

Выводы: телефонное анкетирование больных, перенесших ОКИ, позволило установить, что у 25% пациентов развивается СРК – подобный синдром. Применение пробиотической терапии после эпизода ОКИ позволяет достоверно снизить риск (частоту) развития ПИ-СРК.

К.Г.Тярасова, Д.Ю.Алексеев, Е.М.Гринева

**СВОЕВРЕМЕННОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ:
АКТУАЛЬНОСТЬ, СОВРЕМЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Санкт-Петербургский государственный университет

Распространённость туберкулёза в Российской Федерации в последнее пятилетие по данным статистической информации снижается, с 2009 года отмечена тенденция к стабилизации и некоторому снижению показателя заболеваемости, что позволяет с определённым оптимизмом говорить об улучшении здоровья населения. Существенно влияют на эпидемиологическую обстановку по туберкулёзу увеличение числа мигрантов из стран с неблагоприятной ситуацией по туберкулёзу, распространение ВИЧ-инфекции и хронических гепатитов в популяции. Это влечёт обнаружение уже прогрессирующих деструктивных форм туберкулёза. Ошибочно полагать, что выявление туберкулёза – задача исключительно противотуберкулёзной службы. Своевременное выявление туберкулёза среди населения сохраняет актуальность в работе лечебно-профилактических организаций, общего профиля и противотуберкулёзных, и преследует цели: уменьшения эпидемиологической опасности больного туберкулёзом для окружающих и достижения наиболее благоприятного клинического исхода заболевания у больного. Поскольку, чем раньше начато лечение туберкулёза, тем лучше результат. Критерии своевременности при установлении диагноза туберкулёза предполагают, что у больного нет систематического микобактериовыделения, отсутствует распад в ткани, процесс имеет ограниченное распространение и протекает без осложнений. Современные направления по выявлению туберкулёза включают обследования: скрининговые массовые, индивидуальные (на основании должной кратности) при обращении в лечебную сеть пациента вне зависимости от причины обращения, контрольные - среди лиц с высоким риском заболевания туберкулёзом, внеочередные - при обращении к врачу с жалобами, подозрительными на туберкулёз. Основными методами скрининговых обследований являются массовая туберкулинодиагностика у лиц до 15-ти лет и проверочная флюорография у лиц

старше 15 лет. Туберкулинодиагностика с целью своевременного выявления туберкулёза выполняется ежегодно с 12-ти месячного возраста. Традиционно применяют внутрикожную пробу Манту с туберкулином. С 2009 г. используют также диаскин- тест с аллергеном туберкулёзным рекомбинантным. У данного препарата отмечены преимущества, повышающие специфичность теста. Находящиеся в препарате антигены CFP10 и ESFN6, присутствуют в вирулентных штаммах *M.tuberculosis* и *M.bovis*, в то время как они отсутствуют в вакцине БЦЖ, которую готовят из *M. bovis*. Главными критериями инфицирования детей по результатам туберкулинодиагностики считают гиперергические реакции и динамику “виража” теста. В последнее время разработан метод QuantiFERON. В этом тесте для выявления инфицированных лиц используют количественное определение интерферона - гамма, высвобождаемого сенсибилизированными Т-лимфоцитами, стимулированными специфическими антигенами *M.tuberculosis*. В настоящее время тест используют в индивидуальной диагностике. Ценность флюорографического метода профилактического скрининга населения состоит в экономичности, высокой пропускной способности, доступности, возможности выявления не только туберкулёза, но любой патологии органов грудной полости. Повсеместная установка цифровых малодозовых флюорографических аппаратов значительно повысила безопасность метода. В соответствии с нормативным регламентом, взрослое население России подлежит флюорографическому обследованию не реже одного раза в два года, группы медицинского и социального риска по туберкулёзу должны быть обследованы чаще.

Информация о выявленной патологии с флюорографической станции передаётся телефонограммой в районные противотуберкулёзные диспансеры, куда пациента вызывают для дообследования. Особенного внимания заслуживает алгоритм выявления туберкулёза у пациентов, обратившихся за медицинской помощью с симптомами, подозрительными на туберкулёз. Длительная интоксикация с хорошей переносимостью симптомов, впервые возникший легочный геморрагический синдром часто обусловлены развивающимся туберкулёзным процессом. Кашель и мокрота, продолжающиеся более двух недель у 70% больных туберкулёзом были первыми признаками заболевания. В этих случаях целесообразно назначение поликлинического этапа ОДМ (основной диагностический минимум): проведение субъективного и объективного обследования пациента, внеочередное выполнение флюорографии органов грудной полости, клинического анализа крови, общего анализа мочи, пробы Манту, при наличии мокроты – трехкратной бактериоскопии нативного мазка с окраской по Цилю-Нельсону. Следующие этапы – ДМИ и ФМИ (дополнительные и факультативные методы исследования) выполняются в противотуберкулёжном учреждении. Туда пациент направляется с результатами ОДМ. Таким образом,

только от активной работы по выявлению туберкулёза врачам всех специальностей зависит своевременность диагностики туберкулёза у пациента.

Улюкин И.М.

**ВЗАИМОСВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ДИНАМИКЕ
ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛУЧЕНИЯ
АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ**

*Военно-Медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург,
igor_ulyukin@mail.ru*

С целью выявления корреляции между показателем общего качества жизни и здоровья (G) пациентов и психологическими показателями в зависимости от получения ими АРВТ на различных стадиях и при различной длительности заболевания (далее – группы) обследовано 134 пациента молодого возраста (средний возраст $28,5 \pm 2,1$ лет, м / ж - 49,17% / 51,24%) с использованием русской версии опросника Всемирной Организации Здравоохранения «ВОЗКЖ-100 (100 вопросов)», предназначенного для оценки качества жизни взрослой популяции, а также психометрических тестов в стандартной интерпретации. Специальные методы эпидемиологического расследования в отношении обследованных больных ВИЧ-инфекции не входили в задачи настоящего исследования. Критерии исключения – возраст моложе 18 / старше 45 лет, тяжелая соматическая, психическая патология, наркомания. Распределение по стадиям болезни проведено по наиболее распространенной в мире классификации CDC. Для обоснования диагностического заключения всем больным проводился комплекс современных лабораторных, инструментальных, рентгенологических и других методов обследования. Антиретровирусная терапия (АРВТ) назначалась пациентам в соответствии с существующими рекомендациями, а её мониторинг осуществлялся по общепринятым клиническим, иммунологическим и молекулярно-генетическим параметрам.

Статистическая взаимосвязь была определена с использованием коэффициента корреляции Пирсона (r). Установлено различие полученных данных в зависимости от получения больными АРВТ в динамике заболевания.

При изучении корреляции между психологическими показателями больных на различных стадиях и при различной длительности заболевания (общая модель) таковая была выявлена между показателями тревоги и депрессии (по методикам Тейлора и Зунге, $p=0,053$), тревоги и одиночества (по методикам Тейлора и Рассела/Фергюссона, $p<0,05$), а также между показателями депрессии и