

в Республике Марий-Эл. Распространенность туберкулеза в ПФО по значениям так же, как и заболеваемость, стоит на 3 месте после ЦФО и СЗФО и составляет 164,5 случаев на 100 тыс. контингента, что является свидетельством постоянной работы фтизиатрической службы с больными активными формами туберкулеза различных локализаций. Эффективность лечения пациентов по данным когортного анализа в целом соответствует результативности лечебных мероприятий по Российской Федерации. Необходимо отметить уменьшение количества больных туберкулезом, прервавших лечение, неуспешно леченных и умерших от данного заболевания. Доля оперированных больных по поводу туберкулеза органов дыхания составила 6,3 % (РФ — 5,6 %). Прооперировано пациентов в первый год от момента выявления 7,3 % (РФ — 5,3 %). Хирургическому лечению туберкулеза уделяется особое значение, 2 субъекта ПФО — Саратовская и Пензенская области — в 2011 г. вошли в программу Национального проекта «Здоровье» по укреплению хирургической фтизиатрической службы. Исходя из выше изложенного эпидемическая ситуация по туберкулезу на территории ПФО имеет четкую тенденцию к улучшению. Приоритетными направлениями работы фтизиатрической службы ПФО являются:

- 1) полноценная реализация порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в РФ (приказ МЗ РФ от 29.12.10 г. № 1224);
- 2) приоритетность профилактического направления в деятельности учреждений здравоохранения, которое направлено на активное выявление и предупреждение распространения туберкулеза;
- 3) развитие новых медицинских технологий в области терапии туберкулеза, внедрение адекватных хирургических методов лечения туберкулеза;
- 4) оснащение противотуберкулезных учреждений современным диагностическим и лечебным оборудованием, оборудованием для обеспечения инфекционного контроля;
- 5) подготовка квалифицированных кадров, ориентированных на выявление туберкулеза на уровне первичного звена здравоохранения, а также кадров специализированной службы;
- 6) повышение эффективности лечения путем внедрения стандартов оказания медицинской помощи больным туберкулезом;
- 7) вовлечение медицинских работников общей лечебной сети в процессы активного раннего и своевременного выявления туберкулеза и обеспечения амбулаторного лечения пациентов под непосредственным наблюдением медицинских работников;
- 8) развитие стационарозамещающих технологий (дневные стационары, стационары на дому, отделения сестринского ухода и т.д.);
- 9) улучшение качества микробиологических исследований за счет внедрения в регионах системы Федерального контроля качества лабораторных тестов.

А.И. Мохначевская¹, В.А. Аксенова², С.К. Андреева¹, Н.А. Золотарева², О.И. Гурьева², Н.Г. Павлов²

РОЛЬ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

¹ НПЦ «Фтизиатрия» МЗ Республики Саха (Якутия) (Якутск)
² НИИ фтизиопульмонологии ПМГМУ им. И.М. Сеченова (Москва)

Туберкулезный процесс, локализовавшийся в измененных участках легкого, отличался не только распространенностью, но и склонностью к распаду, бронхогенному обсеменению с наличием бактериовыделения. Также авторы пришли к заключению, что у большей части больных ХНЗЛ может отмечаться довольно острое проявление вновь возникшего туберкулеза с утяжелением клинической картины болезни.

Одним из важнейших симптомов, подтверждающим диагноз туберкулеза, является выделение микобактерий туберкулеза.

По результатам анализа мокроты методом посева микобактерии туберкулеза были выявлены лишь у 20 детей (8,6 %), у 15 из них (6,4 %) имело место достаточно массивное бактериовыделение, при котором микобактерии туберкулеза определялись микроскопическими методами (окраска мазка по Цилю-Нильсену или люминесцентная микроскопия с использованием метода флотации), а у 5 детей (2,15 %), микобактерии туберкулеза были выделены методом посева.

Результаты определения бактериовыделения и лекарственной устойчивости микобактерий у больных туберкулезом и сочетанной патологией показали, что при туберкулезе органов дыхания, не осложненном присоединением ХНЗЛ, бактериовыделение встречалось на 10 % чаще, чем при сочетанной патологии туберкулез + ХНЗЛ. При этом в случае сочетанной патологии чаще выделялись микобактерии, устойчивые к 1 — 2 противотуберкулезным препаратам (чаще всего — к препаратам ГИНК и рифампи-

цину). Вполне возможно, что такая картина лекарственной устойчивости микобактерий к воздействию противотуберкулезных препаратов возникает из-за развития первичной лекарственной устойчивости микобактерий у этих детей.

Однако наиболее ценным показателем является состояние местного иммунитета. Косвенным, и в то же время интегрирующим признаком, указывающим на состояние местного иммунитета, является наличие в бронхиальном смыве неспецифической микрофлоры. Сведения о наличии патогенной, условно-патогенной и сапрофитной неспецифической микрофлоры и грибов рода *Candida* в лаважной жидкости, свидетельствуют о том, что защитные свойства слизистой оболочки бронхиального дерева у детей с сочетанной патологией органов дыхания резко снижены, поскольку допускают наличие существования на ней целого ряда микроорганизмов, часть из которых патогенные. У детей с ХНЗЛ защитные свойства слизистой оболочки снижены в меньшей степени. Наличие патогенной микрофлоры у детей с туберкулезом органов дыхания (ТОД) без сопутствующих ему ХНЗЛ отмечено лишь в 4-х случаях у детей с тяжелым туберкулезным процессом.

Ряд бактерий удалось выделить только у детей с сочетанием выраженных форм ТОД и ХНЗЛ в стадии обострения. При анализе устойчивости МБТ и неспецифической микрофлоры у 4-х больных одновременно отмечалась устойчивость к рифампицину, у 3 пациентов — к стрептомицину, и у одного ребенка — к канамицину.

Таким образом, перекрестная устойчивость неспецифической флоры и микобактерий туберкулеза отягощает течение и излечения без остаточных изменений туберкулеза органов дыхания.

Ю.Э. Овчинникова

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

НИИ фтизиопульмонологии (Санкт-Петербург)

Клинические проявления туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов и характер течения заболевания, возрастные особенности детского организма, а также возрастающая проблема лекарственной устойчивости возбудителя к противотуберкулезным препаратам диктуют необходимость совершенствования этиотропной терапии туберкулеза у детей с использованием индивидуальных схем лечения.

МЕТОДИКА

В период 2005—2010 гг. в отделении детской фтизиатрии ФГУ СПбНИИ фтизиопульмонологии находилось на лечении 155 детей с диагнозом туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. В возрасте 3—6 лет было 69 пациентов (44,5 %), 7—14 лет — 86 детей (55,5 %). В фазе инфильтрации туберкулез выявлен у 83 больных (53,5 %), в фазе кальцинации — у 31 (20 %), уплотнения — у 5 детей (3,2 %), у 36 больных (23,2 %) — хронически текущий первичный туберкулез.

РЕЗУЛЬТАТЫ

1-я группа — 54 ребенка с туберкулезом внутригрудных лимфатических узлов (малая форма). У 17 (31,5 %) детей имели место проявления интоксикации.

2-я группа — 49 детей с распространенным поражением внутригрудных лимфатических узлов. У 38 (77,6 %) наблюдались симптомы интоксикации, периферическая полиадения, положительная локальная симптоматика.

3-я группа — 52 ребенка с осложненным течением туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. У большинства больных наблюдалось множественное поражение внутригрудных лимфатических узлов, в 37 случаях (71,2 %) — двусторонний характер изменений. Структура осложнений представлена очагами отсева в легочную ткань у 18 больных (34,6 %), поражением бронхов — у 14 (26,9 %), экссудативным плевритом — у 6 (11,5 %), диссеминацией — у 5 (9,6 %), мелкими зонами деструкции — у 3 (5,8 %). У 19 (36,5 %) выявлен первичный генерализованный туберкулез. Интоксикационный синдром отмечен у 45 больных (86,5 %), жалобы предъявляли 17 детей (32,7 %). При бронхоскопическом исследовании у 27 детей (51,9 %) выявлены признаки специфического поражения бронхиального дерева. Бактериовыделение имело место у 8 больных (15,4 %).

Терапия в соответствии с III режимом с использованием 3 препаратов в интенсивную фазу 2 мес. по схеме HRS/HRZ была назначена в 1-й группе детей 48 больным (88,9 %).

Отсутствие клинической симптоматики и признаков активности процесса по лабораторным показателям при выявлении мелких единичных кальцинатов во внутригрудных лимфатических узлах определило