

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

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

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

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

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

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

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

*Городской противотуберкулезный диспансер (Санкт-Петербург)*

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

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

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

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

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

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

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

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

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

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

**Т.Ю. Салина, Т.И. Морозова**

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

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

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

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

#### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

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