция у женщин: клинические особенности (в помощь практикующему врачу) / С. И. Роговская, В. Н. Прилепская // Проблемы репродукции. — 2006. — № 5. — С. 91–96.
7. Роговская, С. И. Папилломавирусная инфекция у женщин и патология шейки матки: рук-во для практикующего врача / С. И. Роговская. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 144 с.

**ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У МУЖЧИН:
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, СОЧЕТАНИЯ С ДРУГИМИ ИНФЕКЦИЯМИ,
ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

Порошина Л. А., Грунт К. И., Цитко Н. С.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Генитальная папилломавирусная инфекция (ПВИ) — одна из самых распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). По данным ВОЗ, ежегодно в мире диагностируется около 2,5–3 млн случаев папилломавирусной инфекции [1, 2]. Инфекция вызывается вирусом папилломы человека (ВПЧ, HPV) — ДНК-содержащий вирус из семейства *Papovaviridae*. ПВИ передается только от человека к человеку, основным путем заражения является половой путь, включая орально-генитальные контакты и анальный секс. Также встречаются бытовой путь передачи, когда имеет место нарушение целостности кожных покровов (ссадины, царапины), заражение ребенка при прохождении через родовые пути матери и самозаражение (аутоинокуляция), например, при бритье. При половом заражении ВПЧ-инфекция чаще всего приводит к развитию аногенитальных бородавок, классической формой которых являются остроконечные кондиломы. На сегодняшний день известно более 200 различных типов ВПЧ, из которых аногенитальные определяются в количестве 30 [3]. В настоящее время убедительно доказана связь ВПЧ с возникновением онкологических заболеваний, причем не только цервикальных и аногенитальных раков, но и плоскоклеточного рака гортани, предстательной железы, кожи [4] и др. Именно поэтому своевременному выявлению и лечению папилломавирусной инфекции уделяется столь пристальное внимание.

Цель

Установить взаимосвязь между носительством вируса папилломы человека высокого онкогенного риска и наличием видимых клинических проявлений в виде остроконечных кондилом и бородавок, а также других изменений наружных половых органов у мужчин; определить сочетание ВПЧ-инфекции с другими ИППП.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на основании ретроспективного анализа амбулаторных карт пациентов мужского пола, проходивших обследование на наличие ИППП в ГОККВД с января по август 2014 г. Всего было обработано 407 карт пациентов. Все пациенты оценивались по двум основным критериям: наличие/отсутствие ВПЧ и наличие/отсутствие видимых клинических проявлений в виде «кондилом». Под понятием «кондиломы» здесь и в дальнейшем имеются в виду остроконечные кондиломы, а также аногенитальные бородавки и любые папилломатозные разрастания на коже полового члена, лобка и перианальной области. Пациенты, имевшие положительный анализ на ВПЧ и (или) клинические проявления в виде «кондилом», были дополнительно оценены по ряду показателей: наличие жалоб, наличие сопутствующих ИППП, наличие изменений в мазке из уретры.

Результаты исследования и их обсуждение

Пациенты, сдававшие ПЦР-анализ на ВПЧ онкогенных штаммов, были оценены по двум основным параметрам: наличие/отсутствие ВПЧ и наличие/отсутствие «кондилом». Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Результаты обследования на ВПЧ и наличие/отсутствие «кондилом»

Показатель	Количество, чел.	Процент, %
ВПЧ +	52	12,77
ВПЧ –	355	87,23
Кондиломы +	27	6,64
Кондиломы –	380	93,36

Таким образом, у 87,23 % обследованных онкогенные штаммы ВПЧ не обнаружены. Это позволяет судить о распространенности ВПЧ онкогенных штаммов в популяции.

Чтобы возможно было оценить взаимосвязь ВПЧ онкогенных штаммов и наличия «кондилом», пациенты были перегруппированы по соответствующему принципу (таблица 2).

Таблица 2 — Взаимосвязь между наличием ВПЧ онкогенных штаммов и наличием клинических проявлений в виде «кондилом»

Признак	Количество обследованных, чел.	Наличие «кондилом», чел.	Наличие «кондилом», %
ВПЧ +	52	10	19,23
ВПЧ –	355	17	4,79

Таким образом, сочетание ВПЧ онкогенных штаммов и клинических проявлений в виде «кондилом» наблюдалось у 19,23 % пациентов. В свою очередь, при отрицательном анализе на ВПЧ «кондиломы» обнаружены лишь у 4,79 % обследованных.

Амбулаторные карты пациентов, имеющих положительный анализ на ВПЧ и (или) клинику «кондилом», были дополнительно исследованы по трем показателям: наличие жалоб, наличие других ИППП, наличие изменений в мазке из уретры.

Среди пациентов с ВПЧ+ жалобы предъявлял 21 (50 %) человек. Однако более половины из них (76,2 %) обращались за помощью с наличием неспецифических жалоб на поражение урогенитального тракта: слизистые или слизисто-гнойные выделения из уретры, боли, рези при мочеиспускании или во время полового акта. При их обследовании были выявлены другие ИППП, ВПЧ в таких случаях являлся случайной находкой.

В свою очередь, все пациенты с наличием «кондилом» предъявляли только жалобы на наличие поражения кожи полового члена, лобка или перианальной области. Во всех случаях это явилось причиной обращения к врачу.

Наличие у пациента ВПЧ онкогенных штаммов в более чем половине случаев сочеталось с наличием других ИППП (33 человека из 52, или 63,46 %). Наиболее часто встречались хламидийная инфекция — у 23 (44,23 %) человек, уреаплазмоз — у 5 (9,62 %), кандидоз был выявлен у 4 пациентов, по одному — микоплазменная инфекция и гонорея.

Выводы

1. ВПЧ-инфекция высокого онкогенного риска была диагностирована у 12,77 % обследованных мужчин. Большинство из них обращались по поводу сопутствующей патологии или с жалобами на наличие разрастаний на половых органах.

2. У пациентов с положительным анализом на онкогенные штаммы ВПЧ клинические проявления в виде папилломатозных разрастаний в аногенитальной области встречались чаще (19,23 %), чем у лиц, не имеющих ВПЧ онкогенных штаммов (4,79 %).

3. Более половины пациентов с ВПЧ (63,46 %) имели сочетанную патологию. Наиболее часто сочетание было с хламидийной инфекцией (44,23 % случаев).

ЛИТЕРАТУРА

1. ZurHausen, H. Papillomaviruses in human cancers / H. ZurHausen // Proc. Assoc. Am. Physicians. — 1999. — Vol. 111. — P. 581–587.
2. Папилломавирусная инфекция — клиника, диагностика, лечение: пособие для врачей / В. А. Молочков [и др.]. — М., 2008. — 32 с.
3. Дмитриев, Г. А. Папилломавирусная инфекция / Г. А. Дмитриев, О. А. Биткина. — М.: Медицинская книга, 2006. — 80 с.
4. Давыдов, М. Современное состояние и проблемы онкологии / М. Давыдов, Л. Демидов, В. Поляков // Врач. — 2007. — № 13. — С. 3–7.

УДК 616.53-002.25-053.5

ПРОЯВЛЕНИЕ ВУЛЬГАРНЫХ УГРЕЙ У ШКОЛЬНИКОВ

Приходько А. Н., Короткевич Д. В.

Научный руководитель: ассистент Л. А. Порошина

Учреждение образования
Гомельский государственный медицинский университет
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Вульгарными угрями страдают до 80–85 % людей в возрасте 12–25 лет. Значительный материальный и моральный ущерб для заболевших, большая длительность и недос-

таточность высокой эффективности имеющихся методик лечения занимают неотъемлемое место [1, 2].

Ранние проявления акне чаще всего начинаются в подростковом возрасте. Именно в этот период психика подростков нестабильна и подвержена действию различных факторов. Акне не представляет смертельной угрозы для жизни, но наличие угрей негативно отражается на межличностных отношениях школьников [1].

Известно, что угнетение личностной оценки у пациентов с акне заставляет их постоянно переживать острые и хронические стрессовые ситуации, которые приводят к вегетативным и эндокринным расстройствам, включая выброс стресс-гормонов андрогенов, которые стимулируют функцию сальных желез.

В настоящее время выделяют четыре степени акне: легкая, средняя, тяжелая и очень тяжелая степени. Легкая степень характеризуется наличием 0–5 папулезно-пустулезных элементов на одной половине лица. При наличии средней степени имеется 6–20 папулезно-пустулезных элементов на одной половине лица. Тяжелая степень включает в себя 21–50 папулезно-пустулезных элементов или же наличие единичных пролиферативных элементов (узлов). При очень тяжелой степени имеется более 50-ти папулезно-пустулезных элементов или же наличие множества пролиферативных элементов [2].

Цель

Определить наличие угревой болезни у учащихся 5–11 классов средней школы № 57 г. Гомеля. Оценить степень тяжести их течения в зависимости от возраста, пола и особенности образа жизни.

Материал и методы исследования

Анкетирование учащихся 5–11 классов средней школы № 57 г. Гомеля, осмотр их на наличие угревой сыпи, определение степени тяжести вульгарных угрей. В исследовании участвовало 287 школьников в возрасте от 10 до 17 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В ходе анкетирования и осмотра нами были получены следующие данные (таблица 1).

Таблица 1 — Наличие угревой болезни у учащихся 5–11 классов

Класс (возраст)	Девочки			Мальчики		
	с угрями	без угрей	общее количество	с угрями	без угрей	общее количество
5-й класс (10–11 лет)	0	25	25	0	18	18
6-й класс (11–12 лет)	7	15	22	2	16	18
7-й класс (12–13 лет)	9	11	20	2	15	17
8-й класс (13–14 лет)	8	15	23	5	11	16
9-й класс (14–15 лет)	7	15	22	5	14	19
10-й класс (15–16 лет)	6	19	25	5	11	16
11-й класс (16–17 лет)	17	7	24	10	12	22

Из таблицы 1 видим, что среди пятых классов не выявлено школьников с угревой сыпью. При осмотре 6 класса было выявлено, что 31,8 % девочек страдают угревой сыпью, среди мальчиков 11,1 % подвержены данной болезни. В 7 классе 9 девочек из 20 и 2 мальчика из 17 имели угри. При исследовании учеников 8 класса нами было обнаружено 34,7 % девочек и 31,3 % мальчиков с угрями. Среди учащихся 9 класса выявлено 7 девочек с угрями из 22 и 5 мальчиков из 19. В 10 классе было 6 из 25 девочек и 5 из 16 мальчиков с наличием угрей. Среди учеников одиннадцатого класса у 70,8 % учениц и 45,5 % учеников были проявления вульгарных угрей.

Таблица 2 — Количественная характеристика учеников в соответствии с наличием особенностей организма и образа жизни

Особенности организма и образа жизни	Наличие угрей	%	Отсутствие угрей	%
Наличие гастрита	15 (12 ср. ст., 2 т. ст.)	18	5	2,5
Наличие погрешностей в питании	83 (4 ср. ст.)	100	75	37
Присутствие частых стрессов	77 (8 ср. ст.)	93	48	24

Путем обработки данных анкетирования (таблица 2) была выявлена связь между несбалансированным питанием, наличием гастрита, присутствием частых стрессов и угревой болезнью. Так, у 15 школьников с вульгарными угрями имелся гастрит, причем у них отмечено 12 случаев вульгарных угрей средней степени тяжести и 2 случая — тяжелой. У школьников без высыпаний на коже лица, гастрит выявлялся лишь в 2,5 % случаев. Наличие погрешностей в питании выявлено у 100 % школьников с угревой сыпью и у 37 % детей со здоровой кожей. Среди школьников с присутствием частых стрессов, угри отмечены у 93 % человек, при этом 24 % человек, страдающих стрессом, угрей не имели.

Выводы

1. Первые признаки угревой болезни появляются в возрасте 11–12 лет.
2. У девочек школьного возраста угри встречались чаще, чем у мальчиков.
3. Отмечена связь возникновения угревой сыпи с наличием гастрита, погрешностями в питании, присутствием частых стрессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кошевенко, Ю. Н. Кожа человека: рук-во для врачей / Ю. Н. Кошевенко. — М.: Медицина, 2006. — Т. 1. — 385 с.
2. Адашкевич, В. П. Акнеи розацеа / В. П. Адашкевич. — СПб., 2000. — 130 с.

УДК 616.002.5-036.22(476)

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Радкевич А. Ф.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. В. Буйневич

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Туберкулез во всем мире сегодня представляет серьезную медико-социальную проблему. По данным экспертов ВОЗ подавляющее большинство бремени туберкулеза в Европейском регионе приходится на 18 высокоприоритетных стран (84 % заболеваемости, 85 % распространенности, 91 % смертности от туберкулеза, 90 % сочетанных инфекций туберкулез и ВИЧ, 99 % мультирезистентного туберкулеза). По уровню заболеваемости с учетом рецидивов Республика Беларусь в 2013 г. была на 6-м месте в этом списке [1].

О распространенности туберкулеза принято судить на основании анализа ряда показателей: заболеваемости, болезненности, смертности [2, 3].

Цель

Изучение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Республике Беларусь.

Материал и методы исследования

Анализ научно-методической литературы, обобщение материалов.

Результаты исследования и их обсуждение

В разных странах и регионах эпидемиологическая обстановка по туберкулезу различная и во многом зависит от социально-экономического уровня страны, культурного уровня населения, доступностью медицинской помощи, организации мероприятий по выявлению и профилактике туберкулеза.

В Республике Беларусь действует четкая система организации противотуберкулезных мероприятий, сформировавшаяся несколько десятков лет назад. Но, к сожалению, туберкулез продолжает оставаться распространенным заболеванием, наносящим значительный ущерб здоровью населения и экономике страны.

В 90-годы прошлого века нестабильная ситуация в экономике страны, снижение жизненного уровня людей, появление безработных и бомжей, Чернобыльская катастрофа, рост алкоголизма, преступности и ряд других факторов не могли не сказаться на эпидемиологии

туберкулеза. К 1995 г. заболеваемость по сравнению с 1991 г. увеличилась на 42,5 % и составила 43,9 на 100 тыс. населения, а в 1997 г. достигла 52,8. Крайне неблагоприятная обстановка сложилась в Гомельской области, где уровень заболеваемости достиг 77,7 на 100 тыс. Смертность в эти годы составляла 4,6–6,9 на 100 тыс., с тенденцией к росту [4].

Учитывая актуальность проблемы, в 2000 г. была утверждена первая Государственная программа «Туберкулез» на 2000–2002 гг. Вторая программа действовала в течение 2005–2009 гг. Результатом стало внедрение в практику основных компонентов стратегии DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course — лечение коротким курсом под непосредственным наблюдением), что позволило улучшить эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу [4, 5].

А уже с 2005 по 2012 гг. наметилась положительная динамика эпидемиологических показателей: уровень заболеваемости снизился на 22,4 %, а уровень смертности — на 43,8 % (в 2005 г. этот показатель достиг 12,1 на 100 тыс.). В 2014 г. заболеваемость туберкулезом в республике составила 33,8 на 100 тыс. населения, смертность — 4,6 на 100 тыс. На протяжении многих лет самые плохие показатели в Гомельской области: заболеваемость — 46,8 на 100 тыс., смертность — 6,2 [4].

В 2010–2014 гг. в рамках третьей Государственной программы «Туберкулез» началось наступление на МЛУ-ТБ. Дополнительно к государственному финансированию в республику были привлечены финансовые ресурсы Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией [5].

В настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь характеризуется как стабильная и контролируемая. Но при этом сохраняется высокий уровень распространенности туберкулеза, наблюдается рост количества случаев мультирезистентного (МЛУ-ТБ) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

По распространенности МЛУ-ТБ РБ занимает одно из первых мест в Европейском регионе. За последние 5 лет количество пациентов с МЛУ-ТБ возросло в 4 раза, а количество случаев туберкулеза с широчайшей лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) — в 10 раз. В 2014 г. удельный вес случаев множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) среди вновь выявленных пациентов составил 32,7 %, а среди ранее леченых пациентов — 76,6 %, показатель широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) — 1,7 и 16,5 % соответственно. Показатель МЛУ-ТБ немаловажен, т. к. из-за развития устойчивости микобактерий к лекарственным препаратам, увеличивается показатель смертности от туберкулеза, а также МЛУ относится к одним из факторов, способствующих распространению данного заболевания [5].

Негативное влияние на эпидемиологию туберкулеза в Республике Беларусь оказывает проблема сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Отмечается ежегодный рост численности контингентов этой патологии. Удельный вес ТБ пациентов среди заболевших туберкулезом в 2005 г. составил 2,6 %, в 2010 г. — 6,1 %, в 2012 г. — 7,0 %. Ситуация с ТБ/ВИЧ в Беларуси подчеркивает общее неблагоприятное положение с этой инфекцией в Европе и мире. Так в мире насчитывается более 6 млн. инфицированных туберкулезом и ВИЧ одновременно [6].

В Республике Беларусь 01.01.2015 г. кумулятивное число ВИЧ-ассоциированного туберкулеза достигло 2680 человек. При этом подавляющее большинство пациентов проживают в Гомельской области. В 2014 г. среди 299 пациентов ТБ/ВИЧ 108 были из Гомельской области [7].

На фоне распространения МЛУ-ТБ и ВИЧ-ТБ сильно возрос риск инфицирования медицинских работников в ходе выполнения профессиональных обязанностей. Заболеваемость медицинских работников всех отраслей здравоохранения подвержена значительным колебаниям, однако уровень заболеваемости среди медицинских работников несколько снизился в 2012 г. в сравнении с 2011 г.: в 2011 г. выявлено 14 случаев, в 2012 г. — 12 случаев. По данным 2012 г. лидирующей среди областей по заболеваемости туберкулезом среди медицинских работников является Гродненская область — 5 случаев, затем Минская область — 4 случая, Могилевская — 1 случай, Гомельская — 1 случай. В Беларуси туберкулез встречается среди медицинских работников чаще в несколько раз, по сравнению с другими заболеваниями [4, 7].

Одной из групп с высоким риском инфицирования составляют люди, находящиеся в пенитенциарных учреждениях. Современная неблагоприятная эпидемическая ситуация по ту-

беркулезу в РБ, как и во многих странах, характеризуется высокими показателями распространения данной инфекции в пенитенциарных учреждениях. За последние несколько лет удалось снизить уровень заболеваемости туберкулезом спецконтингента на 39,3 %, хотя он остается высоким, а именно: в 2008 г. — 409,3, в 2009 г. — 279,2, в 2010 г. — 250,4, в 2011 г. — 249,6, в 2012 г. — 248,3 на 100 тыс. населения. За период с 2008–2012 гг. показатель болезненности туберкулезом в ПУ всеми формами снизился на 37,9 % и составил все 921,4 на 100 тыс. населения, а в 2008 г. он был равен 1483,3 на 100 тыс. населения. Таким образом, распространенность туберкулеза в пенитенциарных учреждениях в несколько раз выше, чем в целом в республике [4].

Выводы

Туберкулез продолжает оставаться актуальной проблемой в медицине в Республике Беларусь, однако проанализировав эпидемиологические данные, можно проследить тенденцию к снижению распространения, заболеваемости, а также смертности от туберкулеза. Необходимо дальше разрабатывать методики по предупреждению распространения данной инфекции, лечению и профилактике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014 // Surveillance Report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2014.
2. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 112–130.
3. Туберкулез: патогенез, защита, контроль / под ред. Б. Р. Блума; пер. с англ. М. А. Карачунского. — М.: Медицина, 2002. — 678 с.
4. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Г. Л. Гуревич [и др.] // Туберкулез современного периода: материалы Междунар. науч.-практ. конф. «Современные медицинские технологии в диагностике, лечении и диспансерном наблюдении пациентов с туберкулезом» (г. Минск, 7–8 июня 2012 года) / ред. кол.: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.]. — Минск, 2012. — С. 19–26.
5. Эффективные пути решения проблемы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Беларусь / Е. М. Скрягина [и др.] // Туб. и болезни легких. — 2014. — № 3. — С. 18–23.
6. Global tuberculosis report 2014 // WHO, 2014. — Р. 1–5.
7. Современные аспекты туберкулеза в республике Беларусь / Г. Л. Гуревич [и др.] // ВИЧ-ассоциированный туберкулез: Материалы междунар. науч.-практ. конф. «ВИЧ-ассоциированный туберкулез: эпидемиологические, клинические и социальные аспекты» (г. Гродно, 29–30 октября 2015 года) / ред. кол.: Г. Л. Гуревич (председатель) [и др.]. — Гродно, 2015. — С. 18–20.

УДК 616.036

ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНА IL28B У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ЮГО-ВОСТОЧНОГО РЕГИОНА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Савостин А. П., Шуляк Ж. В.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Е. И. Михайлова

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

На сегодняшний день одной из актуальных проблем современной медицины является хронический гепатит С (ХГС). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) заболеваемость составляет 130–150 млн. человек. Несмотря на многочисленные исследования, некоторые аспекты данного заболевания остаются по-прежнему не до конца изученными. Например, до сих пор остается неясным, почему вирус гепатита С (HCV) в одних случаях поддается терапии и элиминируется из организма, а в других случаях приводит к торпидному течению и завершается развитием цирроза печени [1].

Общепринятым методом терапии пациентов с ХГС в настоящее время является комбинированная терапия пегилированным интерфероном альфа и рибавирином (PegIFN/RBV) [2]. Индивидуальный подход к лечению, своевременная профилактика и коррекция нежелательных явлений повышают эффективность лечения, однако почти в 40 % случаев противовирусная терапия оказывается неэффективной. Предполагают, что одной из причин такого исхода являются неблагоприятные генотипы пациентов гена интерлейкин 28В (IL28В), которые определяют низкую чувствительность иммунной системы пациента к стимуляции интерфероном. Прогностически неблагоприятными генотипами, не позволяющими достичь ответа на противовирусную терапию, являются СТ и ТТ по сравнению с СС в локусе rs12979860 и TG и GG относительно ТТ в локусе rs8099917 [3, 4].

Цель

Изучить особенности генетического полиморфизма гена IL28В в участках rs12979860 и rs8099917 у пациентов с ХГС, проживающих в юго-восточном регионе Республики Беларусь (РБ).

Материал и методы исследования

В исследование вошли 28 пациентов с хроническим гепатитом С. Качественное и количественное определение РНК HCV, а также выявление полиморфизма единичных нуклеотидов в локусах rs8099917 и rs12979860 гена IL28В осуществлялось с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Аналитическая чувствительность количественной ПЦР при определении РНК HCV составляла не менее 15 МЕ/мл.

Статистическую обработку результатов исследования проводили в операционной среде «Windows-XP» с использованием пакета прикладных программ «MedCalc», Бельгия. Статистически значимыми считали различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Установлено, что в полиморфизме rs12979860 генотип СТ встречался в 50 % случаев, ТТ — в 25 % случаев, СС — в 25 % случаев. Неблагоприятные варианты генотипа (СТ и ТТ), отвечающие за сниженный ответ на интерферонотерапию, встречались в 75 % случаев, а благоприятные — 25 % случаев. В полиморфизме rs8099917 генотип TG имел место в 33,3 % случаев, GG — в 8,4 % случаев, ТТ — в 58,3 % случаев. Неблагоприятные варианты генотипа (TG, GG) обнаруживались в 41,7 % случаев, благоприятные варианты генотипа (ТТ) — в 58,3 % случаев. Различий в частоте встречаемости благоприятных и неблагоприятных генотипов при сравнении полиморфизмов rs12979860 и rs8099917 не установлено ($p = 0,21$).

Благоприятный генотип СС в полиморфизме rs12979860 гена IL28В ассоциирован с высокой вирусной нагрузкой, соответствующей $> 800\,000$ МЕ/мл ($\tau = -0,41$; $p = 0,048$). Благоприятный генотип ТТ в полиморфизме rs8099917 гена IL28В ассоциирован не только с высокой вирусной нагрузкой ($\tau = -0,48$; $p = 0,02$), но и более высоким уровнем аланинаминотрансферазы, что соответствует более высокой активности воспалительного процесса в печени ($\tau = 0,52$; $p = 0,01$).

При сравнении частот встречаемости генотипов СС, СТ и ТТ в полиморфизме rs12979860 у пациентов с ХГС, проживающих в юго-восточном регионе РБ, и 642 европеоидов, страдающих тем же заболеванием и участвовавших в исследовании J. Grebely с соавт. [5], достоверных статистических отличий не выявлено (25 %, $p = 0,080$; 50 %, $p = 0,556$; 25 %, $p = 0,069$, соответственно). Полученные результаты по встречаемости генотипов ТТ, TG и GG в полиморфизме rs8099917 у пациентов с ХГС в юго-восточном регионе РБ не имеют достоверных статистических отличий от данных по обследованию 226 лиц европеоидной расы с той же патологией, представленных в базе GenBank [National Center for Biotechnology Information, USA; http://www.ncbi.nlm.nih.gov/projects/SNP/snp_ref.cgi?rs=8099917] (58,3 %, $p = 0,326$; 24,8 %, $p = 0,504$; 2,7 %, $p = 0,307$, соответственно).

Выводы

Частота встречаемости благоприятных и неблагоприятных генотипов в полиморфизмах rs12979860 и rs8099917 гена IL28В у пациентов с ХГС, проживающих в юго-восточном регионе РБ, не имела достоверных статистических различий. Генетический полиморфизм гена IL28В в участках rs12979860 и rs8099917 у изучаемой группы пациентов соответствовал та-

ковому у европеоидов, страдающих той же патологией. Благоприятные генотипы в обоих полиморфизмах были ассоциированы с более тяжелым поражением печени у больных хроническим гепатитом С.

ЛИТЕРАТУРА

1. Viral hepatitis: new data on hepatitis C infection / E. Szabo [et al.] // Pathol. Oncol. Res. — 2003. — № 9. — P. 215–221.
2. Абдурахманов, Д. Т. Перспективы в лечении хронического гепатита С / Д. Т. Абдурахманов // Клиническая гепатология. — 2010. — № 3. — С. 3–9.
3. Полиморфизм гена ИЛ-28В как предиктор ответа на противовирусную терапию хронического гепатита С / Т. В. Симанкова [и др.] // Клин. фармакол. тер. — 2012. — № 21 (1). — С. 17–22.
4. Diagnosis, management and treatment of hepatitis C: An update / G. G. Marc [et al.] // Hepatology. — 2009. — Vol. 49. — P. 1335–1374.
5. Potential role for Interleukin-28B genotype in treatment decision-making in recent hepatitis C virus infection / J. Grebely [et al.] // Hepatology — 2010. — Vol. 52. — P. 1216–1224.

УДК 616.36-002-036.12-036.8

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С

Свенцицкая А. Л.

Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хронический вирусный гепатит С (ХВГС) является одной из актуальных проблем современного здравоохранения в связи с широкой распространенностью, высокой частотой формирования цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы [6]. Согласно последним данным, основанным на скрининговых исследованиях, которые проводились в различных странах, около 200 млн больных страдают от ХВГС, а количество инфицированных вирусом гепатита С (НСV) достигает 500 млн человек.

Осложнения ХВГС в виде трансформации этого заболевания в цирроз печени или гепатоцеллюлярную карциному обуславливают актуальность этой проблемы, а ранняя инвалидность и высокая смертность данной категории больных свидетельствуют о его медицинском и социальном значении [6].

Общепринято в качестве критериев тяжести течения заболеваний и эффективности лечения пациентов использовать данные клинического и параклинического исследования. В современной медицине понятие «качество жизни» (КЖ) логически связано с известным определением здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и трактуется как «качество жизни, связанное со здоровьем». Сам термин «качество жизни» ВОЗ определяет как «восприятие индивидами их положения в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [3].

Изучение КЖ у больных ХВГС позволяет оценивать результативность конкретного вида лечения не только с позиций врача, но и с позиций пациента, что принципиально важно, так как их взгляды часто не совпадают. Повышение показателей КЖ является стратегической задачей лечения больных с ХВГС.

Одним из широко используемых общих опросников является краткая форма Medical Outcomes Study Short Form (SF-36), разработанная J.E. Ware с соавт. в 1988 г. [1].

Опросник был нормирован для общей популяции США и репрезентативных выборок в Австралии, Франции, Италии. В США и странах Европы были проведены исследования отдельных популяций и получены результаты по нормам для здорового населения и для групп больных с различными хроническими заболеваниями (с выделением групп по полу и возрасту) [2].

Опросник «SF-36 health status survey» — состоит из 11 разделов, результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на лучшее КЖ.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ [5]. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

Количественно оцениваются следующие показатели:

1. General Health (GH) — общее состояние здоровья — оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения.

2. Physical Functioning (PF) — физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т. п.).

3. Role-Physical (RP) — влияние физического состояния на ролевое функционирование (работу, выполнение будничной деятельности).

4. Role-Emotional (RE) — влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т. п.).

5. Social Functioning (SF) — социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение).

6. Bodily Pain (BP) — интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома.

7. Vitality (VT) — жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным).

8. Mental Health (MH) — самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

Исследование КЖ в соответствии с требованиями научного управления клинической практикой является обязательным этапом любого клинического исследования, основанного на принципах доказательной медицины.

Цель

Оценить качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС, находящихся на лечении в Гомельской областной инфекционной больнице; сравнить результаты исследования у мужчин и женщин.

Материал и методы исследования

В ходе исследования была составлена программа сбора статистического материала, которая включала вопросы согласно поставленным задачам, данные были сгруппированы (по полу, возрасту и диагнозу), обработаны и сведены в статистические таблицы, были вычислены статистические критерии (экстенсивный показатель, среднее арифметическое взвешенное, среднее квадратичное отклонение, коэффициент вариации, медиана, параметрический показатель t-Стьюдента), результаты были представлены графически, был осуществлен их анализ, сделаны выводы.

Было проведено обследование 40 больных ХГС (20 мужчин (средний возраст — $43,5 \pm 3,0$ года) и 20 женщин (средний возраст — $53,0 \pm 3,2$ года) в возрасте от 22 до 84 лет (средний возраст $48,0 \pm 3,3$ лет), находившихся на лечении и диспансерном наблюдении в Гомельской областной инфекционной больнице, в период с ноября 2014 г. по апрель 2015 г. ($p < 0,05$).

Диагноз ХГС устанавливали на основании клинико-эпидемиологических, биохимических, серологических (маркеры инфицирования HCV — HCV Ab, HCV Ab IgM, HCV Ab NS3-5, HCV Ab IgG методом иммуноферментного анализа), вирусологических (определение РНК HCV методом полимеразной цепной реакции (ПЦР)). Диагноз цирроз печени устанавливали на основе клинической картины декомпенсации, а также инструментальных (ультразвуковое исследование печени) данных. У всех пациентов отсутствовали в крови маркеры гепатитов А и D. Были также исключены другие диффузные заболевания печени.

Таким образом, у 32 (80 %) пациентов (из них — 17 (42,5 %) женщин, 15 (37,5 %) мужчин) из общего количества исследуемых был выставлен диагноз ХВГС, у 8 (20 %) пациентов — ХВГС, цирроз печени.

Качество жизни исследовалось с помощью адаптированного русифицированного специализированного опросника «SF-36v2™ Health Status Survey». Был проведен теоретический анализ и обобщение данных научно-методической литературы. Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA).

Результаты исследования и их обсуждение

По многим шкалам опросника уровень качества жизни женской группы оказался сниженным по сравнению с уровнем качества жизни у мужчин. Так, у женщин, RP (ролевое функционирование) и RE (эмоциональное функционирование) ниже более чем в 2 раза, и составляет $24,0 \pm 7,6$ и $23,4 \pm 5,2$ соответственно. Самым низким показателем КЖ группы мужчин стала социальная активность (SF) — $46,0 \pm 1,0$. Наиболее высоким показателем КЖ у женщин оказалась физическая активность (PF) — $78,0 \pm 5,4$.

Таблица 1 — Качество жизни у пациентов, страдающих ХВГС

Показатели шкалы SF-36	ХВГС n = 40 (в баллах)	ХВГС (у женщин) n = 20 (в баллах)	ХВГС (у мужчин) n = 20 (в баллах)
GH — общее восприятие здоровья	$50,6 \pm 2,8$	$46,0 \pm 4,0^{**}$	$55,5 \pm 3,4$
PF — физическая активность	$66,4 \pm 4,1$	$78,0 \pm 5,4^*$	$55,0 \pm 6,0$
RP — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности	$39,0 \pm 6,7$	$24,0 \pm 7,6^*$	$55,0 \pm 9,9$
RE — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности	$41,0 \pm 6,6$	$23,4 \pm 5,2^{**}$	$58,6 \pm 8,0$
SF — социальная активность	$41,3 \pm 2,1$	$35,7 \pm 3,2^{**}$	$46,0 \pm 1,0$
BP — физическая боль	$63,2 \pm 3,8$	$55,0 \pm 4,2^*$	$71,0 \pm 5,1$
VT — жизнеспособность	$49,3 \pm 3,9$	$40,0 \pm 4,9^{**}$	$59,0 \pm 5,1$
MH — психическое здоровье	$53,5 \pm 3,4$	$48,0 \pm 4,4^{**}$	$61,6 \pm 4,5$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (по сравнению с мужчинами).

Качество жизни у пациентов с ХВГС в исследуемых группах было существенно снижено в преобладающем числе случаев по шкалам опросника SF-36. У данной группы пациентов резко уменьшаются физическая и социальная активность, падает эмоциональный статус, значительно понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья. Опросник SF-36 оказался высокочувствительным инструментом для анализа снижения качества жизни у пациентов, страдающих ХВГС, и позволил количественно оценить различные его компоненты по 8 шкалам.

Выводы

Опросник «SF-36 health status survey» позволяет комплексно оценить качество жизни (в том числе социальные и психологические нарушения).

Результаты исследования показали, что качество жизни у пациентов с ХВГС резко снижено, проявляясь нарушением как физических, так и психоэмоциональных возможностей, причем у женщин наиболее снижен показатель эмоционального функционирования. Эмоциональная сфера личности всегда являлась предметом пристального внимания психологов. В ситуации угрозы, опасности, обиды происходят изменения в эмоциональной сфере личности, что является предпосылкой развития стрессовых реакций, следствием которых являются тревожность, невротичность, депрессия [4]. Среди обычного населения, вероятность возникновения депрессии у женщин в два раза выше, чем у мужчин. Депрессия, как одно из проявлений эмоционального функционирования, является серьезным заболеванием, которое может стать жизнеугрожающим и полностью изменить жизнь человека. Также, влияние оказывает тот факт, что средний возраст женщин больше, чем у мужчин, и составляет $53 \pm 3,2$ (у мужчин средний возраст — $43,5 \pm 3,0$).

У мужчин, в свою очередь, снижена физическая активность, по сравнению с женщинами, и составляет $55,0 \pm 6,0$ (у женщин — $78,0 \pm 5,4$). Вероятно, на данный показатель могут влиять вредные привычки (курение и употребление алкоголя), которые наиболее распространены у мужской группы населения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. — Boston, Mass, 1994. — 8 p.
2. Бримкулов, Н. Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни / Н. Н. Бримкулов, Н. Ю. Сенкевич, А. Д. Калиева // Центральноеазиатский медицинский журнал. — 1998. — № 4–5. — С. 236–241.
3. Всемирный Интернет-портал [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — 2015. — Режим доступа: <http://apps.who.int>. — Дата доступа: 13.10.2015.
4. Ковалев, Ю. В. Депрессия, клинический аспект / Ю. В. Ковалев, О. Н. Золотухина. — М.: Медицинская книга, 2001. — 144 с.
5. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС: Звездный мир, 2002. — 320 с.
6. Соринсон, С. Н. Вирусные гепатиты / С.Н. Соринсон. — СПб., 1997.

УДК 616-002.5:615.2

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА НА ЖИДКИХ И ПЛОТНЫХ ПИТАТЕЛЬНЫХ СРЕДАХ

Свидерский Д. В., Евтихов А. С., Дашкевич А. А.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *В. Н. Бондаренко*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Развитие лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) — грозная реальность современной эпидемиологической ситуации по этому заболеванию. Первые сигналы о неблагополучии появились в конце 60-х годов [3, 4]. Тогда эта устойчивость не превышала 3,5 % и не вызывала большой тревоги. Через 15–20 лет более 20 % выделяемых штаммов МБТ оказались устойчивыми к одному или нескольким противотуберкулезным препаратам [1].

Классические методы выявления МБТ и определения их лекарственной устойчивости во многом перестают удовлетворять запросы практического здравоохранения, прежде всего из-за длительности их определения (в течение 1–3 месяцев). Такие длительные сроки получения результатов бактериологических анализов задерживают постановку диагноза и назначения адекватной терапии, что осложняет состояние больного и является существенной проблемой.

В настоящее время серьезную альтернативу классическим методам выявления МБТ и определения чувствительности на плотных средах представляет автоматизированный бульонный метод ВАСТЕС MGIT 960. Определение МБТ и их лекарственной устойчивости с его помощью представляет собой автоматизированный вариант метода пропорций и позволяет значительно сократить сроки исследований (до 21 дня). Согласно этой методике размножающаяся микробная популяция активно поглощает кислород, высвобождая флюоресцентный компонент, который начинает светиться в ультрафиолетовом излучении. Эта новая технология позволяет проводить постоянный мониторинг уровня флюоресценции, который зависит от выраженности бактериального роста. Результаты роста культуры и определения чувствительности учитываются автоматически и выдаются в распечатке[2].

Цель

Сравнение чувствительности методов определения лекарственной устойчивости (ТЛЧ) микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам первого ряда (изониазид, рифампицин, этамбутол, стрептомицин) на жидких средах в системе ВАСТЕС MGIT 960 и плотной питательной среде Левенштейна — Йенсена.

Материал и методы исследования

В ходе проведения исследования были проанализированы результаты бактериологического исследования у 214 пациентов с подтвержденным диагнозом туберкулеза легких, по результатам бактериологической лаборатории УГОТКБ в 2013–2015 гг. Среди обследован-

ных число впервые выявленных пациентов составило 124 (57,9 %), тогда как больных с рецидивами было 56 (26,2 %), с хроническими формами заболевания — 34 (15,9 %).

Образцы мокроты обрабатывали согласно рекомендациям для посева на жидкие питательные среды. Мокроту деконтаминировали с помощью NALC-NaOH, центрифугировали при 3000 об/мин в течение 20 мин., после чего супернатант удаляли, а осадок ресуспендировали в 1–1,5 мл фосфатного буфера. Полученную взвесь использовали для приготовления мазка с окрашиванием по Цилю — Нильсену, посева на жидкие питательные среды в автоматизированную систему и среду Левенштейна — Йенсена. Бактериоскопию и учет ее результатов проводили согласно рекомендациям ВОЗ. Культуры МБТ выращивали на жидких средах в системе ВАСТЕС MGIT 960 с определением ТЛЧ к препаратам 1 ряда согласно рекомендациям производителей. Лекарственную устойчивость МБТ к препаратам 1 ряда на твердой питательной среде определяли методом абсолютных концентраций.

Результаты исследования представлены в виде $M \pm \sigma$, результаты считали достоверно значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Был проведен анализ результатов бактериологического исследования мокроты 214 пациентов, которым МБТ в мокроте определяли несколькими методами: бактериоскопически, методом посева на среду Левенштейна — Йенсена и на ВАСТЕС MGIT 960. Их результаты по бактериоскопическому исследованию мокроты и данные посевов на твердые и жидкие питательные среды с определением устойчивости МБТ к препаратам 1 ряда включались в научный и статистический анализ по определению частоты совпадения результатов. Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Сравнительный анализ выявляемости МБТ на различных питательных средах

Число обследованных пациентов	Среда Левенштейна — Йенсена (плотная)		Средн. срок роста МБТ (дни)	ВАСТЕС MGIT 960 (жидкая среда)		Средн. срок роста МБТ (дни)	P
	из них МБТ +			из них МБТ +			
	абс.	%		абс.	%		
214	121	56,5	26,4±5,8	150	69,6	13,7 ± 1,9	p < 0,05

Статистическая обработка данных показала, что по частоте получения положительных результатов посевов между двумя исследованными методами была обнаружена достоверная статистическая разница ($p < 0,05$). Помимо этого была получена высоко достоверная разница и в сроках детекции МБТ на плотной среде Левенштейна — Йенсена (средний срок детекции составил $26,4 \pm 5,8$ дней) и на жидкой среде (средний срок детекции составил всего $13,7 \pm 1,9$ дней) ($p < 0,001$). То есть, выявляемость микобактерий на жидкой среде была в 1,5 раза выше, чем на плотной среде, при этом отмечалось достоверное сокращение сроков исследований (в среднем в 2 раза).

На следующем этапе была изучена частота совпадения результатов определения ТЛЧ на плотных и жидких средах, результаты которых представлены в таблице 2.

Таблица 2 — Результаты постановки теста на лекарственную чувствительность к препаратам первого ряда на жидких и плотных питательных средах

Препараты	Жидкая среда			Плотная среда (Левенштейн — Йенсена)			% совпадения	P
	кол-во исслед. культур	устойчивость		кол-во исслед. культур	устойчивость			
		абс.	%		абс.	%		
Стрептомицин	121	119	98,3	121	118	97,1	98,7	> 0,05
Изониазид	121	44	36,6	121	44	36,6	100	> 0,05
Этамбутол	121	39	32,5	121	38	31,3	96,2	> 0,05
Рифампицин	121	53	43,6	121	53	43,6	100	> 0,05

Согласно данным таблицы 2, самый низкий процент устойчивости из исследуемых препаратов первого ряда определялся у этамбутола: на жидкой среде устойчивость была выявлена в 39 (32,5 %) исследованиях, а на плотной среде — в 38 (31,3 %). По остальным препа-

ратам результаты устойчивости были одинаково высокие как на плотных, так и на жидких средах. Процент совпадения ТЛЧ на жидкой и твердой питательных средах составляет для изониазида и рифампицина 100 %, а для стрептомицина и этамбутола — 98,7 и 96,2 % соответственно. При статистической обработке в сравниваемых методах существенной разницы выявлено не было ($p > 0,05$), что дало основание считать полученные результаты определения лекарственной устойчивости к препаратам первого ряда на плотных и жидких питательных средах сопоставимыми.

Выводы

При определении лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к препаратам первого ряда на жидких и плотных средах не было выявлено достоверной разницы ($p > 0,05$) в сравниваемых результатах.

Выявляемость МБТ в автоматизированных системах составила 69,6 % против 56,5 % на среде Левенштейна — Йенсена, при этом отмечалось достоверное сокращение сроков исследований (в среднем в 2,0 раза).

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев, Ф. Ф. Молекулярно-генетические и бактериологические методы диагностики *M. tuberculosis* с множественной лекарственной устойчивостью / Ф. Ф. Агаев, К. А. Алиев, Н. А. Салимова // Туберкулез и болезни легких. — 2009. — № 9. — С. 32–35.
2. Борило, В. Н. Ускоренное определение чувствительности *Mycobacterium tuberculosis* к основным противотуберкулезным препаратам в системе «ВАСТЕС MGIT 960» и на биочипах «ТБ-БИОЧИП» / В. Н. Борило, А. В. Кузьмин, Л. Н. Черноусова // Туберкулез и болезни легких. — 2009. — № 11. — С. 56–60.
3. Использование автоматизированной системы ВАСТЕС MGIT 960 в диагностике лекарственной устойчивости к резервным препаратам в г. Самара / Я. М. Балабанова [и др.] // Туберкулез и болезни легких. — 2009. — № 9. — С. 63–70.
4. Ускоренная культуральная диагностика туберкулеза с использованием автоматизированных систем ВАСТЕС MGIT 960 и MB/ВАСТ / О. А. Иртуганова [и др.] // Пробл. туб. — 2002. — № 1. — С. 58–62.

УДК 616.995.122-07

ВОЗРАСТНАЯ СТРУКТУРА И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Сергеенко Е. В.

Научный руководитель: д.м.н. Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Стрептококковая инфекция остается в числе наиболее острых проблем здравоохранения во всех странах, что определяется широким распространением стрептококков группы А и огромным социально-экономическим ущербом, наносимым данной патологией [1]. До настоящего времени сохраняются очаги скарлатины в детских дошкольных учреждениях. В этих случаях имеет место несвоевременная диагностика различных форм стрептококковой инфекции, что приводит к длительной циркуляции стрептококка группы А в коллективе, следовательно, продолжительной вспышке стрептококковой инфекции. Проводимые в настоящее время противоэпидемические мероприятия в очагах стрептококковой инфекции нередко оказываются малоэффективными [2].

Цель

Изучение структуры пациентов со скарлатиной по полу, возрасту и сравнение гематологических изменений при этом заболевании у детей различного возраста.

Материал и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 45 медицинских карт пациентов с диагнозом скарлатина, находящихся на лечении в период с 30 марта 2012 г. по 25 марта 2014 г. Гомельской

областной инфекционной клинической больнице. Девочек регистрировалось 19 (42,2 %) и мальчиков — 26 (57,8 %); возраст колеблется от 2 до 15 лет (средний — $4,9 \pm 0,035$). При сравнении изменений показателей общего анализа крови использовались методы непараметрической статистики: критерий χ^2 для сравнения частот в квадратах 2×2 . Статистической значимой считалась 95 % вероятность различий.

Результаты исследования и их обсуждение

По возрасту, пациенты разделены на 2 группы следующим образом: 1 группа пациенты в возрасте 2–5 лет — 31 (68,9 %) человек, 2 группа пациенты старше 6–15 лет — 14 (31,1 %) человек. Однако, по литературным данным, наибольшая пораженность скарлатиной наблюдается в возрасте 4–8 лет. 36 (80 %) пациентов были городскими жителями, 9 (20 %) — сельскими. Длительность пребывания в стационаре составляла от 1 до 15 дней в обеих группах.

При сравнении учитывались данные общего анализа крови (ОАК), полученных в начале стационарного лечения. В первой возрастной группе (от 2 до 5 лет) наблюдалось понижение гемоглобина ниже возрастной нормы у 9 (29 %), 5 девочек и 4 мальчиков) детей. Во 2-й группе (пациенты школьного возраста — от 6 лет и старше) имели понижение гемоглобина ниже возрастной нормы только у 6 (4,3 %), (2 девочки и 4 мальчика) пациентов, что статистически значимо реже, чем в первой группе ($\chi^2 = 0,569$, $p > 0,05$).

У 25 (80,6 %) (12 девочек и 13 мальчиков) детей первой группы регистрировался лейкоцитоз, а повышенное содержание лейкоцитов было у 8 (57,1 %) (3 девочки и 5 мальчиков) детей второй группы ($\chi^2 = 1,28$, $p > 0,05$).

В 1-й группе выявлено повышение СОЭ у 29 (93,5 %) (11 девочек и 18 мальчиков) детей. Во 2-й группе повышение СОЭ наблюдалось только у 7 (50 %) (3 девочки и 4 мальчика) детей ($\chi^2 = 2,978$, $p < 0,001$).

В обеих исследуемых группах среднее значение остальных показателей общего анализа крови находилось в допустимых границах физиологической нормы и не имело отличий.

Выводы

Среди госпитализированных пациентов со скарлатиной преобладали (68,9 %) дети дошкольного возраста (от 2 до 5 лет). В этой же группе детей чаще встречались анемия (29 %), лейкоцитоз (80,6 %) и повышение СОЭ (93,5 %, $p < 0,001$), чем у детей школьного возраста (старше 6 лет) — 4,3, 57,1 и 50 % соответственно. Выявленные изменения свидетельствует о большей тяжести скарлатины у детей дошкольного возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брико, Н. И. Продукция эритрогенного токсина и эпидемический процесс респираторной стрептококковой инфекции / Н. И. Брико // Журнал микробиологии эпидемиологии и иммунологии. — 1995. — № 2. — С. 34–39.
2. Дергачев, В. С. Ангина. Клиника, диагностика и алгоритм лечебных мероприятий. Выбор местной антибактериальной терапии / В. С. Дергачев // Российский медицинский журнал. — 1998. — № 3. — С. 4–8.

УДК 616.995.122-07

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПИСТОРХОЗА

Сидора Т. И.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Заболеемость описторхозом в Гомельской области остается высокой без тенденции к снижению с 2007 г. и превышает республиканские показатели в 3,3–7,75 раза. Диагноз подтверждался обнаружением яиц описторхисов копроовоскопическим и серологическим методами [1]. В клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений в большинстве используют малоэффективные методы копроовоскопии, которые не выявляют

инвазии низкой интенсивности [2]. В единичных случаях диагноз устанавливался по данным анамнеза и специфической клиники.

Цель

Оценка эффективности серологических и копроовоскопических методов диагностики описторхоза на базе Гомельской областной инфекционной клинической больницы.

Материал и методы исследования

Проведен анализ эффективности диагностических методов в постановке клинического диагноза у 15 стационарных пациентов (ф.003/у) с 2004 по 2015 гг. При статистическом анализе использовался пакет «Excel» 2010 с параметрическим анализом.

Результаты исследования и их обсуждение

Среди пациентов с диагнозом «описторхоз» заболевших с острым течением заболевания было 8 (53,3 %) человек, хроническая форма — 7 (46,7 %) человек. Большинство пациентов выявлены при прохождении медицинских обследований для трудоустройства на предприятия общественного питания, остальные обратились за медицинской помощью самостоятельно. Женщин зарегистрировано 7 (46,7 %) и мужчин — 8 (53,3 %); возраст колебался от 12 до 59 лет (средний — $40,86 \pm 3,98$). Два пациента (13,3%) не обследовались с помощью серологического метода исследования, 1 (6,7 %) — копроовоскопическим методом.

При копроовоскопическом исследовании описторхоз подтвержден у 1 из 5 серопозитивных лиц, т. е. 20 % от всех серопозитивных лиц.

Отсутствие яиц описторхисов при наличии специфических антител частично можно объяснить давность заражения, небольшим количеством паразитов, недостаточной эффективностью копроовоскопического обследования. Нельзя забывать и о возможных ложноположительных реакциях у части обследованных. Ложноположительные результаты в иммуноферментном анализе с описторхозным антигеном связаны с наличием у описторхисов антигенных детерминант, общих с некоторыми другими гельминтами (эхинококк, фасциолы, дикроцелии и др.), другими микроорганизмами и собственными антигенами хозяина [3].

Среди пациентов с острым течением описторхоза (8 (53,3 %)) только у 1 (12,5 %) пациента при проведении метода иммуноферментного анализа были обнаружены специфические иммуноглобулины классов М и G; у 5 (62,5 %) пациентов были обнаружены яйца описторхисов копроовоскопическим методом; у 4 (50 %) пациентов в общем анализе крови выявлены признаки воспаления (лейкоциты более $12,4 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы более 14 %, СОЭ — более 10 мм/ч).

При серологическом обследовании сыворотки крови на 14-й день болезни антитела к антигенам описторхисов не обнаруживались и только на 33-й день болезни были выявлен антитела класса М в титре 1:200 и класса Gв титре 1:1600, что и подтверждает диагноз острый описторхоз [1]. Следовательно, малое количество серопозитивных пациентов по результатам данного исследования не является доказательством, что иммуноферментный анализ не информативен для ранней фазы описторхоза

Для пациентов с хроническим описторхозом (7 (46,7 %)) характерны были следующие отклонения от нормы данных лабораторной диагностики: 4 (57,14 %) серопозитивных пациента, среди них были обнаружены в кале яйца описторхисов у 1 пациента с умеренной эозинофилией в 6 %, у одного — обнаружены яйца описторхиса и признаки воспаления в общем анализе крови (СОЭ 28 мм/ч, эозинофилы 15 %); у всех пациентов определили увеличение СОЭ ($20,69 \pm 3,12$ мм/ч) и эозинофилию ($13,54 \pm 2,68$ %).

Выводы

При остром описторхозе целесообразно делать акцент на иммуноферментный анализ с дву-троекратным повторением. При хроническом описторхозе — необходимо проводить и копроовоскопические методы диагностики и иммуноферментный анализ сыворотки крови: из 7 пациентов у 4 (57,14 %) были обнаружены специфические иммуноглобулины классов М и G. На территории г. Гомеля и Гомельской области, как местности со средним и низким уровнем инвазированности населения описторхисами, целесообразно использовать комплекс методов, включающий дву-троекратное исследование сыворотки крови на наличие специфических иммуноглобулинов к антигенам описторхисов и исследование кала возможными для лаборатории лечебно-профилактического учреждения копроовоскопическими методами. Данные мероприятия позволят повысить качество диагностики описторхозной инвазии и, как следствие, ускорит выздоровление пациентов при назначении правильной этиологической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Красавцев, Е. Л. Клинико-эпидемиологическая характеристика описторхоза в Гомельской области / Е. Л. Красавцев, В. М. Мишура // Проблемы здоровья и экологии. — 2014. — № 4(42). — С. 72–75.
2. Гузеева, Т. М. Состояние заболеваемости паразитарными болезнями в Российской Федерации в условиях реорганизации службы / Т. М. Гузеева // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. — 2008. — № 1. — С. 3–11.
3. Серологические методы лабораторной диагностики паразитарных заболеваний. МУ 3.2.1173-02. — М.: Минздрав России, 2003.

УДК 616.983

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ МОЧЕПОЛОВЫХ ПУТЕЙ

Тихно С. В., Бернацкая В. В.

Научный руководитель: *Л. А. Порошина*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Хламидиоз — инфекционное заболевание, передающееся половым путем, вызываемое хламидиями (*Chlamydia trachomatis*), сопровождающееся стертой клинической симптоматикой, изначальной склонностью к хроническому течению, вызывающее в ряде случаев патологии течения беременности, снижение репродуктивной функции у мужчин и женщин [1]. Каждый год в мире хламидиозом выявляется около 90 млн случаев заболевания, а число инфицированных хламидиями людей на всем земном шаре по самым скромным подсчетам достигает 1 млрд. Частота встречаемости урогенитального хламидиоза составляет примерно 70 %. Если при этом учесть, что только по официальной статистике, например, в России регистрируется более 500 тыс. больных с хламидийной инфекцией, то следует признать, что эпидемиологическая обстановка по этим возбудителям группы инфекций, передающиеся половым путем (ИППП) крайне неблагоприятна [2]. Клинические проявления инфекции непосредственно после инкубационного периода развиваются лишь у 20–30 % пациентов. Но, даже в этих случаях, симптоматика часто носит стертый характер и не имеет, в отличие от свежей острой гонореи, своего «клинического лица». Поэтому, достаточно часто пациенты обращаются за помощью уже на стадии развития осложнений (простатиты, везикулиты и орхиты у мужчин, хронические воспалительные заболевания органов малого таза у женщин). Следует отметить, что примерно 30–40 % всех пациентов с хламидиозом, на момент обращения, уже имеют вышеуказанные осложнения, которые нередко диагностируются впервые. В связи с этим, особое значение приобретают латентные и асимптомные формы хламидиоза, со всеми вытекающими из этого проблемами — своевременной диагностикой, организацией обследования групп риска, разработкой и внедрением единых программ консультирования и т. д. [2]. Заражение происходит при половом контакте, редко — бытовым путем (З. А. Плиева, 2000; R. S. Morion, G. R. Kinghom, 1999). Основными методами диагностики являются полимеразная цепная реакция (ПЦР), реакция иммунофлюоресценции (РИФ) и иммуноферментный анализ (ИФА).

Цель

Изучить особенности клинических проявлений хламидийной инфекции мочеполового тракта (МПТ) у мужчин и женщин, находящихся на стационарном лечении в Гомельском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере (ГОККВД), а также сочетание с другими ИППП.

Материал и методы исследования

Материалами для исследования послужили истории болезни пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГОККВД, страдающим урогенитальным хламидиозом, проживающих в Гомеле и Гомельской области. Использовались истории болезни за период с сентября 2014 по октябрь 2015 гг. Возраст пациентов варьировался от 17 до 44 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

На основе проведенного нами анализа историй болезни пациентов было выявлено 35 человек с хламидийной инфекцией МПТ, среди которых 27 (77,14 %) мужчин и 8 (22,8 %) женщин, в возрасте от 17 до 44 лет, преимущественно жителей Гомеля и Гомельской области, за период с сентября 2014 по октябрь 2015 гг. Все они обратились в ГОККВД самостоятельно, среди них с основным диагнозом «хламидийная инфекция МПТ» у 15 пациентов, у остальных 20 пациентов — сопутствующим заболеванием, и была выявлена случайно при обследовании на ИППП, а основными диагнозами являлись: гонококковая инфекция — у 19 пациентов, и вторичный сифилис — у 1 пациента. Частое сочетание с гонореей в нашем исследовании является результатом особой выборки. Так как исследование проводилось в дерматовенерологическом отделении, где в основном проходят лечение пациенты с венерическими заболеваниями. Многие из них находились на лечении по поводу гонореи.

Среди сопутствующих инфекций были выявлены следующие: кандидоз, уреоплазмоз, вирус папилломы человека (ВПЧ), микоплазмоз, сифилис, гонорея (таблица 1). У 11 пациентов была отмечена хламидийная моноинфекция МПТ, у остальных же отмечалось 2 и более инфекции. В качестве клинических проявлений были зарегистрированы: эрозия шейки матки, уретрит, аднексит, цервицит, вагинит (таблица 2).

Таблица 1 — Сопутствующие ИППП

Сопутствующие инфекции	Количество пациентов в абсолютных числах	Доля в %
Гонорея	19	40
Кандидоз	4	8
Уреоплазмоз	7	15
ВПЧ	14	29
Микоплазмоз	3	6
Сифилис	1	2

Таблица 2 — Клинические проявления

Клинические проявления	Количество пациентов в абсолютных числах	Доля в %
Вагинит	2	14
Эрозия шейки матки	3	22
Уретрит	4	29
Аднексит	2	14
Цервицит	3	21

При вычислении среднего возраста, были получены следующие цифры: женщины — 21,3 года, мужчины — 25,6 лет, а средний возраст всех исследуемых составил 24,6 года.

Одним из параметров являлась также профессия обследуемого. Так 7 человек профессию не указали, двое не имели работы, 4 являлись студентами, 22 человека были рабочими.

При изучении кон-frontаций выявлено следующее: 11 человек имеют постоянного полового партнера, у 4 из них была отмечена случайная связь, 24 человека постоянного полового партнера не имеют и за последние несколько месяцев дают 2 и более половые связи.

При поступлении жалобы у пациентов, где основным диагнозом была хламидийная инфекция, были неспецифическими и неярко выраженными: боль, зуд и жжение при мочеиспускании. У тех же, у кого ведущим диагнозом была гонорея симптомы были иные: неприятные ощущения и выделения — все эти жалобы соответствуют классическим клиническим картинам данных заболеваний.

В среднем все пациенты пребывали в стационаре около 13 дней.

Интересно было выявить такую закономерность: в мазках при чистой хламидийной инфекции значительно увеличены клетки эпителия, однако лейкоциты низкие, при гонорее же лейкоциты повышены, но, ввиду того, что гонорея в данных случаях сопутствует хламидиозу, клетки эпителия в этих мазках ниже, чем при чистой хламидийной инфекции.

Выводы

1. Хламидийная инфекция МПТ выявляется чаще у лиц молодого возраста, не имеющих постоянного полового партнера.

2. Жалобы у пациентов с хламидийной инфекцией уrogenитального тракта неспецифичны. Основными жалобами являлись зуд и жжение при мочеиспускании.

3. Часто хламидийная инфекция сочетается с другими ИППП (68,6 %).

На основе вышеизложенных данных можно сделать вывод, что ИППП чаще выявляется в молодом возрасте у мужчин. Также высока доля ИППП у людей среднего и низкого достатка, а также у тех, кто ведет беспорядочную половую жизнь.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козин, В. М. Кожные и венерические болезни / В. М. Козин, В. П. Адашкевич. — Минск: Медицинская литература, 2006. — 672 с.
2. Халдин, А. А. Урогенитальные инфекции, передаваемые половым путем, и заболевания репродуктивной системы: эпидемиология, клиника, терапия / А. А. Халдин, О. В. Чистик // Лечащий врач. — 2014. — С. 2.
3. Чеботарев, В. В. Дискуссионные вопросы урогенитальных инфекций / В. В. Чеботарев // Российский журнал кожных и венерические болезни. — 2002. — № 1. — С. 53–59.

УДК 616.53-002.282

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА, АССОЦИИРОВАННОЙ С ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Трубилина О. С.

Научный руководитель: к.м.н., ассистент *Ю. Е. Харяхордина*

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация

Введение

Розацеа — хроническое рецидивирующее заболевание, поражающее кожу лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся сложным патогенезом [1]. Среди дерматологических диагнозов это заболевание составляет около 5 % и стоит на 7-м месте по частоте среди кожной патологии. По данным Национального общества розацеа США, этому дерматозу подвержены почти 10 % населения США [2, 3].

Различным патогенетическим механизмам розацеа и изучению роли сопутствующей соматической патологии в развитии заболевания посвящены многочисленные работы отечественных и зарубежных ученых. На современном этапе роль в развитии розацеа придается ряду экзогенных и эндогенных факторов: сосудистая патология, наличие *Demodex folliculorum* (Df), нейроэндокринная патология, генетическая предрасположенность, патология иммунной системы, заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), ассоциированные с *Helicobacter pylori* (Hр). Hр индуцирует выработку вазоактивных пептидов, способных вызывать «приливы» на коже лица и таким образом отягощает течение розацеа [4]. По данным A. Rebori, F. Drago, (1994) Hр обнаруживают у 84 % пациентов с *acne rosacea*. Поэтому необходимо рассматривать поражение гастродуоденальной зоны, ассоциированной хеликобактерной инфекцией как один из самых важных звеньев патогенеза дерматоза [5].

В настоящее время проводимая монотерапия розацеа, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией, не приводит к улучшению течения заболевания, а лишь оказывает временный эффект [6]. Для уменьшения тяжести клинических проявлений розацеа и достижения стойкой ремиссии необходимо назначение эрадикационной терапии. Таким образом розацеа, ассоциированная хеликобактерной инфекцией, требует соответствующей диагностики и лечения.

Цель

Оценить эффективность эрадикационной терапии у больных розацеа, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе Курского областного кожно-венерологического диспансера (КОККВД) и современной лаборатории ПЦР-диагностики «Новые медицинские технологии» совместно с кафедрой внутренних болезней № 2.

В исследовании приняли участие 50 человек обоего пола, страдающих розацеа. Группа больных состояла из 14 (28 %) мужчин и 36 (72 %) женщин. Исследуемая группа (ИГ) составила 25 человек (7 мужчин и 18 женщин), которая получала традиционную терапию и эрадикационную терапию с левофлоксацином. Группа контроля составила 25 человек (7 мужчин и 18 женщин), из них 12 человек получали традиционную терапию с тройной схемой эрадикации, 13 — только традиционную терапию.

В качестве лечения для каждой группы пациентов была подобрана оптимальная схема терапии:

Традиционная терапия розацеа:

Пациентам с выявленной ЭТ формой розацеа было назначено: ксантинола никотинат 300 мг 2 раза в сутки в течение 4 недель, наружно: азелик 2 раза в день в течение 2 недель, затем такролимус 0,1 % в виде мази («Протопик») 2 раза в день в течение 2 недель.

С папуло-пустулезной (ПП) формой легкой и средней степени тяжести розацеа системно: ксантинола никотинат 300 мг 2 раза в сутки в течение 4 недель, наружно было назначено:

— клиндомицина фосфат, гель 1 % («Далацин») 2 раза в день в течение 2 недель, затем азелик 2 раза в день в течение 2 недель, затем «Зинерит» 2 раза в течение 2 недель.

С тяжелой ПП формой розацеа системно: ксантинола никотинат 300 мг 2 раза в сутки в течение 4 недель, изотретиноин 0,1–0,3 мг на кг массы перорально 1 раз в сутки после еды в течение 4 месяцев;

— наружно: адапален 0,1 % гель 1 раз в день на ночь в течение 4 недель, затем бензоилпероксид 2,5 % гель 2 раза в сутки в течение 4 недель.

Пациентам ИГ была назначена эрадикационная терапия по схеме: омепразол 20 мг 2 раза в сутки перед едой, левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки перед едой, амоксициллин 1г 2 раза в сутки в течение 10 дней.

КГ с выявленной Нр была назначена тройная стандартная терапия: омепразол 20 мг 2 раза в сутки перед едой, кларитромицин 500 мг 2 раза в сутки, амоксициллин 1г 2 раза в сутки в течение 7 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

После проведенного базового уровня терапии было назначен препарат «Куриозин» 2 раза в сутки в течение 1 месяца для функционального восстановления эпидермиса кожи лица.

Проведенное нами исследование подтвердило значительную роль Нр в патогенезе розовых угрей. Хеликобактерная инфекция была обнаружена у 72 % пациентов, причем у 36,4 % с эритематозно-телеангиоэктатической формой и у 71,7 % с ПП формой розацеа (рисунок 1).

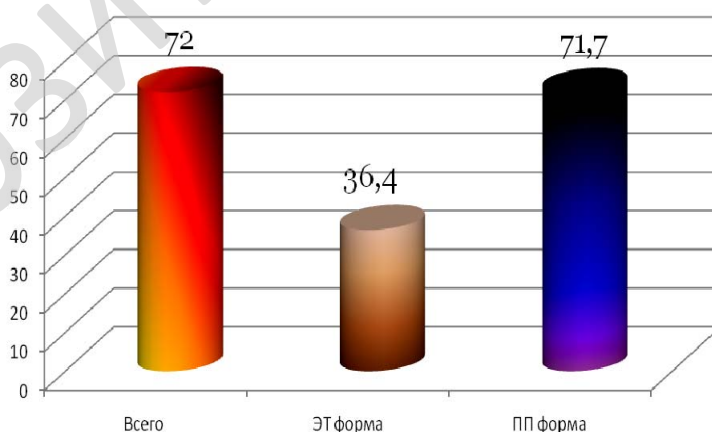


Рисунок 1 — Выявляемость Нр при розацеа

Все пациенты отмечали постоянные или преходящие состояния функциональной дисфункции ЖКТ. В сопутствующей патологии чаще всего отмечался хронический гиперацидный гастрит. У 100 % пациентов наблюдалось сочетание патологии ЖКТ и гипертонической болезни.

На фоне дифференцированного комплексного лечения отмечались различные результаты в разных группах исследования. С точки зрения практической медицины мы наибольшее

внимание уделили следующим показателям: скорости стихания островоспалительных (ОВ) явлений, срокам формирования клинического эффекта полного выздоровления, продолжительности и характеру ремиссии, а так же изменениям клинической картины при повторном обострении (рисунок 2).

Так в ИГ, где была использована эрадикационная терапия с левофлоксацином скорость стихания ОВ явлений составила 13 дней. В КГ1, пациенты которой вместо левофлоксацина получали кларитромицин этот показатель колебался в пределах 16 дней. У больных из КГ2, не принимавших препараты для эрадикации срок стихания острого воспаления был 21 день.

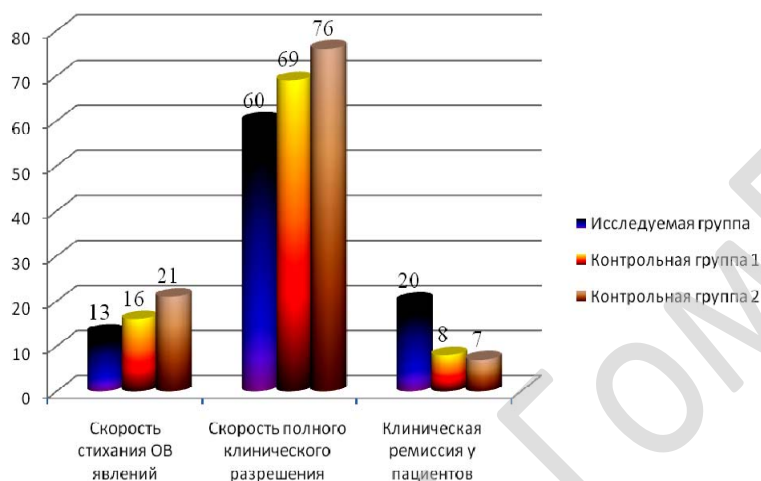


Рисунок 2 — Средний срок стихания ОВ явлений

Срок формирования клинического эффекта полного выздоровления в ИГ составил в среднем 60 дней. В КГ1 у лиц, страдающих розацеа время, необходимое для восстановления кожного покрова, было около 69 дней. У пациентов в КГ2 скорость восстановления кожи колебалась в пределах 76 дней.

У всех пациентов на фоне проведенного лечения наблюдался положительный эффект. Отсутствие субъективных и объективных признаков розовых угрей в течение 12 месяцев наблюдения отмечалось у 80 % ИГ. Клиническая ремиссия у КГ1 была отмечена у 67 % пациентов. В КГ2 проявления розацеа отсутствовали у 62 %.

Обострение розацеа в виде эритематозных и папуло-пустулезных высыпаний наблюдалось у 20 % пациентов в исследуемой группе. Клинические проявления у больных КГ1 были отмечены в 33 %. Обострение патологического процесса в КГ2 у лиц, страдающих розацеа, было выявлено в 38 %.

Выводы

1. В 100 % наблюдается сочетание розацеа с патологией ЖКТ прямо пропорционального характера, в 72 % ассоциированного с Нр.
2. По скорости стихания острого воспаления, окончательного разрешения клиники, продолжительности и стойкости ремиссии лидирует комплексная эрадикационная терапия с назначением левофлоксацина.

ЛИТЕРАТУРА

1. Потеекаев, Н. Н. Розацеа / Н. Н. Потеекаев. — СПб.: Невский Диалект, 2000. — 144 с.
2. Berg, M. An epidemiological study of rosacea / M. Berg, S. Liden // Acta Derm Venereol. — 1989. — № 69. — P. 419–423.
3. Reborna, A. Helicobacter pylori in patients with rosacea. / A. Reborna, F. Drago, A. Picclotta // Am J Gastroenterol. — 1994. — № 89. — P. 163–164.
4. Immunopathological studies on rosacea. / E. Nunzi [et al.] // Br J Dermatol. — 1980. — № 103. — P. 543–551.
5. Черкасова, М. В. Новые аспекты патогенеза и лечения розацеа: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.11 / М. В. Черкасова. — М., 1997. — 121 с.
6. Effect of Helicobacter pylori eradication therapy in rosacea patients / D. Boixeda de Miquel [et al.] // Rev Esp Enferm Dig. — 2006. — № 98(7). — P. 501–509.

СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Шевень М. П.

Научные руководители: д.м.н., профессор *В. М. Коломиец*,
к.м.н., доцент *Б. Г. Перевозчиков*

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
г. Курск, Российская Федерация

Введение

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Союзном государстве РФ и РБ формируется под влиянием неоднородных социально-экономических факторов и далека от прогнозируемой для стран Европейского региона ВОЗ [1, 4, 6]. Даже при достижении ее стабилизации необходима интенсификация противоэпидемических мероприятий приоритетной направленности, одним из которых является работа с группами риска среди населения. В создавшихся условиях приоритетное значение приобретают противоэпидемические мероприятия в группах риска населения [4]. К ним относят традиционно больных отдельными заболеваниями (ВИЧ-инфекция, сахарный диабет, хронические неспецифические заболевания легких, алкоголизм и другие), но в каждом регионе необходимо определять их приоритетность при проведении противоэпидемических мероприятий.

Цель

По результатам анализа эпидемической ситуации по туберкулезу (ЭС ТБ) определить приоритетность проведения противоэпидемических мероприятий с учетом отдельных факторов риска развития эпидемического процесса.

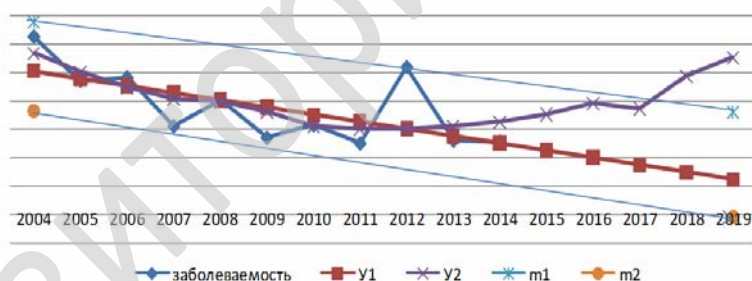


Рисунок 1 — Прогнозирование эпидемической ситуации в регионе

Примечания: У1 — прямолинейная тенденция; У2 — криволинейная тенденция; m1 — верхний доверительный интервал, m2 — нижний доверительный интервал.

Материал и методы исследования

С учетом направленности научных исследований кафедр [2] ЭС ТБ анализировали по данным наблюдения населения региона в течение десяти и прогнозировали на последующие пять лет (рисунок 1). Условия и факторы риска, способствующие развитию эпидемического процесса, изучались (устанавливались) с использованием методов формальной логики, биологической статистики и проверки экспериментальным путем. Анализировалось влияние таких факторов, как пол (мужской/женский), возраст (взрослые/дети), места проживания (город/сельская местность), период проведения флюорографических исследований (лето/зима), социальные условия (благоприятные/неблагоприятные), состояние неспецифического иммунитета (часто болеющие ОРВИ/редко болеющие ОРВИ), контакт с бактериовыделителями (наличие/отсутствие), фактор риска табакокурение (курит/не курит), фактор риска употребление алкоголя (употребляет/нет), химиопрофилактика (проводилась/не проводилась) и употребление неспецифических противовоспалительных средств (НПВС — употреблял/нет).

Больные были обследованы с использованием общепринятых клинично-инструментальных методов [5], включая использование КТ-томографии высокого разрешения, молекулярно-генетических методов определения чувствительности возбудителя и диаскинтеста. При статистической обработке вычисляли критерий Стьюдента, коэффициент корреляции знаков, определяли активность фактора риска по Уолтеру, методом Спирмена и Пирсона

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе годовой динамики заболеваемости туберкулезом в регионе установлено, что в течение 11 лет (практически в период реализации Федеральной целевой программы «Предупреждение распространения туберкулеза») тенденция изменения заболеваемости туберкулезом среди взрослого населения выраженная, темп выраженности — 7,9 %. В течение года действуют постоянные причины, обуславливающие круглогодичную заболеваемость. Выраженность круглогодичной заболеваемости 4,1 %, темп умеренного возрастания. Выраженность сезонной заболеваемости — 14,2 %, темп выраженного снижения. Сезонная заболеваемость колеблется от 7,8 до 55,3 и продолжительность сезонного подъема колеблется от 2 месяцев в 2011 г. до 5,5 месяцев в 2004 г. На протяжении ряда лет определяется рост круглогодичной тенденции и снижение сезонной (рисунок 2).

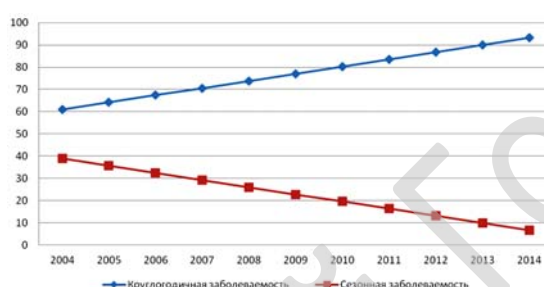


Рисунок 2 — Динамика тенденций заболеваемости в регионе

Ближайший прогноз заболеваемости туберкулезом снизится на 0,6, а отдаленный прогноз на 2019 г. составляет 22,6 случаев на 100 тыс. населения. С учетом высокого уровня круглогодичной заболеваемости приоритетное значение приобретает выявление и поиск обуславливающих ее факторов.

При анализе уровня, динамики и структуры инфекционной заболеваемости в Курской области в таблице 1 представлены результаты данного анализа за 2014 г., выявлено что туберкулез по сравнению с другими инфекциями другой этиологии в течение 5 последних лет, выявлено, что туберкулез занимает 4–5 ранговое место, за счет продолжительности лечения, тяжести и инвалидизации заболевания, и сложной социально-экономической ситуацией как в регионе, так и в стране.

Таблица 1 — Структура и уровни инфекционной заболеваемости (годовая)

Наименование заболевания	Заболеваемость (Y)/I	Структура заболеваемости (%) /II	Продолжительность болезни (n)/III	Средней пораженности (СРП)/IV	Осложнения (%) /V	Ко-во тяжелых форм болезни (%) /VI	Экономическая значимость одного случая болезни /VII	Выраженность тенденций /VIII	∑ рангов	Ранговое место
Ветряная оспа	646/1	62,64/1	6/10	10,6/3	0/11,5	5/7	3900/12	1,4/6	51,5	5
Туберкулез	54,56/3	5,3/3	132/2	19,7/2	16/1	45/2	280000/2	-5,5/12	27	2
Сальмонеллез	29,08/6	2,82/6	16/6	1,27/5	3/5	6/5	11000/9	1,6/3	45	4
Корь	3,28/8,5	0,32/9	12/8	0,07/11	1/6	5/7	16100/7	6,7/2	58,5	6
Клещевой боррелиоз	4,45/10	0,43/8	30/4	0,36/6	8/3	18/3	33320/4	0,88/8	44	3
Чесотка	32,37/5	3,1/5	2/12	0,18/7	0/11,5	0/12,5	800/13	13,6/1	67	10
Грипп	8,96/7	0,86/7	4/11	0,09/9,5	0,0001/9	1/10	8130/10	1,5/4,5	68	11
Педикулез	192,6/2	18,67/2	1/13	9,8/4	0/11,5	0/12,5	1200/11	0,8/9	63	7
Лептоспироз	0,18/13	0,02/13	27/5	0,01/13	0,001/8	8/4	25260/6	0,6/10	72	12
Менингококковая инфекция	0,69/12	0,06/12	33/3	0,06/12	6/4	5/7	39520/3	-8,9/13	66	8
Коклюш	3,27/11	0,31/10,5	11/9	0,09/9,5	0,1/7	0,1/11	14530/8	0,026/11	77	13
Дизентерия	3,28/8,5	0,31/10,5	15/7	0,13/8	0/11,5	2/9	28430/5	1/7	66,6	9
ВИЧ	52,53/4	5,1/4	150/1	21,58/1	15/2	95/1	600000/1	1,5/4,5	18,5	1

Примечание: I–VIII — ранги по данным показателям.

Эпидемиологический анализ с использованием статистических методов обработки по установлению факторов риска показал, что возраст не является причиной или условием заболеваемости ($t = 1,68$), а фактор риска «пол» оказывает незначительное действие на заболеваемость туберкулезом (0,2). Проявляется сильная выраженность между проведением профилактических медицинских осмотров населения флюорографическим методом и заболеваемостью туберкулезом (1,5). Особенно выраженное влияние оказывает контакт с бактериовыделителем микобактерии туберкулеза (различие в группах признаков составляет $\chi^2 = 10,1$, что $< 3,84$). Выявлена резко выраженная корреляционная зависимость между заболеваемостью туберкулезом и отсутствием профилактической химиотерапии (коэффициент корреляция 0,6), проживанием в сельской местности (коэффициент корреляция 0,5) и неблагоприятными жилищно-бытовыми условиями (коэффициент корреляция 0,4), корреляционная связь между заболеваемостью туберкулезом и частотой ОРВИ и курением — низкая (коэффициент корреляция 0,1).

Выводы

В структуре инфекционной заболеваемости Курской области важную роль играют социально значимые заболевания, среди которых первое место занимает ВИЧ-инфекция, а второе — туберкулез, которые ложатся тяжелым экономическим бременем на финансирование практического здравоохранения. Наиболее выраженными факторами риска развития эпидемического процесса и формирования эпидемической ситуации в регионе являются частота и регулярность проведения профилактических медицинских осмотров населения флюорографическим методом и выявления контактов с бактериовыделителями возбудителей туберкулеза. Следовательно, приоритетное значение в проведении противоэпидемических мероприятий должно иметь своевременное выявление источников инфекции — больных людей, из групп риска среди населения региона.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь и принимаемые меры по уменьшению распространения туберкулезной инфекции / Г. Л. Гуревич [и др.] // Туберкулез современного периода: матер. междунар. науч.-практ. конф. — Минск, 2012. — С. 19–26.
2. Коломиец, В. М. Педагогическая школа кафедры фтизиопульмонологии Курского государственного медицинского университета: формирование и перспективы / В. М. Коломиец, Ю. И. Лебедев, С. С. Гольев // Туберкулез и болезни легких. — 2015. — № 9. — С. 54–58.
3. Нечаева, О. Б. Мониторинг туберкулеза в Российской Федерации / О. Б. Нечаева, Е. И. Скачкова, Д. А. Кучерявая // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — № 12. — С. 40–49.
4. Отраслевые и экономические показатели противотуберкулезной работы в 2009–2014 гг. Методика расчета показателей и статистические материалы по результатам пятилетнего наблюдения / под ред. С. А. Стерликовья. — М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2015. — 68 с.
5. Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2014 года г. № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания».
6. Global tuberculosis report 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. — 289 p. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/91355/1/9789241564656_eng.pdf. — Дата доступа: 10.01.2014.

УДК 616.921.8

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОКЛЮШЕМ И КОКЛЮШЕПОДОБНЫМ СИНДРОМОМ

Шешко Л. И., Францева К. А.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. Л. Красавцев

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Коклюш — острое инфекционное заболевание, вызываемое коклюшной палочкой с воздушно-капельным путем передачи инфекции, характеризующееся возникновением приступообразного кашля и развитием осложнений со стороны бронхов легких и центральной нервной системы (ЦНС) [4].

Еще в 1928 г. А. Стевенон так писал о коклюше: «Существует болезнь, особенно часто встречающаяся в детском возрасте, характеризующаяся приступами настолько жестокого кашля, что создается впечатление, будто ребенок задыхается; после кашля происходит отделение вязкой слизи. Эта болезнь приводит в отчаяние матерей, т. к. она причиняет много страданий ребенку из-за длительности ее течения». [5]. Первое описание коклюша было сделано в 1578 г. Гийомом де Байю, который наблюдал в Париже эпидемию этого заболевания, протекавшего с большой летальностью. Для коклюша характерно наличие лейкоцитоза и лимфоцитоза.

До настоящего времени коклюш и его возбудитель остаются серьезной проблемой не только для Беларуси, но и для всего мира. По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн человек, умирает около 1 млн детей, преимущественно в возрасте до года [1]. Заболеваемость связана с низким уровнем привитости в отдельных странах.

Низкий уровень привитости связан с увеличением числа медицинских отводов из-за неблагоприятного преморбидного фона (поражение ЦНС, врожденная патология, аллергические заболевания), а также отказа родителей от прививок [1]. Другими причинами роста заболеваемости коклюшем являются несвоевременное проведение противоэпидемических мероприятий вследствие поздней диагностики заболевания, а также тактические и терапевтические ошибки врачей. Этому способствуют не только трудности диагностики легких и стертых форм коклюша, особенно при наличии сопутствующей вирусной инфекции, но и снижение настороженности педиатров в отношении коклюша.

В периоде спазматического кашля клиническая диагностика коклюша может быть затруднена наличием коклюшеподобного синдрома при ряде инфекционных, в том числе вызываемых RS-вирусами, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, а также соматических заболеваний и состояний (легочная форма муковисцидоза, лейкозы, лимфогранулоцитоз, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и др.) [2].

Для коклюшеподобного синдрома характерны клинические проявления, типичные для коклюша, но при этом не обнаруживают *Bordetella pertussis*, зато многократно были выделены определенные серотипы аденовирусов, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и другие [4]. У ребенка появляется сухой приступообразный кашель, который может сопровождаться даже остановками дыхания. Приступы длятся разное количество времени, заканчиваются свистящим вдохом — репризом.

В связи с массовым применением антибиотиков на догоспитальном этапе методы традиционной бактериологической диагностики утрачивают свое значение, а серологические методы (РПГА) не всегда специфичны и чувствительны. В настоящее время благодаря интенсивным исследованиям разработаны экспресс-методы диагностики коклюша (иммунофлюоресцентный, латексной микроагглютинации). Иммунофлюоресцентный (РНИФ) метод позволяет обнаружить наличие корпускулярных антигенов *B. pertussis* в гортанно-глоточном смыве с задней стенки глотки. Врач получает возможность уже через 2–6 ч подтвердить диагноз коклюша и провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями со схожими симптомами (коклюшеподобный синдром). Метод латексной микроагглютинации (ЛМА) позволяет выявить антигены возбудителя коклюша в слизи задней стенки глотки уже через 30–40 мин. Сравнительная оценка общепринятого номенклатурного и методов экспресс-диагностики выявила несомненные преимущества последних, поскольку они позволяют в несколько раз увеличить процент лабораторно подтвержденных случаев коклюша. На данный момент самыми достоверными методами диагностики коклюша и коклюшеподобного синдрома являются ПЦР и ИФА. [3].

Таким образом, проблема лабораторной диагностики коклюша у детей еще далека от окончательного разрешения. Опыт предыдущих исследований позволяет утверждать, что для достоверной лабораторной диагностики коклюша должно использоваться несколько взаимодополняющих тестов. Наиболее эффективной считается комбинация методов индикации возбудителя (бактериологический и ПЦР мокроты).

Цель

Изучить клинические и лабораторные особенности больных коклюшем и коклюшеподобным синдромом.

Материал и методы исследования

Были проанализированы медицинские карты 62 детей, переболевших коклюшем (50 детей) и коклюшеподобным синдромом (12 детей). Анализу подвергались данные анамнеза, клинических и лабораторных исследований. В исследование методом случайной выборки было включено 62 медицинские карты пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом (33 мальчика, 29 девочек). Средний возраст детей составлял $2,7 \pm 0,4$ года.

Специфическая диагностика проводилась 31 ребенку с коклюшем: у 8 диагноз был подтвержден с помощью РПГА (повышен титр антител) и у 11 бактериологически. У 12 человек результаты лабораторных тестов были отрицательными. С коклюшеподобным синдромом было обследовано 12 человек. У 7 пациентов диагноз коклюша был исключен с помощью РПГА и у 5 бактериологически.

Обработку полученных результатов производили при помощи методов параметрической критерий Стьюдента).

Результаты исследования и их обсуждение

При сравнении клинических проявлений у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом установлено, что количество дней пребывания в стационаре пациентов с коклюшеподобным синдромом меньше ($7,58 \pm 1,06$ дней), чем с коклюшем ($11,24 \pm 0,63$ дней, $P < 0,01$). При коклюше возраст заболевших детей меньше ($2,44 \pm 0,45$ года), чем при коклюшеподобном синдроме ($6,33 \pm 1,6$ года, $P < 0,01$), таблица 1.

Таблица 1 — Клинические проявления у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом

Признак	Коклюш	Коклюшеподобный синдром	P
Возраст	$2,44 \pm 0,45$	$6,33 \pm 1,6$	$P < 0,01$
Дни, пребывания в стационаре	$11,24 \pm 0,63$	$7,58 \pm 1,06$	$P < 0,01$
Частота пароксизмальных приступов	$4,42 \pm 0,19$	$4,25 \pm 0,33$	$P = 0,66$
Рвота	$2,62 \pm 0,15$	$2,5 \pm 0,23$	$P = 0,67$

Сравнение лабораторных данных у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Лабораторные показатели у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом

Признак	Коклюш	Коклюшеподобный синдром	P
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$	$13,96 \pm 0,9$	$11,66 \pm 1,71$	$P = 0,24$
Лимфоциты, %	$61,41 \pm 2,12$	$56,92 \pm 4,03$	$P = 0,34$

Заключение

У пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом количество дней пребывания в стационаре пациентов с коклюшеподобным синдромом меньше, чем у больных с коклюшем ($P < 0,01$). При коклюше возраст заболевших детей меньше, чем при коклюшеподобном синдроме ($P < 0,01$).

Среди клинических и лабораторных данных у пациентов с коклюшем и коклюшеподобным синдромом отличий не было выявлено, что свидетельствует о недостаточном использовании подтверждающих специфических лабораторных тестов (у 31 %).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабаченко, И. В.* Коклюшная инфекция в условиях антигенного дрейфа *Bordetella pertussis* / И. В. Бабаченко, Н. Н. Курова, Г. Я. Ценева // Вопросы современной педиатрии. — 2006. — № 6. — С. 24–27.
2. Российский педиатрический журнал: научно-практический журнал / Е. И. Краснова [и др.] // Научно-практический журнал. — 2004. — № 5. — С. 57–59.
3. *Кириллов, В. И.* Клиническая практика и перспективы иммунокорректирующей терапии: обзорный материал / В. И. Кириллов // Практикующий врач. — 1998. — № 12. — С. 9–12.
4. *Намазова, Л. С.* Is pertussis a problem for the Russian pediatrics? Can we overcome it? / Л. С. Намазова, А. К. Геворкян, Е. А. Галеева // Педиатрическая фармакология. — 2006. — № 4. — С. 6–9.
5. Коклюш и цитомегаловирусная инфекция у детей / М. С. Петрова [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2008. — № 5. — С. 57–61.

СОДЕРЖАНИЕ

Аманязова О. Х. Фтизиатрическая помощь населению Туркменистана.....	3
Аниканова Л. В., Гутенберг Сильвейро Педро, Ле Оливейра Родригес Карен, Фернандес Де Соуза Жорелис Комплексный подход к лечению туберкулезной эмпиемы у больных фиброзно- кавернозным туберкулезом легких	5
Асмолова Ю.А., Лебедев И. Ю. Копинговые стратегии больных туберкулезом легких с низкой приверженностью лечению.....	7
Старикова С. И., Бекетова М. В. Эпидемическая ситуация по ВИЧ-ассоциированному туберкулезу в регионе Российской Федерации — Курской области.....	9
Боковая Д. В., Маханёк Н. В. Клинические аспекты мультирезистентного туберкулеза легких у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов	11
Винникова К. В., Маёров В. В. Применение инфликсимаба в лечении псориаза	13
Гороховик С. П., Почкайло А. С. Кожная форма мастоцитоза у грудного ребенка	16
Грабовская К. В. История развития туберкулеза	20
Дашкевич А. А., Свидерский Д. В., Заровская В. А. Личностные особенности пациентов с туберкулезом легких.....	23
Бабаев С. Ю., Журавлев Р. В., Митрофанова Н. Н. Экологические и микробиологические особенности биоценозов многопрофильного стационара	25
Иваничкина А. В. Дифференциальная диагностика диссеминированных заболеваний легких	28
Леончик А. С. Особенности диагностики урогенитального хламидиоза у женщин репродуктивного возраста в Республике Беларусь.....	30
Лискович Н. Н., Родригес Дуарте Жоао Паулу, Ферраре Е Силва Паулу Энрике, Рибейро Силва Изабелла Лечебный эффект ингаляций со стрептомицином при катаральном эндобронхите у больных деструктивным туберкулезом легких.....	35
Мазай Л. К., Кухарчик Ю. В. Эффективность лечения анемии беременных для профилактики инфекционных осложнений.....	37
Марченко Н. И. Эпидемиология туберкулеза в рамках мирового сообщества	39
Мельченко О. Г. Результаты применения пробы диаскинтест среди детей в группах высокого риска заболевания туберкулезом	41

Очаковский А. С. Влияние отдельных заболеваний на формирование эпидемической ситуации по туберкулезу.....	45
Парталян В., Порошина Л. А., Полын И. В. Клинические проявления папилломавирусной инфекции у женщин.....	48
Порошина Л. А., Грунт К. И., Цитко Н. С. Папилломавирусная инфекция у мужчин: клинические проявления, сочетания с другими инфекциями, передающимися половым путем.....	51
Приходько А. Н., Короткевич Д. В. Проявление вульгарных угрей у школьников.....	52
Радкевич А. Ф. Эпидемиология туберкулеза в Республике Беларусь.....	54
Савостин А. П., Шуляк Ж. В. Полиморфизм гена IL28В у пациентов с вирусным гепатитом С, проживающих на территории юго-восточного региона Республики Беларусь.....	56
Свентицкая А. Л. Оценка качества жизни пациентов, страдающих хроническим гепатитом С.....	58
Свидерский Д. В., Евтихов А. С., Дашкевич А. А. Сравнительная оценка лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза на жидких и плотных питательных средах	61
Сергеенко Е. В. Возрастная структура и гематологические особенности больных скарлатиной детей различного возраста.....	63
Сидора Т. И. Особенности лабораторной диагностики описторхоза	64
Тихно С. В., Бернацкая В. В. Особенности клинического течения хламидийной инфекции мочеполовых путей	66
Трубилина О. С. Эффективность эрадикационной терапии у больных розацеа, ассоциированной с хеликобактерной инфекцией.....	68
Шевень М. П. Социально-эпидемиологические аспекты противоэпидемических мероприятий при туберкулезе.....	71
Шешко Л. И., Францева К. А. Клинико-лабораторные различия пациентов с заболеваниями коклюшем и коклюшеподобным синдромом.....	73

Научное издание

**ДЕКАБРЬСКИЕ ЧТЕНИЯ.
ИНФЕКЦИОННЫЕ И КОЖНЫЕ
БОЛЕЗНИ – 2015**

**Сборник материалов
V Республиканской научно-практической
молодежной конференции
(Гомель, 1 декабря 2015)**

В авторской редакции

Компьютерная верстка С. Н. Козлович

Подписано в работу 24.11.2015.
Тираж 50 экз. Заказ 363.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель.