



АДМИНИСТРАЦИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР  
ТУББОЛЬНИЦА № 19 Г. НОВОКУЗНЕЦКА  
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ ИСПРАВЛЕНИЯ НАКАЗАНИЯ ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
КЕМЕРОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
НОВОКУЗНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИНСТИТУТ  
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ

---



# ТУБЕРКУЛЕЗ – ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*Сборник трудов  
юбилейной научно-практической конференции  
с международным участием, посвященной  
60-летию областной противотуберкулезной службы  
и 75-летию Новокузнецкого ГИДУВа.  
Кемерово, Россия, 10 декабря 2002 г.*

**Кемерово, 2002.**

# **ТУБЕРКУЛЕЗ – ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции  
с международным участием в г. Кемерово (10 декабря 2002г.)**

В сборнике представлены материалы по истории противотуберкулезной службы Кемеровской области, анализу эпидемиологической обстановки, состоянию диагностики и лечения туберкулеза, ходу внедрения межведомственной программы контроля над туберкулезом в области на основе рекомендаций ВОЗ.

## **РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:**

**Докт. мед. наук И.Ф. Копылова, канд. мед. наук, проф. А.Л. Ханин,  
канд. мед. наук Н.Н. Старченкова, Б.А. Карпинский,  
И.В. Печерина, М.Т. Чернов**

## **ОРГАНИЗАТОРЫ КОНФЕРЕНЦИИ:**

**КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ  
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР  
ТУББОЛЬНИЦА № 19 Г. НОВОКУЗНЕЦКА  
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ СЛУЖБА ГЛАВНОГО УПРАВЛЕНИЯ  
ИСПРАВЛЕНИЯ НАКАЗАНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
КЕМЕРОВСКАЯ МЕДАКАДЕМИЯ  
НОВОКУЗНЕЦКИЙ ГИДУВ  
«ВРАЧИ БЕЗ ГРАНИЦ» - БЕЛЬГИЯ  
ИНСТИТУТ ИМ. ГОРГАСА АЛАБАМСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, США  
ОБЛАСТНОЙ КОМИТЕТ КРАСНОГО КРЕСТА**

**СБОРНИК ИЗДАН ПРИ ПОДДЕРЖКЕ ИНСТИТУТА ИМ. ГОРГАСА  
АЛАБАМСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, Г. БИРМИНГЕМ, США.**

Издание осуществлено при содействии редакции журнала «Мать и дитя в Кузбассе»  
(Свидетельство ПИ 12-0182 от 31.08.2000 г.)  
и Некоммерческого Партнерства «Городской Медицинский Клуб»  
(Свидетельство о гос. регистрации № 3978 от 19.03.1998 г.)

Фотоформы изготовлены в цехе приема газет Кемеровской МТС, телефон 52-45-89

Типография ООО «Антон», г. Кемерово, ул. Сарыгина, 29  
Подписано в печать 25.11.2002 г.  
Формат 84 x 108/16 Печать офсетная. Бумага офсетная. Тираж 500

## ОГЛАВЛЕНИЕ:

### Раздел 1. ИСТОРИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА .....                                                                      | 7  |
| <b>Н.Г. Медников, И.Ф. Копылова</b>                                                                                              |    |
| ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ФТИЗИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ .....                                                              | 12 |
| <b>Т.И. Овсянникова, Л.И. Дивинец</b>                                                                                            |    |
| ИСТОРИЯ СЛУЖБЫ ВНЕТОРАКАЛЬНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ .....                                                       | 14 |
| <b>Э.А. Буров</b>                                                                                                                |    |
| ИСТОРИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО РЕНТГЕНОВСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКПТД .....                                             | 16 |
| <b>Ю.Н. Гуров, И.А. Зимин</b>                                                                                                    |    |
| РАЗВИТИЕ РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ<br>КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА ..... | 17 |
| <b>Е.Б. Сотников</b>                                                                                                             |    |
| ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ КЕМЕРОВСКОЙ МЕДАКАДЕМИИ .....                                                                         | 19 |
| <b>И.Ф. Копылова</b>                                                                                                             |    |
| ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ НОВОКУЗНЕЦКОГО ГИДУВА .....                                                                  | 20 |
| <b>А.Л. Ханин</b>                                                                                                                |    |
| ИСТОРИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. МАРИИНСКА .....                                                                 | 24 |
| <b>Г.В. Дрыгин</b>                                                                                                               |    |

### Раздел 2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 60 ЛЕТ .....                                    | 29 |
| <b>Н.Г. Медников, И.Ф. Копылова, М.Т. Чернов</b>                                                                             |    |
| ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В Г. КЕМЕРОВО .....                             | 30 |
| <b>Е.В. Горбунова, А.С. Горбунова</b>                                                                                        |    |
| ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ<br>(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ) ..... | 31 |
| <b>А.Л. Ханин, С.А. Долгих, И.И. Захарова, С.А. Башева, Н.М. Ханина</b>                                                      |    |
| ДИНАМИКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 10 ЛЕТ (1992-2001 Г.Г.) .....                                   | 34 |
| <b>В.Д. Скороходова, И.Ф. Копылова</b>                                                                                       |    |
| СОСТАВ ДЕТЕЙ С ГИПЕРЭРГИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ТУБЕРКУЛИНУ В ДИНАМИКЕ ЗА 15 ЛЕТ .....                                    | 36 |
| <b>Н.Н. Пискунова</b>                                                                                                        |    |
| ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ .....                                                          | 37 |
| <b>Г.В. Кобелева, О.М. Молчанова, А.М. Моисеенко</b>                                                                         |    |
| АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ В БОЛЬНИЦЕ ЛИУ-33 Г. МАРИИНСКА ЗА 1997-2001 Г.Г. ....                                                     | 38 |
| <b>З.Э. Элбакидзе, И.И. Малахов, К.Ф. Шульга, Н.Н. Старченкова, С.В. Мышкин</b>                                              |    |

### Раздел 3. ВЫЯВЛЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

|                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ИНФОРМАТИВНОСТЬ МИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ<br>ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ .....               | 43 |
| <b>В.Н. Зимина</b>                                                                                                     |    |
| ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ (ПЦР) В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА .....                                             | 44 |
| <b>И.Ф. Копылова, З.Д. Нарышева, Г.Е. Петерс, Э.А. Буров, Г.И. Тимощук</b>                                             |    |
| АНАЛИЗ 7-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ФТИЗИОПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ .....                                       | 46 |
| <b>Л.П. Чумакова, В.К. Кашкаров</b>                                                                                    |    |
| ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ СТЕРОИДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА .....                                               | 48 |
| <b>Т.И. Байбородова, И.П. Байбородов, Г.А. Кукченко</b>                                                                |    |
| КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ<br>БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ ..... | 49 |
| <b>Е.А. Григорьева</b>                                                                                                 |    |
| СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КРУПНЫХ БРОНХОВ И ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ .....                                  | 51 |
| <b>Ю.В. Куликов, А.Л. Ханин, М.Н. Саблин</b>                                                                           |    |
| ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ .....                               | 53 |
| <b>С.К. Власова, В.Н. Зимина</b>                                                                                       |    |
| ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ .....                                                      | 54 |
| <b>И.Ф. Копылова, И.И. Шавелькина</b>                                                                                  |    |
| ПОРАЖЕНИЕ ПЛЕВРЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ .....                                                                         | 56 |
| <b>И.И. Шавелькина, И.Ф. Копылова</b>                                                                                  |    |
| ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 12-17 ЛЕТ В СОВРЕМЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ .....                           | 58 |
| <b>Е.Н. Лукашова, И.Ф. Копылова</b>                                                                                    |    |

|                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ | 61 |
| <b>Л.В. Антонова</b>                                                                    |    |
| К ВОПРОСУ О СПЕЦИФИЧНОСТИ ИФА В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА                                 | 62 |
| <b>Г.Л. Мысливец, Ю.В. Колеватова, О.А. Повельев</b>                                    |    |
| ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ                           | 63 |
| <b>М.Н. Старченков</b>                                                                  |    |
| ОБОСТРЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ                          | 65 |
| <b>Л.П. Чумакова, И.М. Середа</b>                                                       |    |

#### Раздел 4. ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

|                                                                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000 ГОДУ                                                                                                | 69 |
| <b>И.Ф. Копылова</b>                                                                                                                                                                         |    |
| ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА АБАЦИЛЛИРОВАНИЕ<br>ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ                                                        | 71 |
| <b>А.Л. Ханин, С.А. Долгих, С.А. Башева</b>                                                                                                                                                  |    |
| СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ<br>БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КЕМЕРОВСКОМ ОБЛТУБДИСПАНСЕРЕ                                                                      | 73 |
| <b>С.В. Саранчина, И.Ф. Копылова</b>                                                                                                                                                         |    |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОД ПАТРОНАЖЕМ РОКК                                                                                                           | 75 |
| <b>В.И. Тавровская, А.Л. Ханин, Т.Н. Майорова</b>                                                                                                                                            |    |
| ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОЙ И ИНГАЛЯЦИОННОЙ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ<br>ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ                                                                                          | 78 |
| <b>В.Н. Зимина, И.Ф. Копылова, Г.А. Кукченко</b>                                                                                                                                             |    |
| ТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА И ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ<br>В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ                                                            | 80 |
| <b>Д. Лафонтен, В.И. Голубева, Н.Н. Старченкова, О.Н. Шеяненко, Л.С. Фазлиахметова, А.А. Славущий</b>                                                                                        |    |
| АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРЕПАРАТАМИ I РЯДА<br>В СОЧЕТАНИИ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ В ЛИУ-33 Г. МАРИИНСКА ГУИН МЮ РФ ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ | 81 |
| <b>З.Э. Элбакидзе, А.С. Крикавцов, Н.Н. Старченкова, И.И. Малахов, Л.А. Токарева, Т.Н. Астахова, Л.В. Червова, А.И. Красников</b>                                                            |    |
| ВЛИЯНИЕ КОИНФЕКЦИИ МЫСОБАКТЕРИУМ ТУБЕРКУЛОСИС И ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА<br>НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УИС                                                           | 82 |
| <b>О.Эльтайеб, В.Н. Мосин, Е.Ю. Буткеев, Е.В. Братышев, В.Г. Сизов</b>                                                                                                                       |    |
| ПРИЧИНЫ "РЕАКТИВАЦИИ" ТУБЕРКУЛЕЗА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММЕ "DOTS" В ЛИУ-33 Г. МАРИИНСКА                                                                                                    | 84 |
| <b>С.Д. Журкович, И.И. Малахов, Н.Н. Старченкова</b>                                                                                                                                         |    |
| КОНТИНГЕНТ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА<br>В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ                                                                                           | 85 |
| <b>Г.И. Шацкая, Г.Д. Белова, И.В. Печерина</b>                                                                                                                                               |    |
| 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ                                                                                                                      | 87 |
| <b>Е.Б. Сотников</b>                                                                                                                                                                         |    |

#### Раздел 5. ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ

|                                                                                                                                                                   |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ MSF И ГУИН ПО КОНТРОЛЮ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ<br>В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ                                      | 93  |
| <b>А.А. Славущий, А.С. Криковцов, Н.Н. Старченкова, Д. Лафонтен</b>                                                                                               |     |
| ВНЕДРЕНИЕ СТРАТЕГИИ ВОЗ ПО КОНТРОЛЮ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ДЕМОНСТРАЦИОННОМ УЧАСТКЕ Г. КЕМЕРОВО<br>ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЕЕ В ОБЛАСТИ | 94  |
| <b>Г.И. Бабичук, И.В. Печерина, И. Элькрим, Е.В. Горбунова, В. Хаас, Н.Д. Мухомодиева, Л. Лобера</b>                                                              |     |
| АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КУЗБАССЕ                                                                                    | 96  |
| <b>О.М. Зайкова</b>                                                                                                                                               |     |
| ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ВПЕРВЫЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ                                                                                              | 97  |
| <b>Н.И. Тинарская</b>                                                                                                                                             |     |
| ТУБЕРКУЛЕЗ – ЭТО СОЦИАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ                                                                                                                               | 98  |
| <b>Ш. Дюбуа, И.Б. Репич (MSF-Бельгия), Г.И. Бабичук</b>                                                                                                           |     |
| РАЗВИТИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ                                                                            | 100 |
| <b>Е.В. Горбунова</b>                                                                                                                                             |     |
| МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ<br>(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)                                                     | 102 |
| <b>А.Л. Ханин, В.Д. Жидецкая, Н.А. Недяк</b>                                                                                                                      |     |
| РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОЕКТА "ОБРАЗОВАНИЕ ЦЕНТРА ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ<br>КОНТРОЛЯ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РОССИЯ"                             | 106 |
| <b>Н.Н. Вежнина, В. Юркувенас, М.Т. Чернов, М. Кимерлинг</b>                                                                                                      |     |

## Раздел 1

# ИСТОРИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ



## ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ КУЗБАССА

**Н.Г. Медников, И.Ф. Копылова**

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия, кафедра туберкулеза,  
г. Кемерово*

**В** Сибири первые специализированные противотуберкулезные учреждения появились относительно поздно: в Омске в 1923 г., в Новосибирске и Томске в 1924 г. На территории Кузбасса первый тубкабинет был открыт в 1926 г. в г. Анжеро-Судженске Кузнецкого округа Западно-Сибирского края. Там же в 1928 г. был открыт первый противотуберкулезный диспансер. Организатором противотуберкулезной службы города и ее бессменным руководителем в течение 36 лет была Анна Ивановна Окун, выпускница медицинского факультета Томского университета, заслуженный врач РСФСР (умерла в 1966 году).

В 1928 г. в г. Щегловске (Кемерово) на правом берегу Томи в поселке Кемеровского рудника в двухэтажном деревянном здании (бывшем помещении молочной фермы акционерного общества) появился первый специализированный прием больных туберкулезом. В 1929 году организован «диспансер для туберкулезных», которому несколько позднее был придан статус окружного. В начале прием больных вели врачи Я.М. Подольский и Кутаев. Основной же объем организационных и лечебных мероприятий в первые годы осуществляли выпускники Омского медицинского института Вячеслав Иванович Кондратьев (с 1929 г.) и Серафима Алфеевна Ипполитова (с 1930 г.)

Щегловск в эти годы насчитывал 30-35 тысяч жителей. При диспансере в 1930 г. был открыт стационар на 15 коек, увеличенный к 1933 году до 30. В 1931 г. открыты дневной и ночной санатории по 10 коек. В диспансер приезжали лечиться больные со всего Кузнецкого округа, кроме Анжеро-Судженска. Диспансером заведовал Вячеслав Иванович Кондратьев, чрезвычайно энергичный и инициативный врач (по воспоминаниям С.А. Ипполитовой). Под руководством В.И. Кондратьева впервые была организована диспансеризация шахтеров, обследование их на туберкулез и пневмокониоз, санация очагов туберкулезной инфекции, санпросветработа. Обследовались условия труда и осуществлялось трудоустройство больных шахтеров и работников Коксохимзавода. Рентгеновское обследование проводилось методом скопии, для чего больные в сопровождении врача направлялись в городскую больницу, где находился единственный в то время рентгеновский аппарат в городе.

Нагрузка у врачей была очень большой. Например, единственный врач диспансера С.А. Ипполитова в течение ряда лет, работая на одну ставку, вела всех стационарных больных, проводила исследования в клинической лаборатории, осуществляла прием амбулаторных больных в течение всего дня, проводила рентгеновское обследование, делала вечерние обходы стационарных больных, оказывала экстренную помощь в ночное время. Она жила в комнате при диспансере.

В 1932 году город Щегловск был переименован на Кемерово. В 1933 г. в городе проведена реорганизация: созданы лечебно-профилактические объединения всех лечебных учреждений. Тубдиспансер был подчинен Рудничной больнице на правах отделения. В ноябре 1934 г. он снова стал самостоятельным учреждением и именовался Рудничным противотуберкулезным диспансером.

К 1936 году население города увеличилось до 130 тысяч человек. Росла нагрузка на врачей диспансера. К этому времени вместе с С.А. Ипполитовой, возглавлявшей диспансер, работали врачи И.В. Назимов, А.Н. Нестеренко, В.И. Муравьева, Е.И. Круссор и другие.

В 1935 г. в Рудничном диспансере установлен первый рентгеновский аппарат. В 1937 году в Кемерове был открыт новый диспансер Кировского района. В 1940 году в центре города в новом здании открыт городской тубдиспансер, по тому времени хорошо оборудованный. В штате его предусматривалось шесть врачей.

В начале Великой Отечественной войны врачей мобилизовали в госпитали, гортубдиспансер закрыли, а в мае 1942 года снова восстановили, но уже в другом здании. Главным врачом была назначена Александра Эдуардовна Людэ.

В 1943 году образовалась Кемеровская область, выделившаяся из Новосибирской, и городской противотуберкулезный диспансер был преобразован в областной. Заведовали им А.Л. Казарновская, М.М. Рабинович, А.Э. Людэ, с 1945 г. — В.И. Сватикова, А.И. Щербакова, а с 1948 по 1951 г.г. — С.А. Ипполитова.

По воспоминаниям коллег, Серафима Алфеевна Ипполитова была высококвалифицированным специалистом, исключительно внимательной к больным и медицинскому персоналу, очень добросовестным врачом и хорошим орга-

низатором, посвятившая работе в противотуберкулезной службе Кузбасса почти 50 лет.

В г. Сталинске (ныне Новокузнецк) первый тубкабинет был открыт в 1930 году в поликлинике общей сети. Первым фтизиатром была назначена Анастасия Федоровна Антонова. Противотуберкулезный диспансер здесь был организован в 1931 году со стационаром на 25 коек, где продолжала работу врач А.Ф. Антонова и вновь назначенные врачи О.А. Сапожникова и Г.Е. Майданюк. В 1935 году диспансер был расширен до 75 коек для взрослых с легочной патологией и 25 коек для детей, а также — 25 коек для больных костно-суставным туберкулезом и переименован в туберкулезную больницу. Главным врачом больницы был назначен К.Е. Татаров, с 1937 г. — З.И. Шабалина, с 1939 г. — Э.М. Иосифович, В.И. Петрик.

Четвертым городом, по времени формирования противотуберкулезной службы области, является Ленинск-Кузнецкий. В 1932 году здесь открыт тубкабинет, в 1934 г. — тубдиспансер. Первым фтизиатром, а затем руководителем диспансера, был И.Л. Кривобок (1934-1961 г.г.). Первые врачи фтизиатры — А.Г. Попова, К.А. Юферова, Н.А. Лазарева, Ю.И. Гагарина, А.В. Сусанина, В.В. Ясюк, В.М. Китова.

В Прокопьевске тубкабинет был открыт в 1934 г., а в 1936 г. — тубдиспансер со стационаром на 35 коек.

В Киселевске тубкабинет — в 1939 г., в 1947 г. — тубдиспансер.

В Белове тубкабинет открыт в 1940 г., тубдиспансер — в 1955 г.

В Тайге тубкабинет организован с 1944 г., первый фтизиатр А.Н. Елисафенко.

В Мариинске тубкабинет с 1945 г., фтизиатр Т.П. Москвина. Тубдиспансер — с 1966 г., первый главный врач В.Н. Лобанов

В Юрге тубкабинет с 1947 г., тубдиспансер — с 1952 г., первый главный врач З.С. Пресвятская.

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в 30-40-е годы была исключительно тяжелой. Смертность от туберкулеза составляла около 500 случаев на 100 тыс. населения. Первые фтизиатры работали в условиях большой перегрузки, имея ничтожные средства для оказания помощи больным и проведения профилактических мероприятий. Главным методом лечения являлся искусственный пневмоторакс, наложением и ведением которого владели все фтизиатры. Широко использовалось внутривенное введение хлористого кальция стационарным и амбулаторным больным.

В связи с малочисленным коечным фондом возможности стационарного лечения были очень ограничены. Большое внимание уделялось про-

филактической работе в очагах туберкулезной инфекции.

В 1938 г. в Кузбассе начали проводиться противотуберкулезные прививки новорожденным.

Первая клиническая лаборатория была открыта в Анжеро-Судженском тубдиспансере в 1933 году, первый врач-лаборант — Одинцова. В начале 50-х годов появились первые противотуберкулезные препараты — ПАСК, стрептомицин, фтивазид, сначала в очень ограниченном количестве. Продолжала развиваться и совершенствоваться противотуберкулезная помощь и материально-техническая база противотуберкулезных учреждений. В 1950 году в области работало 9 противотуберкулезных диспансеров с общим количеством 860 коек, санаторий для взрослых на 240 мест в селе Красное Ленинск-Кузнецкого района, несколько детских тубсанаториев с общим числом 1090 мест. Количество врачей-фтизиатров достигло 125.

Серьезное внимание уделялось профилактическим рентгенологическим обследованиям населения на туберкулез при еще крайне недостаточном обеспечении рентгенологической техникой. Большой объем профилактической работы проводился на промышленных предприятиях совместно с врачами медсанчастей и профсоюзами. Облтубдиспансер осуществлял организационно-методическое руководство противотуберкулезных мероприятий в области.

Работа противотуберкулезной службы области положительно оценивалась органами управления здравоохранения. Так, Новосибирский НИИ туберкулеза в 1951 г. отмечал, что «в Кемеровской области шел рост объема профилактических мероприятий более быстрыми темпами по сравнению с другими территориями Западной Сибири».

С 1952 по 1955 г.г. противотуберкулезную службу Кузбасса возглавляла Э.А. Кудишь, с 1955 по 1963 гг. — Галина Вадимовна Попова.

Успешно развивалась фтизиохирургическая помощь. Уже в начале 30-х годов в хирургических отделениях общей лечебной сети многих городов области проводились операции пережигания плевральных спаек (Кемерово, Сталинск, Анжеро-Судженск). В Сталинске хирургами Н.Н. Смирновым и А.Ш. Шерманом с 1937 г. начала применяться операция френикоалкоголизации. В 1938 г. такая операция была проведена в Кемерове Михаилом Алексеевичем Подгорбунским.

В 1953 году было открыто хирургическое отделение для больных туберкулезом в Кемеровской областной больнице. В 1954 г. это отделение было передано в областной противотуберкулезный диспансер, заведующей назначена Татьяна Ивановна Овсянникова, ученица



М.А. Подгорбунского. Она поставила работу отделения на уровень лучших отделений этого профиля в стране. Вместе с ней успешно работали хирурги Александр Михайлович Черемушкин, Валентина Георгиевна Бекузарова, Олег Семенович Колашников, Леонид Иванович Дивинец, Виктор Григорьевич Кузнецов.

В 1956 г. фтизиохирургическое отделение было открыто в Новокузнецке, возглавляли его профессор Б.И. Фукс и доцент Н.Н. Смирнов. С 1958 г. отделением заведовал профессор Владимир Михайлович Тавровский. С 1957 г. хирургическое лечение туберкулеза начато в Прокопьевске Александром Васильевичем Рубцовым. В 1979 г. хирургические койки здесь были закрыты, и в области остались два отделения торакальной хирургии — при областном противотуберкулезном диспансере и в Новокузнецкой туберкулезной больнице.

До 1957 г. в хирургических отделениях проводились операции по пережиганию спаек, коллапсохирургические и, лишь в единичных случаях, резекция легких. После 1957 г. преобладали кавернотомия, торакопластика и экстраплевральный пневмолиз. С 1961 г. основным оперативным вмешательством стала резекция легких.

Противотуберкулезная помощь детям оказывалась с момента появления первых тубкабинетов (с 1928 г. врачом Рыбниковой, Анжеро-Судженск). Специализированная фтизиопедиатрическая служба была выделена в 1948 г. Ее организаторами явились врачи Е.П. Позднякова, Е.И. Трусова, А.И. Бобитова, Р.И. Ускова, В.Я. Дубинина, А.И. Сазонова, А.Д. Большакова, Н.Н. Сахарова, М.Г. Вертячих, О.П. Демина, заслуженный врач РФ В.В. Ясюк. Ими и их последователями проводилась большая работа по внедрению противотуберкулезных прививок, туберкулинодиагностики и других профилактических мероприятий среди детского населения.

В организации амбулаторного, стационарного и санаторного лечения детей много сделано заслуженным врачом РФ З.Д. Нарышевой, врачами О.А. Поршневой, Р.В. Воробьевой, Э.В. Филипповой. В 1983 г. в облтубдиспансере выделен территориально изолированный комплекс для амбулаторной и стационарной помощи детям севера Кузбасса. Сегодня в области функционируют три детских туберкулезных стационара (Кемерово, Новокузнецк, Прокопьевск) и семь детских тубсанаториев (Кемерово, Анжеро-Судженск, Юрга, Ленинск-Кузнецкий, Белово, Прокопьевск, Таштагол).

Первые мероприятия по туберкулезу внелегочной локализации начали осуществляться в 30-е годы. В 1933 г. в Анжеро-Судженске был организован первый прием больных костно-суставным туберкулезом (врач А.И. Окун) и для

них в медицинских учреждениях общей сети были выделены 5 стационарных коек. С 1946 г. прием больных внелегочной локализации открыт в Сталинске и Кемерове. В 1952 г. в Сталинске открыто отделение для хирургического лечения больных костно-суставным туберкулезом (профессор Яков Борисович Юдин, врач Мария Григорьевна Бекиш).

В 60-е годы создана система двух центров по обслуживанию населения севера и юга Кузбасса. Открыты крупные стационары и специализированные амбулаторные приемы по внелегочному туберкулезу всех локализаций в Кемерове (зав. отделением Наталья Петровна Носкова) и Новокузнецке (Николай Григорьевич Лапштаев). Большое внимание уделяется туберкулезу мочеполовой системы (Валентина Григорьевна Еременко, Эдуард Александрович Буров в Кемерове, Петр Афанасьевич Бесхлебный, Александр Сергеевич Попов, Виктор Рувимович Фенстер в Новокузнецке).

Организуется специализированная помощь больным туберкулезом глаз (Любовь Ильинична Несмелова), женских половых органов (Валентина Дмитриевна Овдина), костно-суставным (Людмила Яковлевна Авраменко), ЛОР-органов (Галина Кузьминична Демченко). Коечный фонд для больных внелегочным туберкулезом в области вырос с 5 в 1950 году до 260 в 1963 году.

До начала 1960-х годов материальная база противотуберкулезной службы оставалась крайне неудовлетворительной. Остро ощущался недостаток коечного фонда. Врачи имели возможность госпитализировать только больных открытой формой туберкулеза на ограниченный период времени (до 40 дней). Санаторно-курортное лечение получали лишь 10 % нуждающихся пациентов. Не хватало врачей-фтизиатров. Очередность на амбулаторный прием достигала 10 дней. Практически не было флюорографов. Частота запущенных форм среди впервые выявленных больных составляла почти 50 %.

В 1960 году было издано постановление Совета Министров СССР № 972 «О мероприятиях по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом», созданы новые благоприятные условия для противотуберкулезной работы и поставлена задача ликвидации туберкулеза в СССР, как массового заболевания. Противотуберкулезная служба бесперебойно обеспечивалась противотуберкулезными препаратами. Резко повысился уровень оснащения службы оборудованием и инвентарем.

Широко развернулось строительство новых тубучреждений. В 1960-70-е годы были построены новые корпуса по типовым проектам в Кемерове, Новокузнецке, Белове, Анжеро-Суджен-

ске, Юрге, Междуреченске, Мысках. В других городах для организации противотуберкулезных диспансеров выделялись и приспособлялись существующие здания. Были созданы бактериологические, биохимические, клинические и другие лаборатории. В районных больницах открывались туберкулезные отделения, либо в составе инфекционных отделений выделялись койки.

С 1955 по 1963 г.г. областным противотуберкулезным диспансером и службой руководила Галина Вадимовна Попова, с 1963 по 1976 г.г. — Александра Ивановна Щербакова, с 1976 по 1981 г.г. — Георгий Иванович Бабичук. Большой вклад в организацию и развитие противотуберкулезной службы области в эти годы внесли Анна Николаевна Елисафенко, Зоя Алексеевна Рукина, Варвара Васильевна Шмырева (Кемерово), Анна Александровна Белова, Иван Андреевич Шанин (Новокузнецк), Александра Григорьевна Попова (Прокопьевск), Иван Николаевич Образцов (Осинники), Виктория Ивановна Голубева (Анжеро-Судженск), Зоя Степановна Пресвятская, Тамара Александровна Ермакова (Юрга), Виктор Михайлович Загородников (Ленинск-Кузнецкий), Тамара Михайловна Савощенко (Белово), Владимир Николаевич Дрыгин, Светлана Антоновна Вашкель (Мариинск).

Кадры врачей-рентгенологов, обязанности которых ранее выполняли фтизиатры, были выделены отдельно. Первыми рентгенологами в облтубдиспансере были Виктор Григорьевич Михайлов, Юрий Афанасьевич Боровик, Юрий Григорьевич Иванов, в Новокузнецке — Евгений Георгиевич Тырышкин, Валентина Николаевна Прозорова, Мария Кирилловна Барышева.

Расширялись и совершенствовались лабораторные методы обследования больных туберкулезом, была внедрена люминесцентная микроскопия, биохимические методы обследования (Клавдия Алексеевна Анохина, Нина Ивановна Котова, Наталья Михайловна Литвинова, Александра Сергеевна Горбунова — в облтубдиспансере; Таисья Федоровна Цисс, Юлия Германовна Разведская, Анна Андреевна Никитина — в Новокузнецке).

В 1970 г. в области функционировали 26 противотуберкулезных диспансеров и больниц, 4143 стационарных и 1805 санаторных коек, работали 375 врачей.

В последующие годы совершенствование противотуберкулезной работы сопровождалось ликвидацией малокоечных стационаров и диспансеров, централизацией специализированной помощи. К 1983 г. в области осталось 15 тубдиспансеров и больниц с общим количеством 2995 коек. Открылись диагностические отделения в Кемерове и Новокузнецке, внедрялись эндоско-

пические методы диагностики и лечения, иммуно- и цитологические исследования. Рентгенофлюорографическая техника постоянно обновлялась и пополнялась, современной медицинской техникой были оснащены хирургические отделения, создана реанимационно-анестезиологическая служба.

Большой вклад в развитие службы в этот период внесли Галина Михайловна Жуйкова, Генриетта Михайловна Жуйкова, Галина Алексеевна Кукченко, Лидия Григорьевна Лосева, Роза Михайловна Бурова, Раиса Алексеевна Новоселова, Арнольд Робертович Шик, Александр Михайлович Сысоев, Юрий Николаевич Желудков, Регина Альфредовна Карпова, Евгения Ивановна Цикунова, Инна Семеновна Чуева, Марина Григорьевна Паньшина, Марина Михайловна Баева, Ирина Геннадиевна Христова, Марина Васильевна Павлова, Валентина Семеновна Устинова. Большинство из них продолжает успешно трудиться до настоящего времени.

В 1982 году главным врачом облтубдиспансера был назначен Николай Григорьевич Медников — заслуженный врач РФ, проработавший в этой должности 20 лет. С большой отдачей с ним работали и продолжают работать заместители — Михаил Тимофеевич Чернов, Ирина Владимировна Печерина, Анатолий Макарович Моисеенко, заведующие структурными подразделениями Раиса Николаевна Двинских, Алиса Яковлевна Боровик, Василий Николаевич Илясов, Наталья Николаевна Пискунова, Галина Ивановна Шатская, Ольга Михайловна Молчанова.

80-е годы характеризовались дальнейшим повышением уровня противотуберкулезной помощи населению области. Особое внимание уделялось работе в сельских районах, оптимизации структуры и деятельности сети противотуберкулезных учреждений и управлению ими. Были созданы три крупные территориальные специализированные объединения с центрами в Кемерове, Новокузнецке, Прокопьевске и пять межрайонных диспансеров в Анжеро-Судженске, Белово, Мариинске, Ленинск-Кузнецком, Юрге. Ликвидированы туберкулезные койки в общей лечебной сети и малокоечные тубдиспансеры.

Наша структура была одобрена коллегией МЗ РФ и рекомендована для внедрения в других территориях России. Большое внимание уделялось профилактическим мероприятиям и раннему выявлению туберкулеза. Достигнут высокий охват детей прививками БЦЖ и туберкулинодиагностикой.

Охват населения флюорографическими осмотрами к 1986 г. составил 84 %, а заболеваемость туберкулезом к 1990 г. снизилась до уровня среднего по России, что для Сибирского региона было большим достижением. Проти-

вотуберкулезные учреждения области продолжали укреплять материальную базу и оснащаться медицинской техникой. Открылись эндоскопические кабинеты, оснащенные аппаратами с волоконной оптикой, кабинеты УФО, гипербарической оксигенации, лазеротерапии, гемосорбции. При облтубдиспансере был организован передвижной флюорографический отряд для профилактических осмотров сельского населения. Создана автоматизированная система управления противотуберкулезными мероприятиями области — АСУ «Фтизиатрия», основанная на машинной обработке персонифицированных данных о больных туберкулезом. Эта работа также получила одобрение МЗ РФ и была внедрена в Ивановской области и Алтайском крае, а также использовалась при разработке программы мониторинга противотуберкулезных мероприятий федерального уровня при Московском НИИ туберкулеза МЗ РФ. В туббольнице № 19 Новокузнецка была разработана автоматизированная система управления, основанная на алгоритмизации деятельности врача.

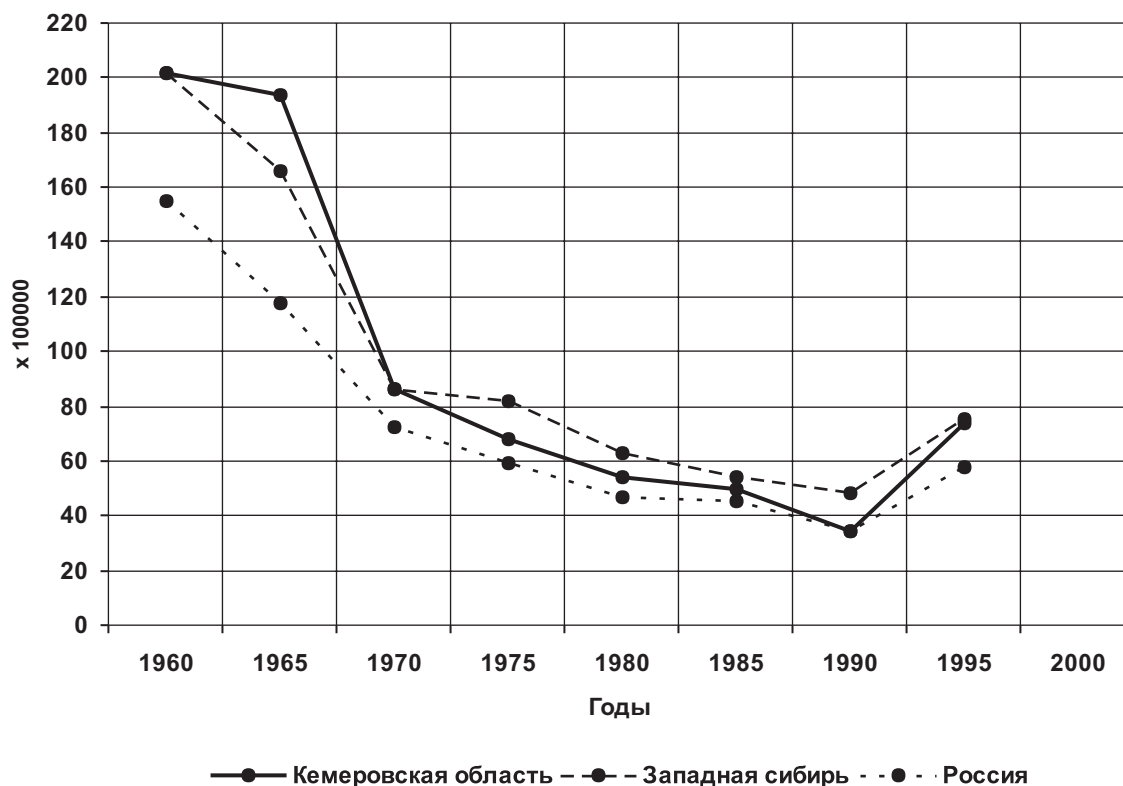
С 1991 года, в связи с нестабильностью в стране и обществе, нарастающим снижением жизненного уровня населения, увеличением доли социально-дезадаптированных лиц, рос-

том миграции, высоким удельным весом контингентов пенитенциарной системы, резким ограничением средств на противотуберкулезные мероприятия, разрушением эффективной системы централизованного снабжения противотуберкулезными препаратами и дорогостоящим оборудованием за счет федерального фонда, трудностями госпитализации больных в межтерриториальные тубучреждения, резко снизились противотуберкулезные мероприятия. К 2002 году заболеваемость туберкулезом выросла в Кузбассе в три раза и достигла 130 на 100 тысяч населения, с учетом пенитенциарной системы и других ведомств, смертность увеличилась в 3,5 раза (рисунок).

В середине 90-х годов особенно сложная ситуация сложилась в пенитенциарной системе, где смертность от туберкулеза в 1996 г. составила 955 на 100 тысяч заключенных, заболеваемость — 2143. В такой ситуации руководители областного управления ГУИН вынуждены были обратиться за помощью к международным гуманитарным организациям. В 1996 г. в туберкулезную больницу колонии № 33 пришли специалисты Бельгийской миссии «Врачи без границ», которые, вложив значительные материальные ресурсы, помогли сломить негативную тенден-

Рисунок

Динамика заболеваемости туберкулезом жителей Кемеровской области, Западной Сибири, России за 1960–2000 годы



цию развития эпидемиологического процесса. Сегодня эта организация работает во всех колониях области. В 2001 г. показатели смертности и заболеваемости снизились до 166 и 963, соответственно.

В результате наметившейся экономической стабилизации в стране и некоторого улучшения финансирования здравоохранения, в 2000–2001 г.г. в области отмечена тенденция к стабилизации эпидситуации по туберкулезу, а в 2001 г., впервые за 10 лет, — улучшение ряда важных показателей. Заболеваемость снизилась на 12 %, в т.ч. детская — на 7 %. На 14 % снизилось число рецидивов, на 15 % увеличилась эффективность лечения. Однако это трудно считать устойчивой тенденцией, так как заметного улучшения в финансировании основных противотуберкулезных мероприятий нет.

С целью использования международного опыта в борьбе с туберкулезом и рекомендаций ВОЗ, противотуберкулезная служба области в последние три года развивает сотрудничество с Международными гуманитарными организациями. С 1999 г. в области работает пилотная программа «РОКК против туберкулеза», поддерживаемая Международным Комитетом Красного Креста и Министерством Международного Развития Великобритании (DFID). Программа помогает осуществлять социальную поддержку больных туберкулезом в период лечения. В последние два года успешно осуществляется сотрудничество с институтом им. Горгаса Алабамского университета (США). Осуществляется программа по созданию Центра усовершенствования контроля над туберкулезом (ЦУКТ) и планируется внедрение программы оснащения референс-лаборатории при облтубдиспансере.

Совместно с организацией «Врачи без границ» осуществляется программа создания на

базе Кировского района Кемерова демонстрационного участка по отработке стратегии ВОЗ и лабораторного проекта, планируется начать лечение больных с мультирезистентным туберкулезом по программе DOTS (+). С помощью DFID осуществляется лабораторный проект в Новокузнецке и проводятся исследования по экономической эффективности противотуберкулезных мероприятий в Кемеровской, Ивановской, Самарской и Орловской областях.

Противотуберкулезная служба области работает в тесном сотрудничестве с кафедрами туберкулеза Кемеровской государственной медицинской академии и Новокузнецкого ГИДУВа. Совместно с ними разрабатывались и внедрялись новые методы диагностики, лечения и управления противотуберкулезными мероприятиями. Результатом совместной работы по внедрению АСУ «Фтизиатрия» явилась защита докторской диссертации заведующей кафедрой И.Ф. Копыловой, а создание наркологических кабинетов при тубучреждениях — защита кандидатской диссертации ассистента кафедры Г.В. Кобелевой. С участием кафедр разрабатывается «новый хозяйственный механизм» в управлении противотуберкулезной службой, обеспечивающий экономическую заинтересованность медицинских работников в повышении эффективности труда. В Новокузнецкой туббольнице, совместно с кафедрой ГИДУВа, разработана и внедрена «Система управления противотуберкулезными мероприятиями в тубучреждении», основанная на алгоритмизации врачебной деятельности. Большую помощь службе оказывает Новосибирский НИИ туберкулеза, который осуществляет курацию региона Сибири.

С 1 августа 2002 года главным врачом облтубдиспансера назначен Сергей Викторович Смердин.

\* \* \*

## ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ФТИЗИОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КУЗБАССЕ

**Т.И. Овсянникова, Л.И. Дивинец**

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

Организационное развитие фтизиохирургической помощи в Кемеровской области можно условно разделить на три основных этапа.

Первый этап — с 1930 по 1953 год — характеризовался тем, что применялись только операции пережигания плевральных сращений при искусственном пневмотораксе и операции на диафрагмальном нерве. Эти операции проводи-

лись в хирургических отделениях общей лечебной сети. Пережигание плевральных сращений осуществлялось во многих городах области: Кемерове, Сталинске, Анжеро-Судженске, Юрге, Ленинске-Кузнецком, Осинниках. Операция френикоалкоголизации начала применяться в Сталинске с 1937 г. хирургами Н.Н. Смирновым и А.Ш. Шерманом, в Кемерове с 1938 г. Михаилом Алексеевичем Подгорбунским.

Второй этап — с 1953 по 1960 г.г. — включил в себя открытие специализированных фтизиохирургических отделений и расширение объема и качества паллиативных хирургических вмешательств при туберкулезе. В 1953 г., по инициативе главного хирурга области, заслуженного врача РСФСР М.А. Подгорбунского и главного врача облтубдиспансера Э.А. Кудиш, в Кемеровской областной больнице было организовано фтизиохирургическое отделение на 60 коек, переданное в 1957 г. облтубдиспансеру.

Возглавила отделение и руководила им в течение 30 лет Татьяна Ивановна Козырева-Овсянникова, ученица Подгорбунского, прекрасный организатор и блестящий фтизиохirurg. Первые годы Татьяна Ивановна была единственным хирургом в отделении и оперировала с помощью медсестер при консультативной поддержке М.А. Подгорбунского. С 1957 г. начал формироваться коллектив врачей-хирургов. В отделении начали работать Р.А. Карпова, Л.Я. Авраменко, К.А. Анохина, А.С. Черемушкин.

В 1956 г. открылось фтизиохирургическое отделение в Новокузнецке (проф. Б.И. Фукс, доцент Н.И. Смирнов). С 1958 г. отделением заведовал Владимир Михайлович Тавровский. В 1957 г. Александром Васильевичем Рубцовым, квалифицированным торакальным хирургом, было организовано хирургическое отделение в Прокопьевском тубдиспансере.

В эти годы резко увеличилось количество операций пережигания плевральных сращений. Если в 1952 г. в области их было выполнено 173, то в 1957 г. только в Кемерове — 373. Внедрялись и широко использовались в работе такие коллапсохирургические методы, как экстраплевральный пневмолиз в различных модификациях, торакопластика, а также кавернотомия и кавернопластика. Проводились операции на позвоночнике и суставах, пораженных туберкулезом. Операции на органах дыхания проводились под местной анестезией, на костях — под общим масочным наркозом.

Третий этап развития фтизиохирургии в области начался в 1961 г., когда значительно улучшилось материально-техническое оснащение хирургических отделений. Основная особенность этого периода — значительное повышение уровня оперативных вмешательств и анестезиологической помощи. Стали широко использоваться радикальные операции, главным образом, резекции легких на фоне антибактериальной терапии. Большая доля опера-

тивного вмешательства отбиралась с активным участием хирургов. Были отработаны методики предоперационной подготовки больных и ведения их в послеоперационном периоде.

В Новокузнецке все виды резекционной хирургии легких начали осуществляться с 1960 г. А.А. Червинским, В.М. Тавровским, в облтубдиспансере — с 1961 г. Т.И. Козыревой-Овсянниковой, А.С. Черемушкиным и др. В 1979 г. хирургическое лечение больных туберкулезом органов дыхания было централизовано в Кемерове и Новокузнецке, отделение в Прокопьевске закрыто.

В третьем периоде были освоены и внедрены интубационный наркоз, бронхоскопия, бронхография, эпидуральная анестезия, все виды оперативных вмешательств на плевре и легких — резекции сегментарные, долевые двух и более долей, плевроппульмонэктомия, резекция в комбинации с интраплевральной торакопластикой, одномоментные двухсторонние резекции с трансторакальным и транстернальным доступом, плеврэктомия, транстернальная трансперикардальная окклюзия главного бронха.

По хирургической активности, внедрению в практику новейших методов, эффективности операций, низкого процента осложнений и смертности отделения грудной хирургии туберкулезной области занимали одно из первых мест в стране.

С 1980-х годов в хирургических отделениях начали проводить оперативное лечение не только туберкулеза, но и неспецифической патологии органов дыхания — абсцессов, эмпием, бронхоэктатической болезни, патологического пневмоторакса и др. Отделения занимались и хирургическими методами диагностики.

В 1990-х годы, в условиях резкого ухудшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу и утяжеления течения этого заболевания, существенно снизилось число больных с показаниями к резекциям. Стали более широко использоваться костно-кожно-мышечные пластические операции на грудной стенке.

Отделение грудной хирургии в ОКПТД около 20 лет возглавлял Леонид Иванович Дивинец, в настоящее время им заведует молодой хирург Роман Владимирович Миросикин. В Новокузнецке в течение ряда лет торакальным отделением заведовал Борис Степанович Иванов. В настоящее время эту должность занимает Василий Иванович Головкин.

\* \* \*



## ИСТОРИЯ СЛУЖБЫ ВНЕТОРАКАЛЬНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Э.А. Буров

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

**П**ервые мероприятия по оказанию помощи больным внеторакальными формами туберкулеза стали осуществляться в области с 1933 года, когда в г. Анжеро-Судженске в тубдиспансере (гл. врач А.И. Окун) был организован прием больных костно-суставным туберкулезом и выделены 5 коек для таких больных в общей лечебной сети. В 1946 г. прием для больных с данной локализацией туберкулеза был открыт в Сталинске и Кемерове (Л.Я. Авраменко).

В 1947 году на базе детского противотуберкулезного санатория в Кемерове было открыто отделение для детей с костно-суставным туберкулезом на 50 коек. Диагностикой и лечением больных детей занималась главный врач санатория Людмила Яковлевна Авраменко. В 1954 году Л.Я. Авраменко перешла на работу в хирургическое отделение областного противотуберкулезного диспансера, где осуществляла оперативное лечение больных туберкулезом костей и суставов, а также занималась диагностикой, лечением и диспансеризацией больных из городов и районов области в поликлиническом отделении диспансера.

В 1952 г. в Сталинске открылось хирургическое отделение для лечения больных костно-суставным туберкулезом (проф. Яков Борисович Юдин, врач Мария Григорьевна Бекиш). В 1960 г. при городской больнице № 3 г. Кемерово было создано отделение для детей с туберкулезным менингитом на 30 коек, расширенное в 1966 г. до 50 коек. Заведовали отделением Нина Аркадьевна Молодыка, затем Наталья Петровна Носкова. В 1962 году в Кемеровском городском противотуберкулезном диспансере № 1 был организован прием тубостеолога. Людмила Николаевна Комарова проработала тубостеологом в городском противотуберкулезном диспансере № 1 до 1979 года, а затем, до 1997 года, в облтубдиспансере.

С сентября 1964 г. в поликлиническом отделении облтубдиспансера осуществляется прием урологических больных. Организатором помощи по туберкулезу мочевой системы и туберкулезу мужских половых органов стала фтизиоуролог Валентина Григорьевна Еременко, проработавшая в ОКПТД 25 лет.

В конце 1960-х годов в области была создана стройная система оказания помощи по внелегочному туберкулезу с созданием двух центров в Кемерове и Новокузнецке для обслуживания на-

селения Севера и Юга области. Открыты крупные специализированные стационары и амбулаторные приемы по внелегочному туберкулезу всех локализаций.

В стационарах лечились взрослые больные с туберкулезным менингитом, урологическим туберкулезом, туберкулезом периферических лимфоузлов и абдоминальным туберкулезом.

Больных с туберкулезом периферических лимфоузлов и абдоминальным туберкулезом в ОКПТД курировала врач Нина Никифоровна Нехаева. Заведовала отделением и была главным специалистом по внелегочному туберкулезу Наталья Петровна Носкова, выполнявшая эти обязанности до 1984 года. Наталья Петровна Носкова проработала в облтубдиспансере 28 лет, в том числе в качестве заведующей стационарного отделения, последние 10 лет — фтизиатром по внелегочным формам туберкулеза в диспансерном отделении № 1. Н.П. Носкова организовала не только стационарное отделение внелегочных форм туберкулеза, но и всю службу области по диагностике и лечению внеторакальных форм туберкулеза. Ее отделение было одним из лучших в диспансере по производственным показателям, по культуре обслуживания больных. Одними из первых в стране сотрудники отделения начали внутривенное введение антибактериальных препаратов, очень широко использовалась проба Коха для диагностики многих локализаций туберкулеза. За свой тридцатилетний добросовестный и высококвалифицированный труд Наталья Петровна была награждена орденом Знак почета, медалью к 100-летию со дня рождения В.И. Ленина и получила звание «Отличника здравоохранения СССР».

С января 1968 года по настоящее время в отделении работает уролог Эдуард Александрович Буров, заведовавший данным отделением в 1984-2002 г.г. С 1968 года врачами урологами В.Г. Еременко и Э.А. Буровым начата оперативная деятельность. Сложные операции (нефроуретерозэктомии, неуретероцистоанастомозы, пересадки мочеточников в кишечник и сигмоцистопластики) в первые годы операционной деятельности выполнялись с помощью урологов областной больницы. Кроме урологических операций, урологи выполняли удаление периферических узлов, биопсии кожи и подкожной клетчатки и прочие операции.

За период 1968-2002 г.г. в отделении было выполнено 1417 операций, из них: нефрэкто-

мий — 173, уретерэктомий — 86, резекций почек — 34, уретероцистоанстомозов — 39, эпидимэктомий — 205, орхэктомий — 65, резекций придатков яичек — 127, сигмоцистопластика — 6, других операций на мочеполовой системе — 211, удалений периферических лимфоузлов — 276, биопсий кожи с подкожной клетчаткой — 133, прочих операций — 62. Стоит отметить, что послеоперационная смертность отсутствовала.

С 1969 г. по 1985 г. в ОКПТД работала фтизиогинеколог Валентина Дмитриевна Овдина. С того же времени по сей день работает окулист Любовь Ильинична Несмелова, являющаяся единственным фтизиоокулистом в Кемеровской области в течение последних 10 лет. С 1979 г. в отделении работает Светлана Константиновна Власова, освоившая в совершенстве диагностику и терапевтическое лечение больных с костно-суставным туберкулезом, диагностику и лечение больных с туберкулезом периферических лимфоузлов, с абдоминальным туберкулезом, с туберкулезом центральной нервной системы. Светлана Константиновна освоила лапароскопический метод диагностики абдоминального туберкулеза и с помощью торакоскопа выполнила 13 лапароскопий. С 1984 г. до 2002 г. С.К. Власова являлась единственным тубменингиологом в Кемеровской области для взрослых больных. С 1982 г. диагностикой и лечением детей и подростков с туберкулезом центральной нервной системы занимается заведующая детским отделением ОКПТД Зинаида Дмитриевна Нарышева. С.К. Власова и З.Д. Нарышева часто по службе санавиации оказывали диагностическую помощь больным с туберкулезным менингитом в городах и районах области.

С начала 1950-х годов областным центром по оказанию хирургической помощи больным костно-суставным туберкулезом является отделение костно-суставного туберкулеза в Новокузнецке. В течение многих лет им заведовал Николай Григорьевич Лапштаев. Организаторами фтизиоурологической помощи и первыми фтизиоурологами в Новокузнецке были Петр Афанасьевич Бесхлебный, Алексей Сергеевич Попов, Виктор Рувимович Фенстер. Отделения костно-суставного и мочеполового туберкулеза в Новокузнецке в 1970-80-е годы выполняли роль межобластного центра в Западной Сибири, оказывая помощь больным из других областей.

С 1988 г. по 1999 г. в стационаре и поликлинике облтубдиспансера работала гинеколог Галина Евгеньевна Петерс, которая усовершенствовала диагностическое выскабливание полости матки с использованием рентгено-телевизионной установки, эффективно использовала лечение больных генитальным туберкулезом с приме-

нием антибактериальных препаратов в комплексе с физиолечением и гормонотерапией, подготовила и издала методическое руководство для врачей общей лечебной сети по клинике и диагностике туберкулеза женских половых органов, внедрила использование ПЦР в диагностике генитального туберкулеза. После ухода с работы на пенсию Г.Е. Петерс безвозмездно обучает клинических ординаторов и интернов-гинекологов, фтизиатров и акушеров-гинекологов на кафедре фтизиатрии Кемеровской государственной медицинской академии.

С 1999 г. гинекологом работает Е.В. Бояринова. Гинекологи, как и урологи, занимались хирургической деятельностью, с 1970 г. до 2002 г. было выполнено 70 операций: диагностические выскабливания полости матки (18 операций), медаборты больным туберкулезом легких женщинам, которым по состоянию здоровья противопоказаны роды (18 операций), другие оперативные вмешательства на женских половых органах (21 операция).

В 1979-1998 г.г. тубостеологом, фтизиатром по туберкулезу периферических лимфоузлов, абдоминальному туберкулезу и туберкулезным полисерозитам работала Людмила Николаевна Комарова. С 1999 г. этими формами туберкулеза занимается врач Валерия Владимировна Каменева.

Большую роль в организации помощи больным с внеторакальным туберкулезом в Кемеровской области оказывали сотрудники Московского НИИ туберкулеза МЗ РСФСР, Ленинградского НИИ хирургии туберкулеза и Новосибирского НИИ туберкулеза.

Специалисты по внелегочному туберкулезу облтубдиспансера принимали активное участие в межрегиональных конференциях по внеторакальному туберкулезу в г.г. Перми, Иркутске, Красноярске. Ежегодно проводились областные дни специалиста уролога по фтизиоурологии в ОКПТД и в Новокузнецкой больнице № 18. Для врачей общей лечебной сети городов и районов области систематически проводились выездные семинары по клинике и диагностике внеторакального туберкулеза, одновременно осуществлялись консультативные приемы больных, пересматривались больные группы риска в общей лечебной сети.

Совместно с работниками баклаборатории проводились экспедиции по выявлению урологического туберкулеза у животноводов в неблагополучных по заболеванию туберкулезом крупного рогатого скота сельских хозяйствах. В 1970 г. внелегочными специалистами разработаны и изданы методические указания по раннему выявлению и диагностике внелегочных локализаций туберкулеза.

В 90-е годы, в связи с материальными трудностями, выездные семинары по учебе врачей общей лечебной сети прекратились, что сказалось на уменьшении выявляемости внеторакального туберкулеза и росте количества больных с запущенными формами.

В 2002 г. разработан план организационно-методических мероприятий по реорганизации помо-

щи больным с внеторакальным туберкулезом. При выполнении этого плана ожидается увеличение показателя заболеваемости внеторакальными формами туберкулеза, улучшение показателей работы койки отделения урогенитального туберкулеза и, возможно, уменьшение количества запущенных форм болезни у впервые выявленных больных с внеторакальными локализациями туберкулеза.

\* \* \*

## ИСТОРИЯ ОБРАЗОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО РЕНТГЕНОВСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОКПТД

Ю.Н. Гуров, И.А. Зимин

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

История фтизиатрической рентгеновской службы в Кузбассе начинается с 1933 года, когда в противотуберкулезном диспансере Рудничного района был установлен первый рентгеновский аппарат. Он представлял собой легкий переносной аппарат чемоданного типа, в процессе эксплуатации которого через каждый час работы требовался двухчасовой перерыв во избежание перегрева. Путь становления рентгеновской службы неразрывно связан с развитием всей противотуберкулезной службы области. В довоенные и послевоенные годы оснащение лечебных учреждений рентгентехникой было крайне скудным. Население сельских районов не имело ни малейшего представления о рентгенологическом обследовании. Результатами являлись поздняя выявляемость туберкулеза и массовая заболеваемость.

Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от января 1960 г. «О мероприятиях по улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР» и постановлением Совета Министров от 1 сентября 1960 г. № 972 были созданы условия для повышения материальной базы рентгенологической службы. До 1964 г. рентгенологические исследования проводились врачами-фтизиатрами, не имевшими специальной подготовки по лучевой диагностике. Первым штатным рентгенологом областного противотуберкулезного диспансера стал с 1964 года Виктор Георгиевич Михайлов, выпускник лечебного факультета Кемеровского государственного медицинского института, продолжающий трудиться в нашем отделении до настоящего времени. Первым рентгенлаборантом стала медицинская сестра диспансерного отделения Валентина Алексеевна Оширкова, работающая в нашем учреждении с 1948 года до сегодняшних дней.

В 1966 году из слияния трех кабинетов образовалось рентгеновское отделение, заведование которым было возложено на В.Г. Михайлова. Рентгенологами отделения стали Юрий Григорьевич Иванов, Юрий Афанасьевич Боровик, Иосиф Филиппович Рыбель. Отделение было оснащено рентгеновскими аппаратами АРД-2Д, РУМ-5, РУМ-10.

С 1973 года отделение возглавил Ю.А. Боровик, а с 1994 г. — Валентина Павловна Железчикова. В 1974 года руководство флюорографической службы области передало из Областной клинической больницы в ОКПТД и ввело в строй три передвижных флюорографических аппарата.

Отделение проводило большую методическую работу в области, непосредственное флюорообследование сельского населения. В 1980-е годы охват флюорообследованиями подлежащего населения области достигал 80 % и более.

В настоящее время отделением руководит Юрий Николаевич Гуров, врач высшей категории. Отделение включает шесть рентгеновских кабинетов, один стационарный и четыре передвижных флюорографических аппарата. Коллектив представлен 15 врачами, 16 рентгенлаборантами, 10 санитарками и одним медицинским техником. Костяк коллектива образуют высококвалифицированные специалисты — врачи высшей категории Юрий Григорьевич Иванов, Валентина Павловна Железчикова, Наталья Михайловна Черепанова, Светлана Петровна Жукова, Маргарита Алексеевна Перова, Сергей Михайлович Цуприк, Николай Михайлович Королев, Галина Леонидовна Мысливец.

Ежегодно в отделении проводятся до 60 тысяч исследований, большую часть из которых составляют специальные методы. Коллектив активно участвует в работе общества рентгенологов. Постоянно ведется профессиональное усовершенствование врачей-рентгенологов и



рентгенлаборантов. В перспективе, при достаточном финансировании, планируется приобре-

тение современных цифровых рентгеновских аппаратов и флюорографов.

\*\*\*

## РАЗВИТИЕ РЕАНИМАЦИОННО-АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ КЕМЕРОВСКОГО ОБЛАСТНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

Е.Б. Сотников

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

В 2002 году исполнилось 10 лет с момента организации реанимационно-анестезиологического отделения (РАО) в Кемеровском областном клиническом противотуберкулезном диспансере (ОКПТД).

История реанимационно-анестезиологической службы диспансера начинается с формирования в 1961 году группы анестезиологов при хирургическом отделении и открытия палаты интенсивной терапии (ПИТ) на 4 койки для оперированных больных. Первыми анестезиологами были Г.С. Кузьмина и Р.А. Карпова.

В то время хирургическое отделение находилось в старом корпусе на территории городской больницы № 3. Анестезиологи обслуживали операционную на 2 стола, проводили эфирный наркоз, после которого больные переводились в послеоперационную палату.

В 1964 году, после переезда ОКПТД в новое здание, был увеличен штат анестезиологов. ПИТ была расширена до 8 коек и оборудована современной на тот момент дыхательной аппаратурой. Хирурги стали проводить более сложные операции на легких, что потребовало повышения качества анестезиологического обеспечения. В 1968 году начато применение фторотана при наркозах. В 1970 году была освоена методика нейролептаналгезии, которая в дальнейшем полностью вытеснила ингаляционный наркоз.

В 1974 году операционная и ПИТ оборудованы централизованным вакуумом и кислородом. В 80-е годы темпы развития анестезиологии значительно ускорились. В 1980 году в практику анестезиологов введена кетаминановая анестезия. В 1982 году ПИТ была оборудована системой прикроватных мониторов с центральным пульсомслежения.

В 1985 году начато применение электроанестезии. В 1986 году освоена методика эпидуральной анестезии и аналгезии, что позволило сократить число осложнений при расширенных травматичных операциях и продолжительность пребывания хирургических больных на реанимационной койке. В 1987 году применение искусственной управляемой гипотонии позволило сни-

зить операционную кровопотерю при больших операциях. В 1989 году впервые применена методика чрезкожной электростимуляции дыхания у послеоперационных больных и разработана таблица оценки степени анестезиологического риска у торакальных больных.

В конце 80-х годов назрела острая необходимость открытия отделения интенсивной терапии для больных терапевтического профиля. В этот период на базе ОКПТД был открыт областной пульмоцентр для больных с неспецифической хирургической и терапевтической патологией легких.

В связи с увеличением количества больных с сопутствующей патологией повысились требования к качеству медицинской помощи, появились и развиваются новые реанимационные технологии. Наличие тяжело больных в хирургическом, терапевтическом и детском отделениях диспансера требовало больших моральных и трудовых затрат. При невысокой эффективности интенсивного лечения, это перегружало персонал отделений.

Открытие реанимационно-анестезиологического отделения (РАО) в январе 1992 года позволило централизовать реанимационную помощь, повысить эффективность использования сложной аппаратуры и медикаментов, повысить квалификацию медицинского персонала.

Организационную структуру РАО составляют следующие группы: анестезиологическая, реанимационная и детоксикации, с ротацией кадров и выделением ответственного врача. Увеличение штата врачей, медсестер, расширение площади отделения и оснащение современной аппаратурой позволило освоить и внедрить новые современные методы лечения. Применение новых дыхательных аппаратов «Спирон» и «ВЧ-ИВЛ» и различных методик традиционной и высокочастотной ИВЛ дало возможность повысить уровень респираторной терапии больных реанимации. Внедрение пульсоксиметрии повысило надежность объективного контроля за состоянием пациентов. С появлением кардиомонитора «Кентавр» в 1987 году появилась воз-

возможность постоянного мониторингирования до 12 основных параметров сердечно-сосудистой системы.

Реаниматология на современном уровне не обходится без методов детоксикации. В ходе становления реанимационной службы в практику были внедрены ультрафиолетовое (УФОК) и лазерное (ВЛОК) облучение крови, гемосорбция и плазмозофрез, ультрафильтрация крови. Методы ВЛОК и УФОК нашли широкое применение в ОКПТД в связи с выраженным лечебным эффектом при туберкулезе и сопутствующих заболеваниях. Квантовую гемотерапию получали до 15 пациентов ежедневно. Для снятия интоксикации используется гемосорбция и плазмозофрез. Применение спленосорбции дало положительный эффект у больных с генерализованным туберкулезом, туберкулезным менингитом.

Ультрафильтрация крови у больных с острой почечной недостаточностью и сердечной недостаточностью, резистентной к диуретикам, применяется с 1995 года. В 1998 году изучен и применен метод плазмозофреза с введением антибактериальных препаратов в клеточной массе.

С 1994 года в составе РАО работает кабинет гипербарической оксигенации (ГБО) с реанимационной барокамерой БЛКС. В 1996 году РАО присвоена высшая квалификационная категория «А». В 1998 году, в рамках добровольного медицинского страхования, внедрена программа «Современные технологии в анестезиологии и реаниматологии».

В 1998 году, за счет более тщательного отбора больных и освобождения от некурабельных больных, нуждающихся в условиях хосписа, удалось сократить число коек с 8 до 6.

Следует отметить снижение количества эндотрахеальных наркозов (1972 год — 322, 1975 год — 448, 1980 год — 384, 1985 год — 452, 1990 год — 220, 2000 год — 203). При этом качество и сложность анестезий повысились. Количество анестезиологических осложнений снизилось и стабилизировалось (1975 год — 9,6 %, 1980 год — 3,9 %, 1985 год — 1,2 %, 1990 год — 3,0 %, 1995 год — 1,04 %, 2000 год — 1,9 %). Летальных случаев, связанных с анестезиологическим пособием, с 1986 года не наблюдалось.

Среди пациентов отделения реанимации больные хирургического профиля составляют 68 %, остальные 32 % — больные с туберкулезным и неспецифическим поражением легких, осложнившимся легочно-сердечной недостаточностью, легочным кровотечением, эндокринной патологией. Две группы самых тяжелых пациентов составляют больные туберкулезным менингоэнцефалитом (летальность до 22 %) и больные

с легочно-сердечной недостаточностью (летальность до 16 %). В динамике за последние два года летальность по этим группам снижается. Средняя летальность по РАО за последние 10 лет составляет 4,2 %.

Коллектив РАО состоит из 4-х врачей, 12-ти медицинских сестер и 4-х санитарок. Врачи имеют стаж по специальности: более 5 лет — один, свыше 10 лет — один, свыше 15 лет — двое; первую квалификационную категорию имеет один врач, высшую — двое. Медицинские сестры имеют стаж работы более 15 лет — 5, свыше 10 лет — 2, менее 5 лет — 5; высшая квалификационная категория у 5 человек, первая — у двоих.

Сотрудники РАО постоянно изучают и организуют внедрение новых медицинских технологий в различных разделах анестезиологии и реаниматологии.

В работу отделения были внедрены следующие методы:

- эпидуральная анестезия и аналгезия при торакальных операциях;
- контрастирование катетера центральной вены;
- квантовая гемотерапия в пульмонологии и фтизиатрии;
- гемосорбция во фтизиатрии;
- проведение наркоза при ФБС у детей;
- применение высокочастотной ИВЛ в анестезиологии и реаниматологии;
- применение спленосорбции у больных генерализованным туберкулезом;
- применение ГБО у хирургических торакальных больных;
- введение антибактериальных препаратов в клеточной массе во время плазмозофреза.

По результатам внедрения врачами РАО опубликованы 10 печатных работ. Некоторые работы доложены на региональных научно-практических конференциях. Врачи отделения читают лекции по реанимации и интенсивной терапии на курсах повышения квалификации фтизиатров в КГМА.

Дальнейшее усовершенствование реанимационно-анестезиологической службы ОКПТД связано с оснащением РАО современной аппаратурой для анестезии, реанимации и детоксикации, современным лабораторным оборудованием. Для повышения квалификации врачей необходима стажировка в центральных научных клиниках страны. Накопление клинического опыта и специальных навыков сотрудниками РАО поможет сделать анестезию при сложных хирургических операциях более безопасной, снизить летальность в реанимации, проводить лечение в ОКПТД на высоком современном уровне.

\* \* \*

## ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ КЕМЕРОВСКОЙ МЕДАКАДЕМИИ

**И.Ф. Копылова**

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
кафедра туберкулеза, г. Кемерово*

**М**едицинский институт в г. Кемерово был открыт в 1955 году. С 1959 г. началось преподавание туберкулеза, проводившееся первые годы кафедрой факультетской терапии (зав. — доц. Всеволод Васильевич Сырнев). Занятия проводились на базе Областного противотуберкулезного диспансера его опытными врачами: С.А. Ипполитовой, В.В. Шмыревой, А.В. Сазоновой, Т.И. Овсянниковой.

Первым ассистентом-фтизиатром стала Надежда Михайловна Кольникова, канд. мед. наук из Ленинграда, преподававшая лекционный и практический материал в 1961-1963 г.г. С октября 1963 г. должность ассистента-фтизиатра заняла Галина Вадимовна Попова, работавшая ранее главным врачом облтубдиспансера. Она впервые создала учебно-методическую базу преподавания туберкулеза — учебные таблицы, комплекты рентгенограмм, методические разработки по ведению занятий и др.

Учебная комната впервые была выделена и оформлена лишь в 1966 году, после перехода облтубдиспансера в новое здание и значительного его расширения. С ростом набора студентов и открытием новых факультетов увеличивалось количество ассистентов по преподаванию туберкулеза. С октября 1967 г. начала преподавать к.м.н. Инна Федоровна Копылова, с 1969 г. — к.м.н. Савенкова Жанна Васильевна.

В марте 1971 г. был выделен Курс туберкулеза, а в сентябре 1971 г. открыта Кафедра туберкулеза под руководством доцента И.Ф. Копыловой. На должности ассистентов были приняты врачи ОПТД Мария Григорьевна Вертячих, Галина Дмитриевна Белова и к.м.н. Альбина Алексеевна Сухенко, занимавшая должность доцента с 1973 по 1976 г.г.

М.Г. Вертячих организовала преподавание ТБ на педиатрическом факультете, одновременно выполняя обязанность внештатного фтизиопедиа-тра области. С 1973 г. ассистентом, а с 1977 по 1994 г.г. доцентом кафедры работала к.м.н. Нелли Александровна Кислицина, исключительно активный и целеустремленный научный работник. Она провела большой объем исследований по изучению диффузионных способностей противотуберкулезных препаратов в эксперименте и клинике (на операционном материале), активно занималась учебно-методической работой.

С 1977 г. на кафедре работает к.м.н. Галина Васильевна Кобелева, с 1994 г. она занимает

должность доцента. Г.В. Кобелева провела интересное исследование по теме «Лечение больных туберкулезом и алкоголизмом с применением психотропных средств», ставшее темой кандидатской диссертации, выполняет большой объем учебно-методической работы.

С 1979 г. ассистентом кафедры является Тамара Ивановна Байбородова, высококвалифицированный врач и педагог.

Сотрудники кафедры защитили 5 диссертаций на звание кандидата медицинских наук — И.Ф. Копылова (1968 г.), Ж.В. Савенкова (1970 г.), Н.А. Кислицина (1972 г.), Г.Д. Белова (1973 г.), Г.В. Кобелева (1988 г.). В 1990 г. И.Ф. Копыловой была подготовлена и защищена докторская диссертация, в том же году она получила звание профессора. Сотрудниками кафедры опубликовано в печати 270 статей. В настоящее время в составе кафедры работают 5 преподавателей: заведующая кафедрой, доктор медицинских наук, профессор И.Ф. Копылова; доцент, кандидат медицинских наук Г.В. Кобелева; ассистент, кандидат медицинских наук Г.Д. Белова; ассистент Т.И. Байбородова, ассистент Н.И. Тинарская.

Кафедра проводит большой объем учебной и учебно-методической работы. Фтизиатрии обучаются студенты четырех факультетов — лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического. С 1973 г. проводится подготовка фтизиатров в интернатуре и клинической ординатуре. Всего специальность фтизиатра получили 105 интернов и 22 клинических ординатора. Работники кафедры систематически проводят работу по составлению и совершенствованию ситуационных клинических и клинико-рентгенологических задач, тестовых заданий, комплектов рентгенограмм. Тестовые задания и задачи используются как при текущем контроле знаний, так и при приеме зачетов. В ходе учебного процесса основное внимание уделяется работе с больными. Студенты старших курсов, интерны и ординаторы широко привлекаются к участию в консультациях заведующей кафедрой и доцента. Интерны и ординаторы за период обучения выполняют «дипломные работы» по актуальным темам фтизиатрии, результаты которых докладываются на экзамене, публикуются в печати.

Кафедра работает на базе областного противотуберкулезного диспансера в тесном сотрудничестве с ним. Постоянно осуществляется лечеб-

ная и консультативная работа, участие в организационно-методической работе. Под руководством и с активным участием сотрудников кафедры систематически проводятся областные дни фтизиатров, конференции, семинары для фтизиатров и врачей общей лечебной сети.

В 1987 г. в Кемерове проведен VII-й Российский съезд фтизиатров. Ежегодно осуществляется анализ эпидобстановки и состояние противотуберкулезной работы в области. Совместно разрабатываются перспективные планы, программы работы. Сотрудники кафедры постоянно участвуют в работе лечебно-контрольной комиссии (ЛКК), контролирующей качество обследования и лечения больных и оказывающей коллегиальную консультативную помощь врачам. Заведующая кафедрой принимает участие в работе ЦВКК по детскому туберкулезу, медсоветов ОКПТД.

Совместно с руководителями и рядовыми врачами ОКПТД, кафедра проводит научные исследования. В 1980-е годы, в сотрудничестве с НИИ медицинской кибернетики, была разработана и внедрена автоматизированная система управления противотуберкулезной службой территории. В 1990-е годы, с участием НИИЛ экономических проблем здравоохранения, были разработаны пути совершенствования структуры и деятельности противотуберкулезной службы в условиях бюджетно-страховой медицины. Обеспечивалась экономическая заинтересованность работников в результатах своей деятельности, что позволило существенно повысить ее уровень.

Сотрудники кафедры систематически проводят детальный анализ летальных исходов в стационарных отделениях ОКПТД, изучают клинические проявления, эффективность лечения и исходы туберкулеза в современных условиях. Совместно с облтубдиспансером проводилось изучение состояния противотуберкулезной помощи в пенитенциарной системе области, разрабатывались формы взаимодействия в работе.

С 1998 г. сотрудники кафедры проводят циклы общего усовершенствования фтизиатров с выдачей сертификатов. К настоящему времени проведено четыре таких цикла. Также принима-

ют участие в проведении подобных циклов по другим специальностям с освещением вопросов эпидемиологии, клиники, течения туберкулеза различных локализаций.

С 1997 г. кафедра готовит соискателей на степень кандидата медицинских наук в форме заочной аспирантуры. Подготовлена и защищена диссертация В.Н. Зиминой, в стадии написания еще 2 работы. Общее количество заочных аспирантов — шесть.

Следует отметить хорошие деловые отношения коллектива кафедры с руководителями и рядовыми врачами облтубдиспансера. 2000 год явился началом сотрудничества противотуберкулезной службы области с Международными гуманитарными организациями — Алабамским университетом США (г. Бирменгем) и миссией «Врачи без границ» (Бельгия). Проведено обучение руководителей противотуберкулезной службы, представителей администрации, заведующих кафедрами КГМА и Новокузнецкого ГИДУВа в Алабаме.

На основе использования рекомендаций ВОЗ и международного опыта разработана программа контроля над туберкулезом в Кемеровской области. Составлено руководство для медицинских работников по практическому выполнению программы. На базе ОКПТД организован ЦУКТ — центр усовершенствования контроля над туберкулезом, создан экспертный совет по туберкулезу. Проведен ряд семинаров для врачей и средних медицинских работников тубучреждений и общей сети с активным участием заведующей кафедрой КГМА. Осуществляется планомерная работа по внедрению программы. Совместно с врачами и иностранными коллегами проводится научный анализ хода внедрения программы.

Таким образом, кафедра фтизиатрии Кемеровской государственной медицинской академии с 1971 г. работает на базе облтубдиспансера в тесном сотрудничестве с ним. Кроме большого объема учебной работы, осуществляется активная лечебно-консультативная деятельность, проводятся научные исследования, преимущественно по совершенствованию организации контроля над туберкулезом.

\* \* \*

## ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ НОВОКУЗНЕЦКОГО ГИДУВА

А.Л. Ханин

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей, г. Новокузнецк*

**К**афедра фтизиатрии Новокузнецкого ГИДУВа организована в 1931 году, в первый год перевода ГИДУВа из г. Томска в г. Новосибирск (ГИДУВ был открыт при-

казом Совета Народных комиссаров РСФСР от 21.06.1927 г. в г. Томске, при медицинском институте). Это была первая профильная кафедра по подготовке врачей-фтизиатров на ог-



ромной территории Урала, Сибири, Дальнего Востока и Крайнего Севера. Весь Новосибирский период работы кафедру возглавлял профессор Я.О. Бейгель.

В 1951 году ГИДУВ был передислоцирован в самый крупный промышленный центр Кузбасса — г. Новокузнецк (бывший г. Сталинск). Перевод института был обусловлен потребностью важнейшей индустриальной области страны в крупном научно-медицинском учреждении, деятельность которого способствовала бы улучшению охраны здоровья трудящихся ведущих отраслей промышленности. ГИДУВ, как многопрофильный медицинский институт, является своеобразным локомотивом, который вытягивал и вытягивает здравоохранение города Новокузнецка на уровень, отвечающий запросам своего времени.

Новокузнецкий период кафедры фтизиатрии тесно связан с именем профессора Б.Я. Садогурского, который возглавлял кафедру 18 лет (1955-1973 г.г.). Профессор Б.Я. Садогурский длительный период времени был проектором института по научно-педагогической работе.

В эти годы на кафедре работали ассистенты А.И. Шпарберг, Ю.Х. Капелович, Л.П. Чумакова, А.И. Зуева. Кафедра проводила преимущественно циклы 5-6 месячной первичной специализации по фтизиатрии, готовя кадры фтизиатров для Кузбасса и страны. Была организована двухгодичная клиническая ординатура по подготовке высококвалифицированных врачей-фтизиатров для заведования отделениями и диспансерами области. При активном участии кафедры формировалась современная клиническая база и с 1968 года кафедра располагается в 19-й городской клинической противотуберкулезной больнице, являющейся одной из крупнейших специализированных больниц страны.

В 1973 году кафедру возглавил молодой, энергичный доктор медицинских наук В.М. Тавровский. Он оказался талантливым педагогом и организатором здравоохранения. За пятилетие, которое возглавлял кафедру профессор В.М. Тавровский, она стала одним из лидеров в стране по вопросам интеграции фтизиатрии и пульмонологии. На клинической базе кафедры были открыты первые в области диагностические отделения, которые широко занимались проблемами дифференциальной диагностики и лечения нетуберкулезных больных. Это стало возможным благодаря кардинальной структурной реорганизации фтизиатрической службы города и созданию единой централизованной системы, обеспечивающей выявление, госпитализацию, лечение и диспансерное наблюдение за больными туберкулезом. Единство тактики, контроль за адекватностью лечебно-диагностического процес-

са были обеспечены благодаря оригинальным научным разработкам кафедры под руководством профессора В.М. Тавровского по созданию и внедрению «Алгоритма действий врача». Внедрять эту систему приходилось в трудных условиях мощного административного противодействия со стороны облздрава и Минздрава РСФСР.

Благодаря системе в Новокузнецке произошло существенное улучшение основных эпидемиологических показателей по туберкулезу, опережающих в сравнении с областными показателями темпов. С 1976 г. по 1986 г. заболеваемость туберкулезом уменьшилась с 65,2 до 46 на 100 тыс. населения (на 30 %), болезненность — с 487 до 250 на 100 тыс. населения (на 48 %), смертность — с 8 до 4,3 на 100 тыс. населения (на 50 %). Эта тенденция сохранилась вплоть до начала 90-х годов. Время показало стойкость, жизнеспособность этой системы. Можно сказать, что в нынешних тяжелейших социально-экономических условиях эта система организации лечебно-диагностического процесса обеспечивает некую стабильность и контролируемость процесса в условиях кризиса. Сегодня система алгоритмов внедрена в лечебно-профилактических учреждениях Новокузнецка, Тюмени, Барнаула. Из противотуберкулезных учреждений Кемеровской области, кроме г. Новокузнецка, она внедрена в г. Междуреченске.

Вторым важным направлением в развитии кафедры в период заведования профессором В.М. Тавровского была организация подготовки врачей-фтизиатров и терапевтов по пульмонологии. В 1976 г. кафедра одной из первых в стране начала проводить циклы тематического усовершенствования по «клинической пульмонологии» и по «дифференциальной диагностике легочных заболеваний». Эти циклы пользовались и пользуются огромной популярностью среди врачей, занимающихся фтизиатрией и пульмонологией.

С 1979 по 1989 г.г. кафедру возглавляла доцент Л.П. Чумакова. Она пришла на кафедру в 1964 году, после окончания аспирантуры в Ленинградском НИИ туберкулеза. В этот период кафедра занималась разработкой и внедрением частных алгоритмов «Пульмонология». Проводилась работа по анализу эффективности использования специализированных алгоритмов. Внедрение алгоритмизации в лечебно-диагностический процесс привело к значительному улучшению качества диагностики туберкулеза и другой легочной патологии, так как алгоритмы позволяли уточнить и унифицировать врачебную тактику. Число врачебных ошибок снизилось в 5 раз, число расхождений между клиническими и анатомическими диагнозами — в 2 раза. Улуч-

шилась диагностика и лечение «сопутствующих заболеваний». Хирургическая активность возросла с 5 до 11,2 %, в 2,5 раза уменьшилось число отказов от хирургического лечения.

Широко использовалось внутривенное и местное введение АБП. Все это привело к отчетливому улучшению показателей эффективности лечения туберкулеза — частота закрытия полостей распада и абациллирование у впервые выявленных были 85,8 % и 94,9 %, соответственно, что соответствовало лучшим показателям по стране. Возросшая точность врачебных действий привела не только к повышению эффективности лечебно-диагностического процесса, но и сделала его более экономичным. Уменьшение необоснованных лечебно-диагностических мероприятий привело к пятикратному снижению напрасно затраченных койко-дней, уменьшению нагрузки на лабораторию, ликвидации очередности обследования больных, экономии рентгеновской пленки. Денежные затраты на ненужное лечение сократились в 5 раз. В несколько раз уменьшилась потребность в консультациях.

Улучшение качества противотуберкулезной работы, сокращение контингентов диспансера и высвобождение экономических резервов позволили более широко заниматься пульмонологией. Количество больных с нетуберкулезной патологией в стационаре возросло с 29 % до 40 %. В 1987 году при базовой больнице кафедры был открыт первый в области консультативный фтизио-пульмонологический центр, позволивший решать массу диагностических проблем без госпитализации в стационар.

Продолжалось совершенствование учебно-педагогического процесса. В учебной работе широко применялись ситуационные задачи, программированный контроль занятий, что позволило максимально индивидуализировать и интенсифицировать процесс обучения. Кафедра являлась лидером в Новокузнецком ГИДУВе по разработке и использованию ситуационного обучения врачей-курсантов.

Данные разработки кафедры фтизиатрии совместно с кафедрой неврологии были отмечены бронзовой медалью ВДНХ, получили одобрение специалистов кафедры медицинской педагогики и дидактики Московского ЦОЛИУВ. Но самое главное — они нравились и нравятся врачам-курсантам. При анкетировании слушателей 95 % врачей давали высокую оценку этим занятиям. В создании ситуационных и программированных задач, в совершенствовании учебного процесса участвовали все сотрудники кафедры. Первым преподавателем, который активно внедрял эту методику в преподавание, была ассистент Н.М. Ханина. В последующем она активно помогала в освоении методики но-

вым преподавателям кафедры — Б.А. Карпинскому, А.И. Гордон, А.А. Варину.

В 1990 году, при очередной реорганизации ГИДУВа, кафедру фтизиатрии объединили с кафедрой пульмонологии и на короткий период ее возглавил профессор И.И. Клепиков, а с 1992 г. по 1993 г. — доцент А.М. Сыркин. С 1993 года кафедрой заведует доцент А.Л. Ханин, пришедший на кафедру в 1976 году по приглашению профессора В.М. Тавровского. В этот период продолжается начатая в 1989 году компьютеризация больницы. Сотрудниками кафедры созданы компьютерные варианты частного алгоритма «Пульмонология». Эта работа проводится в тесном сотрудничестве с лабораторией «Медицинские системы и алгоритмы», руководимой профессором В.М. Тавровским.

Продолжается работа по организации выявления рака легкого в противотуберкулезной службе. Обобщен многолетний материал, касающийся анализа 2842 случаев верифицированного рака легкого. У 47 % больных Новокузнецка РЛ диагностируется в противотуберкулезной службе. В консультативном фтизио-пульмонологическом центре больные с РЛ составляют 18,5 % от всех больных с неясной легочной патологией, в стационаре — 7 % от выписанных больных. Среди пациентов РЛ установлен в пульмоцентре, у 94 % РЛ верифицирован в день обращения за консультацией. Среди госпитализированных больных — в 92 % случаев первое предположение о РЛ возникает в первые три дня, а средний срок верификации составляет 7 дней. По скорости верификации диагноза наши данные находятся на уровне ведущих Европейских диагностических центров, а по числу радикальных операций (32-36 % от всех больных РЛ) и по количеству пробных торактомий (8,1 %) при РЛ эти данные существенно лучше, чем в ряде областных онкологических учреждений России. Причем, широкая интеграция с пульмонологией, в частности решение проблем выявления РЛ, не отражается на решении задач по борьбе с туберкулезом, поскольку за анализируемый период (1984-1995 г.г.) основные показатели противотуберкулезной работы в Новокузнецке были лучше, чем в областном центре (болезненность туберкулеза органов дыхания ниже в 1,6 раз, болезненность ФКТ — в 3 раза, число рецидивов меньше на 47 %, а смертность — на 31 %). Такое положение мы считаем следствием использования системы управления лечебно-диагностическим процессом на основе алгоритмов.

Материалы по организации выявления РЛ во фтизиатрической службе докладывались на Всероссийских и Международных пульмонологических и онкологических конгрессах и получили одобрение ведущих специалистов в этой области.



Вторым важным направлением научно-исследовательской работы в последний период является совершенствование прижизненной биопсийной диагностики легочных заболеваний. В клинике используются все существующие методы эндоскопической биопсии, внедрено исследование БАЛИ, торакоскопическая биопсия, медиастиноскопия, пункционная биопсия плевры.

В больнице № 19 фактически функционирует центр по дифференциальной диагностике плевритов, куда поступают больные из всех больниц города Новокузнецка и юга Кузбасса. Разработан алгоритм диагностики плевритов с использованием пункционной биопсии, торакоскопии, туберкулино- и иммунодиагностики, обоснованы показания к пробной терапии. Использование такой тактики позволяет сократить срок обследования больных с плевритами с 1,5-2 мес. до 10-14 дней, значительно сократить число больных, нуждающихся в пробной противотуберкулезной терапии. Эта работа в настоящее время оформляется как кандидатская диссертация одного из сотрудников кафедры, ассистента А.А. Варина.

В 1995 году в базовой клинической больнице впервые за Уралом выполнены видеоторакоскопические резекции легких. Этот материал был доложен на VI-м национальном пульмонологическом конгрессе.

На кафедре выполнены две докторские диссертации (В.М. Тавровский и Л.П. Чумакова, последняя не стала защищаться), восемь кандидатских диссертаций. Опубликованы сотни статей, выполнены десятки рационализаторских предложений. В научной работе активно участвуют практические врачи. Кандидатские диссертации защитили бывший главный врач больницы И.А. Шанин, нынешний главный врач А.Р. Шик, бывший начмед больницы А.Н. Сысоев и заместитель главного врача по поликлинике Д.Н. Голубев. На последнем Национальном конгрессе по пульмонологии среди докладчиков были заведующий хирургическим отделением А.В. Тавровский, главный врач А.Р. Шик, начмед Б.А. Карпинский, зав. пульмоцентром С.П. Слугин и другие.

Но главная проблема, которую решает кафедра на протяжении всего своего 65-летнего существования, — подготовка фтизиатрических кадров. На кафедре прошли обучение 3620 врачей из различных регионов России и СНГ. Практически каждый из врачей-фтизиатров Кемеровской области хоть однажды проходил обучение на нашей кафедре.

Кафедра проводит циклы специализации общего совершенствования по фтизиатрии, тематические циклы по дифференциальной диагностике туберкулеза и других бронхолегочных

заболеваний, тематическое усовершенствование по туберкулезу и сопутствующим заболеваниям, по проблемам лечения туберкулеза и неспецифических бронхолегочных заболеваний.

В последние 5 лет, в связи с ухудшением материального обеспечения больниц и диспансеров, нам пришлось существенно перестроить структуру проводимых циклов, пришлось отказаться от длительных 4-5 месячных циклов и перейти на более короткие циклы. По последней унифицированной программе МЗ РФ циклы первичной специализации по продолжительности занимают 3 месяца, циклы тематического усовершенствования — преимущественно 1-1,5 месяца и посвящены всем основным разделам фтизиатрии и пульмонологии.

В связи с запросами практического здравоохранения широко проводятся короткие (1/2 месяца) информационные циклы и декадни, посвященные современным проблемам фтизиопульмонологии.

Кроме того, за последние 5 лет кафедра провела более 10 выездных циклов в городах области и за ее пределами (Абакан, Бийск, Красноярск, Биробиджан и др.).

Кафедра, опережая соответствующий приказ МЗ РФ, проводит циклы и декадни по выявлению туберкулеза в современных условиях для врачей терапевтов, пульмологов, участковых и семейных врачей. Такие циклы проведены в г.г. Мыски, Междуреченске, Новокузнецке и везде они давали достаточно однозначный эффект — в 1,5-2 раза увеличивался поток больных, направляемых из общей лечебной сети в противотуберкулезные диспансеры с подозрением на туберкулез или с диагностированным туберкулезом. На современном этапе развития фтизиатрии мы считаем это важным и перспективным разделом нашей работы. На кафедре, через обучение в клинической ординатуре, подготовлены 34 высококвалифицированных врача. В последние годы при кафедре введена клиническая интернатура по фтизиатрии.

В настоящее время изменилась система последипломной подготовки врачей. В соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» издан приказ № 286 от 19.12. 94 г. «О порядке допуска к осуществлению профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности», на основании которого для работы в соответствующей специальности все врачи должны иметь Всероссийский, единый на всей территории страны, сертификат.

Проведение сертификационных циклов и квалификационных экзаменов на получение сертификатов поручено Государственным институтам последипломной подготовки врачей

(приказ № 318 от 17.11.95 г.). Сертификационный экзамен проводится несколькими этапами — тестовый контроль теоретических занятий, контроль практических навыков и собеседование по экзаменационным вопросам. Обычно экзамен проводится по окончании клинической ординатуры, аспирантуры или первичного усовершенствования. Для специалистов, имеющих соответствующую подготовку, проводятся специальные курсы, их продолжительность (1-3 мес.) зависит от уровня предшествующей подготовки.

Кафедра фтизиатрии Новокузнецкого ГИДУВа подготовила весь пакет необходимых программ и тестового контроля и одной из первых в

ГИДУВе провела соответствующий цикл с выдачей Всероссийского сертификата.

Наличие сертификата является обязательным условием работы в соответствующей специальности — это, так сказать, «стандарт профессиональной пригодности». Это отличает сертификацию от аттестации на категорию. «Аттестация — дело добровольное, сертификация — обязательное».

Наша кафедра получила Государственную лицензию МЗ РФ на сертификацию по двум специальностям: фтизиатрия и пульмонология.

Мы считаем, что в современных условиях врач фтизियो-пульмонолог должен иметь минимум два сертификата.

\*\*\*

## ИСТОРИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ Г. МАРИИНСКА

**Г.В. Дрыгин**

*Тубдиспансер, г. Мариинск*

До 1947 г. противотуберкулезная помощь населению г. Мариинска осуществлялась земскими врачами, участковыми терапевтами и врачами стационаров только в острых ситуациях — при кровотечениях, спонтанных пневмотораксах, экссудативных плевритах. С 1947 г. появляются врачи-совместители по фтизиатрии. В единичных случаях больные госпитализировались в стационар тубдиспансера г. Анжеро-Судженска, направлялись на консультации в Новосибирский НИИ туберкулеза. Больным туберкулезом — инвалидам Великой Отечественной Войны (их было более 120), оказывалась помощь в госпиталях — Челябинском, Иркутском, Камышловском.

В лечении больных широко применялся искусственный пневмоторакс, до 1950 г. с помощью врачей Анжеро-Судженска и Новосибирска, с 1950 г. — в Мариинске. В 1950-е годы использовались кратковременные курсы антибактериальной терапии стрептомицином, фтивазидом, ПАСК.

В 1950 г. в Мариинске в двух палатах терапевтического отделения были выделены первые койки для больных туберкулезом. Первым фтизиатром стала Татьяна Прокопьевна Москвитина. В 1951 г. на улице Пролетарской было открыто туботделение на 20 коек. Больные госпитализировались лишь в острых случаях — при кровотечениях, спонтанном пневмотораксе, для откачки масла из плевральной полости при осложнении лечения олеотораксом. Основное лечение и наблюдение проводилось на дому.

С начала 60-х годов на борьбу с туберкулезом государство начало выделять большие денежные средства и противотуберкулезные препараты. С этого времени широко применяется комплексное лечение — 3-4 АБП, патогенетическая терапия, гигиено-диетический режим, коллапсотерапия, биостимуляция, оперативные вмешательства. В 1962 г. на улице Опытная, 11 было открыто туботделение на 50 коек.

В 1966 г. созданы противотуберкулезный диспансер (главный врач — В.Н. Лобанов), амбулатория с врачебным приемом и клинической лабораторией. В 1978г., по инициативе главного врача ЦРБ г. Мариинска Н.Г. Медникова, диспансер был расширен и размещен на улице Пальчикова, 66. Создаются поликлиническое отделение (рентгенкабинет, лаборатория, кабинеты функциональной диагностики, процедурный, врачебного приема) и стационар на 75 коек. Диспансер имел 14,5 штатных врачебных должностей. Оказание квалифицированной противотуберкулезной помощи проводилось населению города Мариинска и четырех сельских районов — Тяжинского, Тисульского, Чебулинского и Мариинского. С 1988 г. диспансер официально является межрайонным.

Значительный вклад в развитие противотуберкулезной службы внесли врачи Т.П. Москвитина (1950-1962 г.г.), В.Н. Лобанов (1966-1968 г.г.), В.Н. Дрыгин (1966-2002 г.г.) и другие. Много лет оказанию медицинской помощи больным посвятили средние медицинские работники В.К. Домбради, В.И. Мельникова, В.Н. Молчанова, Н.К. Кузьменко, У.Д. Мель-

никова и другие. Тяжкий героический труд лежал на плечах первых санитарочек первых коек — Г.И. Чегринова, Е.Ф. Рогова, М.И. Иванова, Н.А. Соколова и другие.

Таким образом, в 2002 г. исполняется 55 лет с начала организации противотуберкулезной службы в г. Мариинске. С 1947 г. по 1990 г. в Мариинске и прилегающих сельских районах получено значительное улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу. С 1990 г. по 2002 г., в условиях социально-экономического кризиса в стране, ситуация по туберкулезу снова ухудшилась. Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Мариинске осложняется тем, что на его территории находится специаль-

ная колония с больницей на 1000 коек для заключенных, больных туберкулезом, представляющая собой большой и опасный резервуар туберкулезной инфекции.

С 1996 г. противотуберкулезная служба г. Мариинска работает в тесном контакте с Международной гуманитарной организацией «Врачи без границ» (миссия Бельгии), успешно решающей проблему туберкулеза в пенитенциарной системе Кемеровской области. Внедряются принципы контроля над туберкулезом, предложенные ВОЗ. Более активно данная работа стала проводиться с 2002 года, когда была утверждена новая программа контроля над туберкулезом среди всего населения области.

✱ ✱ ✱



## Раздел 2

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА





## ДИНАМИКА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 60 ЛЕТ

Н.Г. Медников, И.Ф. Копылова, М.Т. Чернов

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
г. Кемерово*

**В** 2003 году исполняется 60 лет со времени выделения Кемеровской области и организации облтубдиспансера. 1943 год характеризовался крайне неблагоприятной эпидемиологической обстановкой по туберкулезу (ТБ): заболеваемость достигла 1500 на 100 тыс. населения, болезненность — 5000, смертность — 500. Заболеваемость детей превышала данный показатель среди взрослых. Противотуберкулезная служба была маломощной и разобщенной.

За 1950-1990-е годы, с повышением уровня жизни населения, созданием хорошо оснащенных противотуберкулезных учреждений в области, обеспечением достаточно высокого уровня организации противотуберкулезных мероприятий, была достигнута выраженная положительная динамика показателей качества противотуберкулезной работы и эпидобстановки. Об улучшении работы по выявлению заболевших свидетельствовало сокращение удельного веса фиброзно-кавернозного туберкулеза в заболеваемости до 1,4 %. Охват рентгенофлюорографическими осмотрами подлежащего населения увеличился до 83,7 %. Высокого уровня достигли показатели эффективности лечения. Среди впервые выявленных прекращение бактериовыделения составляло 88 %, закрытие полостей распада — 80 %, абациллирование контингентов равнялось 39 %, клиническое излечение — 24 %. Заболеваемость с 1950 года сократилась в 13 раз, с 1943 г. — в 44 раза (до 34 на 100 тыс.), смертность — в 20 и 50 раз, соответственно, контингенты больных активным туберкулезом — в 8,5 и 24 раза (с 5000 до 1800 и 211).

С начала 1990-х годов, в условиях развившегося социально-экономического неблагополучия в стране, произошло значительное ухудшение эпидемиологической обстановки по ТБ. С 1991 по 2001 год среди населения, обслуживаемого департаментом здравоохранения, заболеваемость увеличилась в 3 раза (с 35 до 110 на 100 тыс. населения), смертность — почти в 4 раза (с 10 до 38,4). С учетом населения всех ведомств (в том числе пенитенциарной системы), заболеваемость в 2001 году составила 130, смертность — 40 на 100 тыс.

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в Кузбассе достигла масштабов эпидемии и стала хуже средней по Западной Сибири.

Снизилось качество противотуберкулезных мероприятий. Значительное учащение позднего

выявления ТБ (до 20 % в заболеваемости) обусловлено как невниманием населения к своему здоровью (прежде всего, социально дезадаптированной его части), так и снижением доступности медицинской помощи, особенно для лиц без страхового полиса. Существовавшая ранее система преимущественного выявления туберкулеза с помощью массовых флюорографических осмотров значительно снизила свою роль в связи с экономическими трудностями.

Резко сократилась эффективность лечения, в том числе среди впервые выявленных с бактериовыделением и деструкцией — почти в 2 раза. Важной причиной такого критического положения явилось выраженное ухудшение централизованного снабжения тубучреждений противотуберкулезными препаратами и дорогостоящим оборудованием. Большую роль также сыграло разрушение системы деятельности городских тубучреждений по типу межрайонных. Неадекватное лечение привело к росту частоты лекарственно-устойчивого ТБ. За последние 3 года первичная МЛУ выросла более чем в 2 раза, достигнув 10 %.

В связи с критической ситуацией возникла необходимость пересмотра стратегии борьбы с ТБ с использованием международного опыта.

С 1996 года начато внедрение стратегии ВОЗ по контролю над ТБ в пенитенциарной системе области, с участием и помощью Международной гуманитарной организации «Врачи без границ» (миссия Бельгии). Уже через год смертность от ТБ сократилась в 5 раз. Заболеваемость к 2001 году снизилась в 2,8 раз (с 2500 до 900 на 100 тыс. населения).

С конца 2000 года проводится работа по использованию рекомендаций ВОЗ в противотуберкулезной работе среди всего населения области.

В 2001 году отмечена тенденция к стабилизации эпидситуации в области, улучшились показатели противотуберкулезной работы. Удельный вес запущенных форм среди впервые выявленных сократился с 20,1 % в 2000 году до 15,8 %. Среди впервые выявленных прекращение бактериовыделения увеличилось с 50,4 % до 59,1 %. Снизилась темпы роста заболеваемости «гражданского» населения — со 106 в 2000 г. до 110 в 2001 г. Общая заболеваемость сократилась — со 145 до 130 на 100 тыс. Заболеваемость детей

уменьшилась с 30 до 28 на 100 тыс. детского населения.

Таким образом, стабилизация социально-экономических условий в обществе и повышение ка-

чества противотуберкулезных мероприятий сопровождаются некоторым снижением напряженности эпидобстановки в области, но состояние эпидемии сохраняется.

\* \* \*

## ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В Г. КЕМЕРОВО

Е.В. Горбунова, А.С. Горбунова

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

**Л**екарственная устойчивость микобактерий туберкулеза рассматривается как самостоятельная проблема современной фтизиатрии и отрицательно влияет на эффективность лечения и эпидемиологическую обстановку в целом.

Целью работы стало изучение количественной и качественной характеристики первичной лекарственной устойчивости больных туберкулезом легких, проживающих в г. Кемерово. Лекарственная устойчивость изучена у 533 впервые выявленных больных, в том числе у 257 — в 2000 г. и у 276 — в 2001 г. Данные больные не принимали ранее противотуберкулезные препараты или принимали их менее трех недель.

Для первичного выделения возбудителя туберкулеза использовались среды Аникина-6 и Финн-П. Лекарственная чувствительность определялась методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна-Йенсена к четырем основным противотуберкулезным препаратам (ПТП) первого ряда. Концентрации ПТП в питательной среде составляли: стрептомицин — 10 мкг/мл, изониазид — 1 мкг/мл, этамбутол — 2 мкг/мл, рифампицин — 40 мкг/мл.

В результате проведенного исследования в 2000 г. резистентные штаммы выделены в 42,8 % случаев, мультирезистентными оказались 10,5 % культур МБТ. В 2001 г. устойчивые хотя бы к одному из четырех препаратов штаммы получены уже от 45 % пациентов, мультирезистентные — в 9,8 % случаях. При более глубоком изучении частоты и характера первичной лекарственной устойчивости, в 2001 г. было выявлено значительное преобладание резистентности к стрептомицину и изониазиду (35,1 % и 32,2 %, соответственно), к этамбутолу и рифампицину она составила 15,2 % и 11,2 %, соответственно. Чаще всего наблюдалась резистентность одновременно к двум препаратам — в 12 % случаев. Большинство устойчивых резистентных штаммов были

одновременно к стрептомицину и изониазиду (в 91 % случаев).

Монорезистентными оказались 18,4 % культур, при этом в половине случаев отмечалась резистентность к стрептомицину (51 %), в 33 % случаев — к изониазиду. Одновременно к трем препаратам были резистентны 6 % штаммов, большинство из которых (59 %) оказались устойчивыми к комбинации стрептомицин + изониазид в сочетании с этамбутолом.

Из всего числа случаев заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) резистентность только к рифампицину и изониазиду наблюдалась в 4 % случаев, в сочетаниях со стрептомицином — в 18 % случаев, устойчивость к основным четырем препаратам первого ряда занимала более 3/4 от всех случаев туберкулеза с МЛУ (78 %).

Результаты исследования показали, что частота и характер лекарственной устойчивости возбудителя туберкулеза на протяжении 1998–2001 гг. существенно изменились. Так, три года назад устойчивость микобактерий туберкулеза хотя бы к одному из основных четырех противотуберкулезных препаратов (стрептомицину, изониазиду, этамбутолу, рифампицину) отмечалась в 29 % случаев. Мультирезистентны, т.е. устойчивы к двум основным препаратам первого ряда (изониазиду и рифампицину и сочетании данной комбинации с другими препаратами), были 4,4 % культур МБТ. Следовательно, частота первичной лекарственной резистентности в целом выросла в 1,5 раза, МЛУ — почти в 2,5 раза. С 2000 г. по 2001 г. общая ЛУ продолжала расти, МЛУ — стабилизировалась.

Полученные данные свидетельствуют о важности изучения первичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза в современных условиях с целью использования более эффективных схем химиотерапии больных туберкулезом легких.

## ВЫВОДЫ:

1. С 1998 г. по 2001 г. частота первичной лекарственной устойчивости выросла с 29 % до 42,8 %, МЛУ — с 4,4 % до 10 %.

2. В течение последних двух лет (2000–2001 г.г.) у впервые выявленных больных общая лекарственная устойчивость продолжала расти, множественная проявила тенденцию к стабилизации.

\* \* \*

## ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

А.Л. Ханин, С.А. Долгих, И.И. Захарова, С.А. Башева, Н.М. Ханина

*Городская клиническая туберкулезная больница № 19,*

*ГИДУВ, кафедра фтизиопульмонологии,*

*г. Новокузнецк*

**Л**екарственная устойчивость (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) у впервые выявленных больных является общемировой проблемой. По данным ВОЗ и МСТБЛ (Международный союз по борьбе с ТБ и болезнями легких) общая первичная ЛУ МБТ в 58 странах и регионах мира (1994–1999 гг.) встречалась в 1,7–37 % (М = 10,7 %), МЛУ (мультирезистентность — устойчивость к изониазиду Н + рифампицину R или Н+R+другие препараты) колебалась от 0 до 14,1 % (М = 1,0 %) [27, 28, 29].

Очень высокие показатели ЛУ отмечаются в странах Латинской Америки: в Колумбии — 67–83 %, в Боливии — 25–41 %, в Доминиканской республике — 43,8 % (полирезистентная ЛУ — 10,2 %); в странах Азии: в Китае — 53,8 % (полирезистентная ЛУ — 16,9–39,9 %), в Тайланде — 23,8 % (полирезистентная ЛУ — 7,14 %) [26, 27]. В Латвии полирезистентная ЛУ выявляется у трети больных ТБ [24].

Особенно напряженная ситуация с распространением ЛУ у впервые выявленных больных ТБ в России и других странах СНГ (таблица 1), она колеблется от 5,5 % МЛУ ТБ в Ленинградской области [17], до 23 % у больных ТБ в тюремных больницах Азербайджана [25], достигая 43,6 % у пациентов противотуберкулезных учреждений Татарстана [3].

По официальным отчетам МЗ РФ в 2001 году удельный вес больных с МЛУ ТБ среди впервые выявленных был равен 9,9 %, а в Сибирском федеральном округе эта цифра колебалась от 1,7 % в Алтайском крае до 28,8 % в Республике Алтай [16]. Большой разброс показателей распространенности ЛУ, и особенно МЛУ ТБ, среди впервые выявленных больных различных регионов России связан с несколькими причинами.

Во-первых, с истинным различием показателя МЛУ ТБ в популяции из-за существенной

разницы в эпидемиологической ситуации по ТБ в центре России (Москва, Московская область, Северо-Западный федеральный округ) и в Сибири, на Дальнем Востоке [5, 6, 14, 16].

Во-вторых, с разнородностью исследованных групп, поскольку больные нередко скрывают или не знают, что они ранее болели ТБ и получали противотуберкулезные препараты. Поэтому некоторые исследователи делят впервые выявленных больных ТБ на «новые случаи» и «новые леченые», т.е. получавшие не стандартизованную терапию по ДOTS [10]. Другие авторы предлагают говорить о начальной ЛУ у впервые выявленных больных, куда входит истинная первичная ЛУ и индуцированная предшествующим прерывистым лечением, когда отсутствует документальное подтверждение терапии [9, 20, 22, 23]. Существуют и чисто терминологические расхождения. Так, А.К. Стрелис [18], приводя классификацию ЛУ, вынужден объединить МЛУ и полирезистентность, поскольку то, что ВОЗ относит к МЛУ, в России ранее считали полирезистентным ТБ (ЛУ к 3 и более препаратам, не выделяя отдельно ЛУ к Н+R). Р.Ш. Валиев [3] относит к полирезистентным те случаи ТБ, где имеется ЛУ к 3 и более АБП (без комбинации Н+R). С.Е. Борисов с соавт. [2] и Д. Лафонтен с соавт. [10] к полирезистентному ТБ относят ЛУ к 2 и более АБП (без комбинации Н+R).

В-третьих, большой разброс показателей распространенности связан с отсутствием единой методики определения ЛУ, стандартизации и контроля, а также плохой оснащенностью бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений страны [4, 5].

При сопоставлении ЛУ, определяемой в некоторых практических противотуберкулезных диспансерах России, с данными референс-лабораторий Европейских стран, отмечается расхож-

**Таблица 1**  
**Распространенность первичной лекарственной устойчивости МБТ**  
**у впервые выявленных больных ТБ (данные литературы)**

| Источник                                                                      | Общая<br>ЛУ (%) | Простая<br>ЛУ (%) | Полирезистентная<br>ЛУ (%) | МЛУ<br>(МДР) (%) |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------------|----------------------------|------------------|
| Данные ВОЗ (МСТБЛ) +:                                                         |                 |                   |                            |                  |
| Разброс показателей в мире                                                    | 1,7-37          | 1,5-31,7          | 0,2-26,5                   | 0-14,1           |
| Средние данные                                                                | 10,7            | 7,3               | 3,8                        | 1,0              |
| ЦНИИТ РАМН, г. Москва (Хоменко А.Г.,<br>Чуканов В.В., 1995 г.)                | 50,1            | -                 | 14,3                       | -                |
| Ленинградская обл. (Рыбалко В.В., Афанасьев В.М.,<br>1998 г.)                 | 29              | 21,6              | 7,4                        | 5,5              |
| г. Томск (Стрелис А.К., Павлова В.Е., 1999 г.)                                | 27,7            | 13,1              | 8,7                        | 6,2              |
| г. Баку, Азербайджан (Coninx R. et al., 1999 г.) ++                           | 79              | 24                | 18                         | 23               |
| г. Новокузнецк, Кемеровская область (Ханин А.Л.,<br>Чистякова Н.В., 1999 г.)  | 64              | 44,8              | 18,9                       | 12,4             |
| г. Мариинск, Кемеровская область (Лафонтен Д.,<br>Голубева В.И., 2000 г.) +++ | 56,0            | 12,8              | 22,5                       | 14,1             |
| г. Казань (Валиев Р.Ш., Филатова М.С., 2002 г.)                               | 54,4            | 44                | 12,4                       | 43,6             |

+ - исследования выполнены под эгидой ВОЗ и Международного союза по борьбе с ТБ и болезнями легких (2-й отчет по глобальному проекту, 2000);

++ - исследования выполнены под патронажем Международного Красного Креста в ИТУ, данные по I и II категории больных ВОЗ;

+++ - исследования выполнены под патронажем MSF (Бельгия) в ГУИН, "Новые случаи ТБ".

Общая ЛУ - устойчивость к 1 и более АБП.

Простая ЛУ - устойчивость к 1-2 АБП без сочетания H+R (изониазид+рифампицин).

Полирезистентная ЛУ - устойчивость к 3 и более АБП без сочетания H+R.

МЛУ (МДР) - устойчивость к H+R или H+R+другие препараты.

дение результатов исследования ЛУ к отдельным АБП от 20 % (S) до 25 % (H) и 30 % (E) [13].

Распространение ЛУ и МЛУ ТБ среди впервые выявленных больных значительно снижает эффективность лечения [2, 6, 19, 30] и делает невыполнимыми рекомендации ВОЗ по достижению 85 % излечения (абациллирования) впервые выявленных больных ТБ на стандартных курсах контролируемой химиотерапии по ДOTS [7, 8, 10, 19].

Причинами эпидемии МЛУ ТБ, по мнению ведущих фтизиопульмонологов мира, являются: отсутствие полноценного контролируемого лечения; плохая изоляция больных (госпитальный туберкулез); заражение первичных больных МЛУ МБТ из-за распространения в популяции лиц с МЛУ ТБ [1, 2, 9, 11, 14, 18, 21, 23, 29].

Поэтому, несмотря на отсутствие унифицированных методик, мы считаем целесообразным и важным привести данные по первичной ЛУ у больных ТБ в крупном индустриальном городе Сибири (577 тысяч) за период 1997-2000 г.г., поскольку исследования выполнялись в одной и той же лаборатории, по одной методике, квалифицированными бактериологами. Для определения ЛУ использовался метод абсолютных концентраций (Приказ МЗ СССР № 558 от 08.06.78 г.). Максимальные концентрации препаратов создавали в среде Левенштейна-Йенсе-

на, культура МБТ признавалась устойчивой при концентрации S — 5 мкг/мл, H — 1 мкг/мл, R — 20 мкг/мл, E — 2 мкг/мл, Eth — 30 мкг/мл, K — 30 мкг/мл.

Под первичной ЛУ (резистентностью), в соответствии с рекомендациями ВОЗ, понимали все случаи ЛУ к АБП, выделяемым у больных, которые ранее не лечились от ТБ или лечились менее 1 месяца, и это подтверждено документально или на основании непосредственного опроса [9, 33]. Под МЛУ понимали устойчивость МБТ одновременно к H и R, вне зависимости от устойчивости к остальным АБП.

Как видно из таблицы 2, в 1997 г. в Новокузнецке ЛУ встречалась у 61 % впервые выявленных больных ТБ. К одному АБП она отмечена у 28,7 % больных, к двум — у 13,3 %, к трем и более — у 9,8 %, МЛУ выявлена у 9 % больных. В 2000 г. ЛУ определялась у 60,4 % пациентов, к одному АБП — у 17 %, к двум — у 11 %, к трем и более — у 32 %, МЛУ — у 15,9 %.

За исследуемый период ЛУ к трем и более АБП увеличилась в 3,3 раза, МЛУ — в 1,8. ЛУ к S возросла в 1,3 раза и в 2000 г. составила 46,3 %. ЛУ к H увеличилась 1,5 раза (37,8 %), ЛУ к R — в 1,8 (17,7 %). Значительно (в 3,3 раза) усилилась ЛУ к E (40,5 %), но особенно резко (в 20 раз) — к K (с 0,8 % до 16,5 %). Последнее подтверждает быстрое развитие ЛУ к препаратам второго ряда [2, 9, 11].

Таблица 2

Динамика первичной ЛУ у впервые выявленных больных ТБ в г. Новокузнецке

| Показатель                | 1997 г. | 1998 г. | 1999 г. | 2000 г. |
|---------------------------|---------|---------|---------|---------|
| Общее число больных с ВК+ | 225     | 65      | 234     | 164     |
| Число больных с ЛУ (абс.) | 138     | 47      | 147     | 99      |
| Число больных с ЛУ (%)    | 61      | 72,3    | 62,8    | 60,4    |
| *ЛУ к 1 АБП (%)           | 28,7    | 26,1    | 11,5    | 17      |
| ЛУ к 2 АБП (%)            | 13,3    | 23,1    | 13,2    | 11      |
| ЛУ к 3 и > АБП (%)        | 9,8     | 23,1    | 32      | 32      |
| ЛУ - S (%)                | 35,3    | 47,7    | 40,1    | 46,3    |
| ЛУ - H (%)                | 25,5    | 36,9    | 39,7    | 37,8    |
| ЛУ - R (%)                | 9,9     | 21,5    | 20,0    | 17,7    |
| ЛУ - E (%)                | 13,1    | 30,8    | 40,5    | 42,6    |
| ЛУ - K (%)                | 0,8     | 23,1    | 20,5    | 16,5    |
| ** ЛУ - Rf (%)            | -       | -       | -       | 0,03    |
| H + R (+) (%)             | 9       | 12,3    | 17,1    | 15,9    |

\* - % от впервые выявленных больных с ВК+

\*\* - до 2000 г. ЛУ к рифамбутину не определяли

Таким образом, в Новокузнецке происходит стремительное распространение ЛУ к основным АБП среди больных с впервые выявленным ТБ, МЛУ ТБ составляет 15,9 %, что значительно превышает данные ВОЗ и средние показатели по России [16, 19, 27, 29]. Внедрение стандартных программ ДOTS в таких условиях не предотвращает нарастание в популяции населения распространения МЛУ ТБ [7, 8, 10, 19]. Имеются данные о том, что проведение стандартизированной контролируемой краткосрочной химиотерапии по ДOTS больным с ЛУ к H и R индуцирует нарастание поливалентной ЛУ к другим АБП и не предотвращает передачу МЛУ ТБ новым пациентам [7, 12, 30]. Поэтому тезис Дж. Крофтона с соавт. [9] о том, что среди впервые выявленных больных ТБ стандартное (6-8 месяцев) лечение по схемам ВОЗ исключает риск неудачи из-за первичной резистентности (устойчивости) неверен и подтверждения в странах с высокой распространенностью ЛУ ТБ не находит [1, 10, 12, 19].

Не вызывает возражения рекомендация корифей мировой фтизиатрии Дж. Крофтона и других экспертов ВОЗ [9], что: «приоритетной задачей является предупреждение возникновения случаев ТБ с МЛУ, а не лечение больных с МЛУ ТБ». Но что делать, если мы уже фактически живем в условиях эпидемии ЛУ ТБ. Увеличение распространенности ЛУ ТБ в некоторых западных странах напрямую связывают с усилением миграции населения [32]. В Германии на долю выходцев из стран бывшего Советского Союза приходится 21 % всех случаев ЛУ к 1 АБП и 44,8 % — МЛУ ТБ [31].

Опыт ликвидации вспышки МЛУ ТБ в Нью-Йорке показал, что только энергичные действия

властей и специалистов, эффективные программы лечения, обеспеченные достаточным финансированием, способны предотвратить распространение эпидемии МЛУ ТБ [1, 30]. Поэтому признанные во всем мире специалисты по ЛУ ТБ (М Айсман и Л. Хейфец), тщательно изучившие проблемы ТБ в России, а также ведущие отечественные фтизиатры (А.Г. Хоменко, М.И. Перельман, С.Е. Борисов, А.К. Стрелис, В.Ф. Мишин, В.И. Чуканов и др.) убеждены, что в России требуется осуществление обоих направлений: создание всеобъемлющей программы гарантированного лечения всех новых случаев лекарственно-чувствительного ТБ и открытие специализированных центров для лечения больных с МЛУ ТБ [1, 2, 11, 14, 18, 21, 22, 23].

## Выводы:

1. В г. Новокузнецке стремительно нарастает ЛУ ТБ, больные с МЛУ ТБ составляют 15,9 % среди впервые выявленных пациентов.
2. Необходимо дальнейшее наблюдение (мониторинг) за распространенностью ЛУ и МЛУ ТБ у впервые выявленных больных ТБ.
3. Первостепенной задачей фтизиатрической службы области и региональных властей является переоснащение бактериологических лабораторий и внедрение общепризнанных международных стандартов определения ЛУ.
4. При существующем уровне распространения МЛУ ТБ в России время для внедрения программ ДOTS упущено. Необходимо одновременное внедрение стандартизированного лечения лекарственно-чувствительного ТБ и создание центров по лечению МЛУ ТБ.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Айсман М, Хейфец Л. О программе противотуберкулезных мероприятий в России — впечатления двух заинтересованных внешних наблюдателей // Доклад на Международной конференции: Туберкулез — старая проблема в новом тысячелетии. — Новосибирск, 2002.
2. Борисов С.Е., Соколова Г.Б. Этиотропное лечение ТБ при лекарственной устойчивости МБТ взгляды и рекомендации международных организаций // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3. — № 12. — С. 595-602.
3. Валиев Р.Ш., Филатова М.С. Особенности и частота возникновения устойчивости к рифамбутину у больных ТБ легких // Туберкулез — старая проблема в новом тысячелетии: сборник. — Новосибирск, 2002. — С. 43-44.
4. Дорошкова И.Р. О совершенствовании микробиологической службы противотуберкулезных учреждений России // Там же. — С. 61-63.



5. Краснов В.А., Калачев И.В., Погожева А.М. и др. Система борьбы с ТБ в Сибири // Там же. — С. 95-97.
6. Курунов Ю.Н., Курунова Н.Н., Лисиченко Г.М. и др. Взаимосвязь основных эпидпоказателей по ТБ со структурой первичной лекарственной устойчивости МБТ // Там же. — С. 98-101.
7. Ключе Х., Вежнина Н. Частота реинфекции и увеличение спектра устойчивости после короткого курса химиотерапии среди заключенных с высокой распространенностью ЛУ ТБ // Там же. — С. 80-81.
8. Козлов В.А. Эффективность лечения впервые выявленных больных активным ТБ органов дыхания по методике DOTS // X Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник. — С-Пб, 2000. — № 1078. — С. 291.
9. Крофтон Дж., Шоле П., Маер Д. Методические рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза // Женева. — WHO/ТБ 96. 210.
10. Лафонтен Д., Голубева В.И., Фазлиахметова Л.С. и др. Лекарственно-устойчивый ТБ в пенитенциарной системе Кемеровской области // Туберкулез — старая проблема в новом тысячелетии: сборник. — Новосибирск, 2002. — С. 107-108.
11. Мишин В.Ю., Степанян И.Э. Контролируемая химиотерапия ТБ органов дыхания в современных условиях. Проблема лекарственной устойчивости // РМЖ. — 2000. — Т. 8, № 12. — С. 496-500.
12. Мишин В.Ю., Чуканов В.И. Феномен индукции нарастающей поливалентной лекарственной резистентности МБТ при стандартных курсах химиотерапии // X Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник. — С-Пб, 2000. — № 1086. — С. 293.
13. Марьяндышев А.О., Тунгусова О.С., Кауган Д., Сандвен П. Лекарственная устойчивость МБТ в Баренц-регионе России и Норвегии // Пробл. туб. — 2002. — № 2. — С. 41-43.
14. Перельман М.И. Туберкулез в России // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 12. — С. 564-568.
15. Павлова В.Е. Лекарственная устойчивость у больных ТБ среди различных категорий по ВОЗ до начала лечения // Сб. тезисов науч.-практ. конф. — Томск, 1999. — С. 53.
16. Погожева Л.М., Мурашкина Г.С., Новикова Н.М. и др. Туберкулез в Сибири в начале XXI века (аналитический обзор НИИТ). — Новосибирск, 2002. — 83 с.
17. Рыбалко В.В., Афанасьев В.М. и др. Лекарственная устойчивость МБТ в Ленинградской области // БЦЖ. — 1998. — № 1. — С. 31-34.
18. Стрелис А.К. Современная фтизиатрия и проблемы туберкулеза XXI века (актовая речь) - Томск. - 1999. - с. 1-35.
19. Стрелис А.К., Янова Г.В., Стрелис А.А. и др. Лекарственная устойчивость и исходы лечения больных туберкулезом легких // Туберкулез — старая проблема в новом тысячелетии: сборник. — Новосибирск, 2002. — С. 160-161.
20. Ханин А.Л., Чистякова Н.В., Ханина Н.М. Начальная лекарственная устойчивость МБТ в Кузбассе // IX Национальный конгресс по болезням органов дыхания: сборник. — М., 1999. — С. 123.
21. Хоменко А.Г. Туберкулез как глобальная и национальная проблема здравоохранения // БЦЖ. — 1998. — № 1. — С. 8-12.
22. Хоменко А.Г. Современная терапия туберкулеза // Клиническая фармакология и терапия. — 1998. — № 4. — С. 26-20.
23. Чуканов В.И. Проблема излечения больных ТБ органов дыхания // РМЖ. — 2001. — Т. 9, № 21. — С. 954-959.
24. Отчет регионального директора ЕРБ ВОЗ 1998-1999 гг. — Копенгаген, 2000. — 16 с.
25. Coninx R., Mathien et al. Туберкулез: терапия первого ряда и лекарственная резистентность // РМЖ. — 1999. — Т. 7, № 17. — С. 840-846.
26. Akarasewi P., Chati P., Pokaew P. // Пробл. туб. — 2002. — № 2. — С. 48-50.
27. Pablos-Mendez A et al. Global surveillance for antituberculosis drug resistance, 1994-1997 // N. Engl. J. Med. — 1998. — V. 338. — P. 1641-1649.
28. Espinal M.A. Will drug-resistant TB become a worldwide pandemic (main presentations / Rus / № 47. 10. — 2000.
29. Espinal M.A. et al. Global trends in resistance to antituberculosis drugs // N. Engl. J. Med. — 2001. — V. 344. — P. 1294-1303.
30. Friden T.R. et al. The emergence of drug-resistant tuberculosis in New-York city // N. Engl. J. Med. — 1993. — V. 328. — P. 521-526.
31. Forsslorn M., Sagelie D. et al. // Intern. J. Tubercul. and Lang Dis. — 2001. — V. 5, № 11. — P. 83-84.
32. Chemtov D., Goldblatt D. et al. // Intern. J. Tubercul. and Lang Dis. — 2001. — V. 5, № 11. — P. 36-38.
33. Treatment of tuberculosis.WHO-Geneva. — 1993. — 43 p.

\* \* \*

## ДИНАМИКА ИНФИЦИРОВАННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЗА 10 ЛЕТ (1992–2001 Г.Г.)

**В.Д. Скороходова, И.Ф. Копылова**

*Тубдиспансер, г. Юрга,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
кафедра туберкулеза, г. Кемерово*

**Н**аиболее важными критериями при изучении туберкулезной инфекции, ее динамики и распространенности среди детей являются показатели инфицированности и ежегодного риска инфицирования [2]. Показатель инфицированности (процент положительно

реагирующих на туберкулин среди всех, кому проведена туберкулиновая проба) характеризует объем туберкулезной инфекции среди населения и, тем самым, вероятность возникновения новых случаев заболевания [1, 2]. Инфицированность является проявлением латентной туберкулезной



инфекции. Уровень инфицированности отражает состояние эпидемиологической обстановки по туберкулезу.

Задача настоящего исследования — изучить динамику показателей инфицированности детей в условиях резкого ухудшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу.

Так как при всеобщей вакцинации изучение показателя инфицированности затруднено, наиболее близкий к истинному ее уровень можно определить лишь в декретированных возрастных группах детей, когда у преимущественного большинства угасает поствакцинная аллергия. Поэтому проведен анализ реакций на пробу Манту с 2 ТЕ у детей 7 и 14 лет. Объектом исследования явились дети данных возрастных групп г. Юрги в 1992-2001 г.г. Использован сплошной метод отбора материала.

Количество детей 7 лет составляло 1439 в 1992 году и 737 в 2001 году. За исследуемый период произошло постепенное уменьшение числа детей данного возраста в связи со снижением рождаемости в неблагоприятных социальных условиях. На численности 14-летних детей данный процесс еще не отразился. В течение изученного периода их количество составляло ежегодно, в среднем, 1465 с небольшими колебаниями. Процент охвата подлежащих туберкулинодиагностикой составил: в 7-летнем возрасте — 100 %, в 14-летнем — от 64 % до 100 %. Низкий охват 14-летних имел место в 1994 г. (64,2 %) и в 1997 г. (73,3 %), что объяснялось неудовлетворительным обеспечением лечебно-профилактических учреждений туберкулином и туберкулиновыми шприцами. Проведение туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ и чтение ее результатов проводилось специально обученным персоналом общей лечебной сети под методическим руководством Юргинского городского тубдиспансера, в соответствии с существующими нормативными документами.

Удельный вес положительно реагирующих на туберкулин в 7-летнем возрасте за 10 лет увеличился почти в 3 раза — с 23,6 % (323 из 1439) в 1992 году до 64,9 % (478 из 737) в 2001 году. Обращает на себя внимание, что значительно увеличилось количество детей с сомнительными реакциями на туберкулин — почти в 4 раза (с 5,4 % до 19,1 %). Процент детей, отрицательно реагирующих на туберкулин в 7 лет, сократился в 6,4 раз (77,5 % в 1992 г. и 12 % в 2001 г.).

Таким образом, за последние 10 лет среди 7-летних детей произошел крутой подъем показателя инфицированности, относительно более плавное повышение числа лиц с сомнительной реакцией на пробу Манту и резкое снижение

удельного веса неинфицированных. Динамика данных показателей имеет выраженную корреляцию с динамикой заболеваемости туберкулезом как взрослого, так и детского населения.

Среди 14-летних детей получена иная картина. Удельный вес положительно реагирующих на туберкулин в 1992 г. составил 71,9 % (1054 из 1465), в 2001 г. — 83,1 % (1218 из 1465). Следовательно, показатель инфицированности в течение всего времени сохранялся на высоком уровне, с некоторым повышением к концу периода (на 11,2 %). Процент детей с сомнительной реакцией повысился в 5 раз (с 2,7 до 14,1). Количество отрицательно реагирующих на туберкулин резко сократилось — с 28,1 % (411 из 1465) до 3,1 % (40 из 1465). То есть, произошло снижение в 9 раз.

Как видно из приведенных данных, среди 14-летних удельный вес положительно реагирующих на туберкулин повысился мало, но резко снизилось число детей с отрицательной реакцией на пробу Манту за счет роста процента сомнительных реакций.

Сомнительные реакции на туберкулин могут быть как проявлением еще сохранившейся поствакцинной аллергии, так и инфицирования. Учитывая выраженный рост числа детей с сомнительными реакциями в 7 лет и в 14 лет, при резком ухудшении эпидобстановки по ТБ, будет более достоверным считать их проявлением инфицированности.

#### Выводы:

1. Резкое ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу в 1992-2001 г.г. сопровождается выраженным повышением инфицированности детей 7 лет: с 23,6 % до 64,9 %. Показатель инфицированности 14-летних сохранился на высоком уровне с небольшим повышением: 71,9 % и 83,1 %, соответственно.
2. За изученный период произошло резкое снижение удельного веса детей с отрицательными реакциями на туберкулин: в 6,4 раза в 7 лет и в 9 раз в 14 лет (с 77,5 % до 12 % и с 28,1 % до 3,1 %, соответственно). Количество лиц с сомнительными реакциями при этом значительно увеличилось. Возможно, проявлением инфицированности являются не только положительные, но и сомнительные реакции.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Туберкулез органов дыхания / А.Г. Хоменко. — М., 1982. — 573 с.
2. Туберкулез у детей и подростков: Руководство для врачей. / Е.Г. Янченко, М. С. Греймер. — М., 1999. — 286 с.



## СОСТАВ ДЕТЕЙ С ГИПЕРЭРГИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К ТУБЕРКУЛИНУ В ДИНАМИКЕ ЗА 15 ЛЕТ

Н.Н. Пискунова

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

Дети, инфицированные микобактериями туберкулеза (ТБ) с высокой чувствительностью к туберкулину, составляют группу повышенного риска заболевания ТБ. Риск их заболевания в 8-10 раз выше по сравнению с детьми с нормергической реакцией на туберкулин. Поэтому дети с гиперергическими реакциями на туберкулин подлежат тщательному обследованию на ТБ и, при исключении заболевания, наблюдению по 46 группе диспансерного учета в тубучреждении. Проблема гиперчувствительности мало отражена в литературе последних лет [1, 2, 3].

Цель настоящего исследования — сравнительное изучение состава детей с гиперреакциями на туберкулин, наблюдающихся по 46 группе, и исходов профилактических мероприятий среди них в условиях снижения туберкулеза (1987 г.) и эпидемии его (2002 г.).

Проанализированы данные обследования 100 детей с гиперергическими реакциями на пробу Манту с 2ТЕ, находившихся на стационарном обследовании и лечении. Первую группу составили 50 детей, обследованных в 1987 г., когда детская заболеваемость в Кемеровской области составляла 10-11 на 100 тысяч населения. Во вторую группу вошли 50 детей, обследованных в 2002 г., при уровне детской заболеваемости 28 на 100 тыс.

По возрастно-половому признаку группы были идентичны. Преобладали дети в возрасте 7-11 лет (60 %); 4-6-летние составили 38 %; дети раннего возраста — 2 %. Мальчиков было несколько больше (56 %), чем девочек (44 %). Дети 2-й группы (2002 г.) значительно чаще и статистически достоверно (48 % или 24 ребенка) имели неблагоприятные материально-бытовые условия, чем дети 1-й группы (38 % или 19 детей). В 2002 г. почти каждый второй ребенок был из семей, проживающих в сырых неблагоустроенных квартирах, в общежитиях в условиях скученности, с неработающими одним или обоими родителями, из неполных или многодетных семей, 4 ребенка были из детских приютов.

Источник инфекции установлен в обеих группах одинаково часто — в половине случаев. В 1987 году при тесном семейном контакте (мать, отец) инфицировались 14 % детей, а 34 % заразились при периодических внесемейных контактах от больных родственников и соседей. В 2002 году количество зараженных от больных родителей увеличилось в 2,5 раза и составило

32 %. Выросла частота фоновых и сопутствующих заболеваний — с 18 % (9 человек) в 1987 г. до 32 % (16 человек) в 2002 г. Наиболее часто отмечены глистная инвазия и дискинезия желчевыводящих путей (во 2-й группе — 11 человек, и в 1-й группе — 5 человек).

У большинства детей было по одному поствакцинальному рубчику, и только несколько детей имели по два рубчика (1-я группа — 3; 2-я группа — 2). Основная же масса детей инфицировалась до проведения первой ревакцинации. При этом у 1/4 детей из обеих групп с одинаковой частотой малые размеры рубчиков или их отсутствие свидетельствовали о некачественно проведенной вакцинации или об отсутствии таковой.

Как свидетельствует динамика туберкулиновой чувствительности, большинство детей обеих групп были инфицированы ранее, до взятия на учет. 40 % детей получали химиопрофилактику по поводу выража туберкулиновых проб или контакта с больными активным туберкулезом родителями. Гиперергические реакции на туберкулин у 2/3 детей в оба периода времени появились в течение последнего года перед взятием на учет, у 30 % — от одного года до 2-х лет и у 4 % — более 3-х лет.

Синдром интоксикации наблюдался одинаково часто в обеих группах — в половине случаев, одинаково часто — покашливание. Общее состояние всех детей было удовлетворительным. Нарушений в физическом развитии не отмечалось. Периферическая лимфаденопатия была зарегистрирована у преобладающего большинства детей обеих групп (1-я группа — 46 детей, 2-я группа — 44 детей). В отклонениях от нормы в общем анализе крови существенных различий по группам не отмечено (17 и 14 человек). В основном наблюдались умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ. Изменения в биохимическом анализе крови (увеличение  $\alpha_2$ - и  $\gamma$ -глобулинов) заметно преобладали во 2-й группе детей (8 и 18 человек, соответственно).

Во 2-й группе значительно чаще встречались реакции в виде везикулы и папулы диаметром 20-27 мм — 62 % и 42 % (31 и 21 ребенок), соответственно ( $P < 0,05$ ). Следовательно, можно отметить выраженный рост степени гиперергической чувствительности на туберкулин у детей с 1987 по 2002 год.

После проведенной химиопрофилактики двумя ПТП в течение 3 месяцев у всех детей исчезла симптоматика, нормализовались показатели кро-

ви. Снижение туберкулиновой чувствительности и переход ее в нормергическую наблюдался не у всех пациентов, в 1-й группе — в 88 % случаев, во 2-й группе — у 60 % детей. 20 детям 2-ой группы курс химиотерапии был продолжен до 6 месяцев. И только после него была достигнута нормергическая чувствительность к туберкулину.

#### Выводы:

1. За 15 лет (с 1987 по 2002 г.г.) у детей с гиперергическими реакциями на пробу Манту с 2 ТЕ значительно увеличилась степень чувствительности к туберкулину, что проявилось увеличением реакций в виде везикулы в 2 раза.
2. Среди детей с гиперчувствительностью к туберкулину, наблюдающихся по 66 группе диспансерного учета, за последние годы в 2,5

раза выросла частота внутрисемейного контакта с больными туберкулезом и существенно увеличился удельный вес пациентов из неблагоприятных социальных условий.

3. Снижение чувствительности к туберкулину на фоне химиопрофилактики почти в 2 раза чаще стало происходить более медленными темпами (за шесть, а не за три месяца) (у 40 % детей вместо 23 %).

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Овчинникова Ю.Э., Иванова Л.А., Довгалюк И.Ф., Титаренко О.Т. // Проблемы туберкулеза. — 2002. — № 1. — С. 17-21.
2. Пискунова Н.Н., Кобелева Г.В. Социально значимые проблемы здравоохранения: Российские достижения. — Кемерово, 2000. — 109 с.
3. Урсов И.Г., Красиев В.А., Новикова И.Н., Мурашкина Г.С. // Проблемы туберкулеза. — 2000. — № 4 — С. 3-5.

\* \* \*

## ПРИЧИНЫ ФОРМИРОВАНИЯ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

**Г.В. Кобелева, О.М. Молчанова, А.М. Моисеенко**

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
г. Кемерово*

**З**а последние годы ухудшение эпидобстановки по туберкулезу сопровождается увеличением удельного веса фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (ФКТЛ) среди впервые выявленных, состоящих на учете и умерших. Настоящая работа посвящена анализу причин формирования этого процесса и изучению его осложнений.

Проанализированы данные 200 больных с ФКТЛ, выписанных из стационара в течение последних 3 лет. 3/4 из них страдали распространенным поликавернозным процессом, 176 человек выделяли микобактерии туберкулеза. Эти лица были госпитализированы с целью снятия обострения и прекращения бактериовыделения. 24 человека без бактериовыделения поступили в отделение с целью лечения осложнений. Подавляющее большинство больных ФКТЛ составили мужчины — 186 чел. (93 %) и лица старше 40 лет — 146 чел. (73 %). Средний возраст оказался равным 43,8 лет. У большей части больных (64 % или 128 чел.) установлено пребывание в прошлом в местах лишения свободы, в том числе с пребыванием более 10 лет у 41 % (82 чел.). Средний возраст этих лиц был значительно ниже — 38 лет, чем среди пациентов без пребывания в заключении — 54 года. Это свидетельствует о заболевании туберкулезом среди осужденных в более молодом возрасте и более неблагоприятном его исходе.

Среди всех больных с ФКТЛ злоупотребляющих алкоголем было 122 чел. (61 %), большинство из них (105 чел. или 52,5%) имели в анамнезе пребывание в местах лишения свободы. Социальный состав больных ФКТЛ представлен следующим образом: 113 человек (56,5 %) — инвалиды II-й группы по туберкулезу, 66 чел. (38 %), находясь в трудоспособном возрасте и не имея группы инвалидности, не работали и не имели минимальных средств к существованию. В том числе не имели жилья и бродяжничали 48 человек, 18 человек получали пенсию и лишь трое работали в частных акционерных обществах. Большая часть больных не имела семьи — 128 чел. (64 %). Материально-бытовые условия в основной массе больных (128 чел. или 64 %) расценены как неудовлетворительные и их доходы в денежном отношении не соответствовали минимальному прожиточному уровню. Низким был и образовательный ценз. Лишь 8 человек имели среднее специальное образование и один — высшее.

Следует отметить, что среди изученных больных у 127 (63,5 %) были выявлены первоначально излечимые формы туберкулеза: инфильтративный — у 95, очаговый — у 16, подострый диссеминированный — у 9, туберкулома — у 7. В связи с асоциальным образом жизни больные недобросовестно относились к своему здоровью, лечились нерегулярно, нередко выписывались из отде-

ления за нарушения режима, что и привело к развитию ФКТЛ. Преждевременно прекративших лечение и лечившихся нерегулярно было 132 человека (66 %). Особенно несерьезно проводилось лечение на амбулаторном этапе. В ряде случаев неблагоприятному исходу потенциально излечимых форм туберкулеза способствовала, а чаще являлась следствием неадекватной терапии, лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к препаратам, преимущественно к нескольким (109 человек или 54,5 %). Плохая переносимость препаратов встретила лишь в 8 случаях, у больных пожилого возраста.

Большая часть больных имела сопутствующие заболевания (133 чел. или 66,5 %), часто несколько. Наиболее часто встречались хронический бронхит (58 чел.), заболевания желудочно-кишечного тракта (45 чел.), сердечно-сосудистой системы (32 чел.), хронический гепатит (13 чел.), сахарный диабет (5 чел.).

Из 200 изученных человек у 73 (36,5 %) была выявлена первоначально запущенная форма — фиброзно-кавернозная, при этом у половины — в течение последнего года перед поступлением в стационар. У 25 человек эта форма туберкулеза была выявлена 2-3 года назад, у 7 — 4-5 лет назад, у 5 человек — 6-10 лет назад.

Различные виды осложнений у изученных больных отображены в таблице.

Как следует из таблицы, частота осложнений велика. Неспецифические осложнения отмечены у 117 человек, специфические — у 49. Наиболее частым неспецифическим осложнением оказалось выделение крови из дыхательных путей (33 %), а специфическими — казеозная пневмония — 13 %. В целом неспецифические осложнения зарегистрированы у 99 человек (49,5 %), а специфические — у 41 человека (20,5 %).

| Виды осложнений                       | Число осложнений |      |
|---------------------------------------|------------------|------|
|                                       | абс.             | %    |
| Специфические осложнения:             |                  |      |
| Казеозная пневмония                   | 24               | 12   |
| Экссудативный плеврит                 | 11               | 5,5  |
| Туберкулез бронхов                    | 10               | 5,0  |
| Туберкулез гортани                    | 4                | 2    |
| Неспецифические осложнения:           |                  |      |
| Легочное кровотечение и кровохаркание | 66               | 33   |
| Хроническое легочное сердце           | 33               | 16,5 |
| Амилоидоз внутренних органов          | 10               | 5    |
| Спонтанный пневмоторакс               | 8                | 4    |
| Итого:                                | 166              | 83   |

#### Выводы:

1. Среди изученных 200 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких преобладали мужчины среднего и пожилого возраста с неблагополучным социальным статусом (2/3 больных в прошлом были в заключении, злоупотребляли алкоголем, не имели семьи и жили в бедности).
2. Почти у 2/3 больных были диагностированы первоначально излечимые формы туберкулеза, прогрессирующие в связи с недобросовестным отношением к лечению, чему способствовал асоциальный образ жизни больного. Более чем у 1/3 больных изначально была выявлена фиброзно-кавернозная форма туберкулеза.
3. У больных ФКТЛ неспецифические осложнения (49,5 %) преобладали над специфическими (20,5 %). Наиболее частым неспецифическим осложнением явилось выделение крови из дыхательных путей, а специфическим — казеозная пневмония.

\* \* \*

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ В БОЛЬНИЦЕ ЛИУ-33 Г. МАРИИНСКА ЗА 1997–2001 Г.Г.

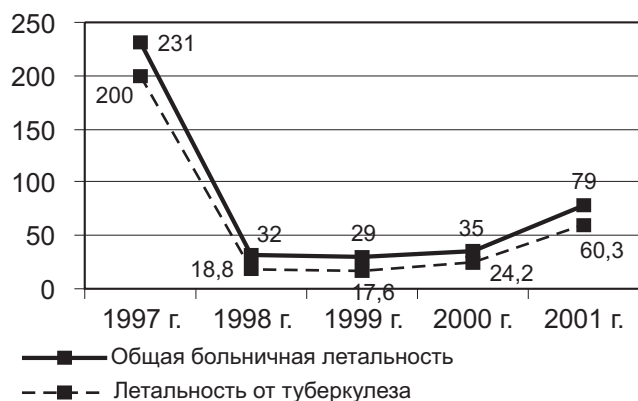
**З.Э. Элбакидзе, И.И. Малахов, К.Ф. Шульга, Н.Н. Старченкова, С.В. Мышкин**  
ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области, г. Мариинск

За последние пять лет, начиная с 1997 года, отмечается снижение летальности от туберкулеза в больнице ЛИУ-33 г. Мариинска Кемеровской области (рисунок).

Как видно из данных, представленных на рисунке, до 2001 года, в сравнении с 1997 годом, в целом отмечается снижение летальности. Это связано с началом совместной работы медицинской службы ГУИН Кемеровской области и Международной гуманитарной организации

«Врачи без границ» (MSF) по контролю над туберкулезом в УИС и внедрением контролируемой краткосрочной химиотерапии по программе «DOTS» в 1996 г. С этого года все больные были обеспечены антибактериальными препаратами I-го ряда в достаточном количестве. Благодаря гуманитарной помощи MSF больные туберкулезом были обеспечены дополнительным высококалорийным белковым питанием. Совместными усилиями медицинской службы УИС и MSF бы-

**Рисунок**  
**Летальность в туберкулезной больнице ЛИУ-33 за период с 1997-2001 г. (на 1000 прошедших)**



ли улучшены условия содержания осужденных, улучшился морально-психологический климат в колонии. Все это способствовало снижению не только заболеваемости туберкулезом среди осужденных, но также позволило снизить показатели смертности и летальности от туберкулеза.

Тем не менее, в период с 1997 по 2001 г.г. значительно выросло число больных с резистентными формами туберкулеза, включая больных с множественной лекарственной устойчивостью к препаратам I-го ряда, которое в 2001 г. достигло 600 больных. Кроме того, в период с 1998 по 2001 г.г. вырос процент больных с начальной лекарственной устойчивостью — с 16,7 в 1998 году до 26,4 в 2001 году. Стоит отметить, что все больные с множественной лекарственной устойчивостью находятся в туберкулезной больнице ЛИУ-33.

В связи с этим в 2001 году, в сравнении с 2000 годом, выросло число больных, умерших от туберкулеза. Причинами смерти в большинстве случаев стали прогрессирующие формы инфильтративного туберкулеза, включая казеозную пневмонию. Как правило, все случаи туберкулеза имели множественную лекарственную устойчивость. В таблице представлены данные об основных причинах смерти больных туберкулезом органов дыхания в больнице ЛИУ-33 г. Мариинска.

Как видно из данных,

приведенных в таблице, основными причинами смерти больных туберкулезом органов дыхания стали казеозная пневмония и прогрессирующий инфильтративный туберкулез легких.

Анализ представленных данных позволяет утверждать, что стандартная краткосрочная контролируемая химиотерапия больных туберкулезом органов дыхания препаратами I-го ряда не позволяет в полной мере осуществлять контроль над туберкулезом. При назначении антибактериальной терапии необходимо учитывать не только распространенность туберкулезного процесса, наличие или отсутствие бактериовыделения, но обязательно принимать во внимание наличие лекарственной устойчивости к препаратам I-го ряда. При наличии последней необходимо индивидуализировать подходы к лечению, включая в схемы антибактериальной терапии препараты II-го ряда, симптоматическое и патогенетическое лечение.

#### Выводы:

1. За период 1997-1998 г.г. летальность от туберкулеза в ЛИУ-33 снизилась почти в 6 раз. В 2001 году, по сравнению с 1999 годом, летальность выросла в 3,4 раза.
2. За период 1998-2001 г.г. уровень лекарственно устойчивого туберкулеза вырос в 1,5 раза.
3. Основной причиной роста летальности от туберкулеза в 2001 году явилось увеличение уровня лекарственно устойчивого туберкулеза, включая мультирезистентный туберкулез.
4. С целью предотвращения дальнейшего роста летальности от туберкулеза и развития резистентных его форм необходимо проводить антибактериальную терапию с учетом лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к препаратам I-го ряда с обязательным включением в схемы антибактериальной терапии препаратов резерва (препараты II-го ряда).

**Таблица**  
**Основные причины смерти от туберкулеза органов дыхания в туберкулезной больнице ЛИУ-33 г. Мариинска за 1997-2001 гг.**

| Причина смерти                  | 1997 г. |      | 1998 г. |      | 1999 г. |      | 2000 г. |      | 2001 г. |     |
|---------------------------------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|------|---------|-----|
|                                 | абс.    | %    | абс.    | %    | абс.    | %    | абс.    | %    | абс.    | %   |
| Казеозная пневмония             | 212     | 77   | 15      | 51,7 | 14      | 46,6 | 22      | 53,6 | 48      | 64  |
| Инфильтративный туберкулез      | 58      | 21,6 | 8       | 27,6 | 7       | 23,3 | 10      | 24,4 | 12      | 16  |
| Диссеминированный туберкулез    | 1       | 0,4  | -       | -    | 1       | 3,3  | 2       | 4,8  | 2       | 2,7 |
| Милиарный туберкулез            | -       | -    | 1       | 3,4  | -       | -    | -       | -    | -       | -   |
| Цирротический туберкулез        | -       | -    | -       | -    | -       | -    | -       | -    | 1       | 1,3 |
| Фиброзно-кавернозный туберкулез | 1       | 0,4  | 1       | 3,4  | 6       | 20   | 6       | 14,6 | 10      | 13  |
| Туберкулезный менингит          | 1       | 0,4  | 1       | 3,4  | 2       | 6,6  | 1       | 2,4  | 2       | 2,4 |
| Всего умерло от туберкулеза     | 273     | 100  | 29      | 100  | 30      | 100  | 41      | 100  | 75      | 100 |

\* \* \*





## Раздел 3

### ВЫЯВЛЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА ТУБЕРКУЛЕЗА



## ИНФОРМАТИВНОСТЬ МИКРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

В.Н. Зимина

Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово

Основным методом диагностики наиболее эпидемиологически опасных форм туберкулеза является бактериоскопия мазка мокроты. Культуральное исследование обеспечивает подтверждение данного диагноза и дает возможность диагностировать туберкулез со скудным бактериовыделением. Чувствительность каждого из этих методов в значительной степени зависит от качества исследования.

Для обнаружения бактериоскопическим способом единичных МБТ необходимо, чтобы 1 мл материала содержал, как считалось в прежние годы, не менее 50-100 тысяч микробных тел [2], по современным данным — 5-10 тысяч [1]. Для выделения культуры возбудителя достаточно 20-100 микобактерий в 1 мл. Быстрым, недорогим и достаточно специфическим методом, который следует использовать при подозрении на туберкулез, в первую очередь, является прямая микроскопия мазка, окрашенного по Целю-Нильсену. Люминесцентная микроскопия, по мнению ряда авторов, позволяет, по сравнению с прямой микроскопией, дополнительно выявить МБТ в 14-30 % случаев, но стоимость ее значительно выше.

В практике Кемеровского областного противотуберкулезного диспансера до 2001 года для диагностики туберкулеза органов дыхания предпочтение отдавалось люминесцентной микроскопии и культуральному методу обнаружения возбудителей. С 2001 года, с внедрением программы контроля над туберкулезом с использованием рекомендаций ВОЗ, приоритетным методом обнаружения МБТ стала простая микроскопия мазка патологического материала, которая в обязательном порядке сопровождается культуральным исследованием, с последующим пересевом на среду Левенштейна-Йенсена для определения лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза методом абсолютных концентраций.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа информативности бактериоскопических методов исследования у больных впер-

вые выявленным деструктивным туберкулезом легких, получавших лечение в стационарах Кемеровского облтубдиспансера в 1999-2002 годах.

Проанализированы результаты обследования на МБТ 173 пациентов, составивших две группы. В основную группу (n = 75) вошли больные деструктивным туберкулезом легких, получавшие лечение в 2002 году. Группу сравнения (n=98) составили пациенты, лечившиеся в 1999 году. По полу, возрасту и характеру туберкулезного процесса в легких группы сравнения оказались репрезентативными.

В основной группе всем больным при поступлении в стационар проводилось трехкратное исследование мокроты на МБТ методами простой микроскопии и посева. Особое внимание уделялось забору мокроты. Забор проводился в утренние часы, под непосредственным контролем медицинской сестры, предварительно объяснявшей правила сбора. Только качественно собранный патологический материал передавался в лабораторию, где производилась двухэтапная выборка патологического материала, первоначально по макролептическим свойствам, затем — по морфологической картине. Таким образом, исследованию подвергалась только мокрота, а не слюна или другой материал. Использовались современная методика приготовления мазков (лаборанты были специально обучены) и современные бинокулярные микроскопы.

В группе сравнения всем больным трехкратно производилось исследование мокроты методами люминесцентной микроскопии и посева и однократно — методом простой микроскопии. Строгих требований к правилам забора мокроты не существовало. Приготовление мазков было менее совершенно, использовались устаревшие микроскопы.

В таблице представлены результаты бактериологического обследования больных деструктивным туберкулезом легких.

Таблица  
Результаты бактериологического обследования в группах сравнения

| Методы обнаружения МБТ                | Основная группа |            | Контрольная группа |            | Р         |
|---------------------------------------|-----------------|------------|--------------------|------------|-----------|
|                                       | n = 75          | %          | n = 98             | %          |           |
| Бактериоскопия + посев                | 50              | 66,7 ± 5,4 | 33                 | 33,7 ± 4,8 | P < 0,001 |
| Посев (при негативной бактериоскопии) | 17              | 22,7 ± 4,8 | 51                 | 52,0 ± 5,1 | P < 0,001 |
| Бактериоскопия                        | 1               | 1,3        | 2                  | 2,0        |           |
| Всего бактериовыделителей             | 68              | 90,7 ± 3,4 | 86                 | 87,8 ± 2,0 | P > 0,05  |

Из данных, представленных в таблице, видно, что по общему количеству бактериовыделителей статистически достоверной разницы в группах сравнения не получено. Положительный результат бактериоскопии, не подтвержденный культурально, встречался в обеих группах лишь в единичных случаях. Обращает на себя внимание тот факт, что в основной группе возбудитель туберкулеза достоверно чаще был обнаружен в мокроте методом простой микроскопии, и впоследствии подтвержден посевом (66,7 %). В группе сравнения — люминесцентной и прямой микроскопиями одновременно (33,7 %); различия высоко достоверны.

Следовательно, правильный забор мокроты, качественная выбраковка патологического материала, качественные красители позволяют значительно (в два раза) повысить диагностическую ценность простой микроскопии, в том числе в сравнении с таким традиционно признанным более информативным методом, как люминесцентная микроскопия. Низкий уровень положительных результатов при люминесцентной микроскопии объяснялся, кроме вышеназванных причин, использованием физически и морально устаревшего люминесцентного микроскопа. По-

вышение информативности простой микроскопии обеспечило не только сокращение сроков и повышение достоверности диагностики туберкулеза, но и более полное предоставление объективных критериев для оценки эффективности лечения.

### Выводы:

1. Правильный забор мокроты, достаточное количество исследований, правильное приготовление мазков и использование современной микроскопической техники позволило в два раза повысить информативность бактериоскопии мазков мокроты, с получением положительных результатов у 66,7 % больных деструктивным туберкулезом легких.
2. Частота обнаружения бактериовыделения с использованием культурального метода исследования достоверно не изменилась.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Крофтон Дж., Хорн Н., Миллер Ф. Клиника туберкулеза. — Бишкек, 2001. — 188 с.
2. Туберкулез органов дыхания: Руководство для врачей / А.Г. Хоменко. — М., 1988. — 576 с.



## ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ (ПЦР) В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

**И.Ф. Копылова, З.Д. Нарышева, Г.Е. Петерс, Э.А. Буров, Г.И. Тимощук**

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия, кафедра туберкулеза,  
Кабинет лабораторной диагностики «Овум», г. Кемерово*

**Д**иагностика туберкулеза (ТБ) органов дыхания у детей и туберкулеза внелегочных локализаций нередко представляет трудности, так как при этих формах, в большинстве случаев, бактериовыделение не выявляется традиционными методами. К тому же, самый информативный из них — бактериологический — требует длительного времени.

Задача настоящего исследования — анализ значения полимеразной цепной реакции (ПЦР) в диагностике туберкулеза всех локализаций у детей и туберкулеза внелегочных локализаций у взрослых.

Изучены результаты комплексного обследования с использованием ПЦР 233 пациентов, в том числе, 123 детей — на туберкулез всех локализаций и 110 взрослых — на туберкулез мочевой и половой систем. Постановка диагноза у данных больных представляла трудности, поэтому возникла необходимость использования более точных методов. Больным проводилось

клиническое, рентгенологическое обследование; исследование различных материалов на МБТ простой и люминесцентной микроскопией, посевом; туберкулиновые пробы, в том числе, при показаниях — провокационные; иммунологическое исследование, УЗИ и др. Методом ПЦР исследовались различные материалы, в зависимости от локализации и характера патологического процесса, — бронхо-альвеолярные смывы, промывные воды бронхов, мокрота, экссудат плевральной полости, венозная кровь, моча, спинномозговая жидкость, соскобы из цервикального канала и уретры. Исследование проводилось лабораторией «Овум» на коммерческой основе, с применением набора «Политуб», разработанного НИИ физико-химической медицины МЗ РФ совместно с научно-производственной фирмой «Литех». Результат исследования представлялся клиницистам через 3-5 дней.

В результате комплексного обследования туберкулезная этиология заболевания установлена

в 109 случаях — у 50 детей и 59 взрослых. Среди детей в 37 случаях диагностированы локальные формы туберкулеза, в 13 — туберкулезная интоксикация. Локальные формы туберкулеза включали следующее: туберкулез внутригрудных лимфоузлов — 14 случаев, инфильтративный туберкулез легких — 8, плеврит — 6, менингит — 2, туберкулез почек — 3, туберкулезный коксит — 1, туберкулез периферических и мезентериальных лимфоузлов — 3. Диагноз подтвержден обнаружением МБТ традиционными методами у детей лишь в 16 % случаев (8 человек), в том числе, бактериоскопически — в 10 % (5 чел.), только посевом — в 6 % (3 чел.). Частота положительных результатов ПЦР оказалась намного выше — 36 случаев или 72 % (таблица 1).

**Таблица 1**

**Частота обнаружения МБТ у детей различными методами в зависимости от локализации ТБ**

| Локализация туберкулеза                    | Кол-во больных | Методы исследования на МБТ |       |       |                        |       |      |     |
|--------------------------------------------|----------------|----------------------------|-------|-------|------------------------|-------|------|-----|
|                                            |                | Простая микро-скопия       | Посев | ПЦР   |                        |       |      |     |
|                                            |                |                            |       | Всего | в том числе            |       |      |     |
|                                            |                |                            |       |       | промывные воды бронхов | кровь | моча | др. |
| Внутригрудные лимфоузлы                    | 14             | 0                          | 1     | 11    | 5                      | 6     | -    | -   |
| Легкие                                     | 8              | 4                          | 4     | 5     | 4                      | 1     | -    | -   |
| Плевра                                     | 6              | 0                          | 0     | 0     | 0                      | 0     | -    | 0   |
| ЦНС                                        | 2              | 0                          | 0     | 2     | -                      | -     | -    | 2   |
| Почки                                      | 3              | 1                          | 2     | 3     | -                      | -     | 3    | -   |
| Кости                                      | 1              | 0                          | 0     | 0     | -                      | 0     | -    | -   |
| Периферические и мезентериальные лимфоузлы | 3              | 0                          | 1     | 2     | -                      | 1     | -    | 1   |
| Итого:                                     | 37             | 5                          | 8     | 23    | 9                      | 8     | 3    | 3   |

Как видно из данных, приведенных в таблице 1, метод ПЦР оказался особенно высокоэффективным при ТБ внутригрудных лимфоузлов. Диагноз ТБ данной локализации подтвержден с помощью ПЦР почти в 4/5 случаев, а традиционными методами — лишь в одном случае. У двух детей с отрицательной реакцией на пробу Манту положительный результат исследования спинномозговой жидкости на МБТ методом ПЦР помог установить туберкулезную этиологию менингита, в последующем подтвержденную эффектом специфического лечения. При экссудативном плеврите на нашем материале ПЦР оказалась неинформативной. При ТБ у детей МБТ обнаруживались наиболее часто в промывных водах бронхов и в крови.

37 детей без локальных изменений длительного времени (от нескольких месяцев до года и более) безуспешно обследовались и лечились у различных специалистов по поводу интоксикации неясной этиологии, проявляющейся субфебрилитетом, повышенной утомляемостью, снижением аппетита, отставанием в весе и другими признаками. Как видно из таблицы 2, положительные результаты ПЦР значительно чаще наблюдались в данной группе детей при выраженной чувствительности к туберкулину.

Обнаружение МБТ в крови методом ПЦР, в комплексе с результатами клинического обследования, дало возможность диагностировать туберкулезную интоксикацию у детей и подростков в

13 случаях, что было подтверждено эффективной специфической терапией. Среди детей с неподтвержденным ТБ, положительные результаты ПЦР получены в 15 % случаев (11 из 73), при этом туберкулез был исключен абсолютно лишь у 2-х детей (2,7 %). У остальных, с гиперпробами и выражом туберкулиновой чувствительности, доклинические

проявления активного ТБ не исключались. У двух детей с абсолютно исключенным активным туберкулезом положительные реакции ПЦР можно было объяснить влиянием отягощающих факторов в периоде формирования поствакцинного иммунитета

Из 59 взрослых, с установленным на основании комплексного обследования диагнозом ТБ внелегочных локализаций, традиционными методами возбудитель был обнаружен в 42,4 % (25 больных), с помощью ПЦР — в 69,5 %

**Таблица 2**  
**Результаты ПЦР в зависимости от чувствительности к туберкулину у детей без локальных изменений**

| Реакция на пробу Манту                          | Количество детей | Результаты ПЦР |    |
|-------------------------------------------------|------------------|----------------|----|
|                                                 |                  | +              | -  |
| Отрицательная и слабоположительная              | 14               | 4              | 10 |
| Нормергическая средней степени выраженности     | 17               | 7              | 10 |
| Нормергическая выраженная и резко положительная | 6                | 5              | 1  |
| Итого:                                          | 37               | 16             | 21 |

(41 чел.). При этом у женщин с диагностированным ТБ гениталий (30 чел.) специфическая этиология подтверждена с помощью ПЦР в 70 % случаев (21 чел.), бактериоскопически — в 26,6 % (8 чел.), только посевом — в 16,6 % (5 чел.).

ТБ мочевой системы и мужских половых органов, установленный у 29 пациентов, верифицирован ПЦР в 68,9 % случаев (20 человек), посевом — в 41,4 % (12 чел.), бактериоскопически — в 6,9 % (2 чел.). Частота положительных результатов ПЦР среди взрослых пациентов с неподтвержденным диагнозом ТБ составила 13,7 % (7 из 51). При этом также в большинстве случаев (5 чел.) не представлялось возможным исключить ТБ абсолютно.

В целом частота обнаружения МБТ методом ПЦР при активном туберкулезе составила 70,6 %, традиционными методами — лишь 30,3 %. Ложноположительные результаты при полностью исключенном ТБ составили 3,5 %.

#### Выводы:

1. ПЦР является ценным дополнительным методом исследования, позволяющим в ко-

роткие сроки обнаружить бактериовыделение в 70 % трудных для диагностики случаев ТБ у детей и внелегочных форм у взрослых.

2. Информативность метода ПЦР наиболее велика в диагностике ТБ внутригрудных лимфоузлов, туберкулезного менингита, туберкулезной интоксикации детей и подростков.
3. Результаты ПЦР необходимо оценивать только в комплексе с другими методами обследования, так как возможны ложноположительные результаты.
4. С помощью ПЦР могут выявляться еще доклинические проявления туберкулеза.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Вишневская Е.Б. // Пробл. туб. — 1998. — № 5. — С. 40-45.
2. Вишневская Е.Б. // Пробл. туб. — 2000. — № 5. — С. 47-49.
3. Вишневский Б.И., Мерлина Е.Д., Белгендир Е.Н. и др. // Пробл. туб. — 1998. — № 4 — С. 41-43.
4. Мерлина Е.Д., Ланцов В.А., Семеновский А.В. и др. // Пробл. туб. — 1998. — № 1. — С. 46-48.

\* \* \*

## АНАЛИЗ 7-ЛЕТНЕЙ РАБОТЫ КОНСУЛЬТАТИВНОГО ЦЕНТРА ФТИЗИОПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

**Л.П. Чумакова, В.К. Кашкаров**

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
кафедра фтизиопульмонологии,*

*Городская туберкулезная больница № 19, г. Новокузнецк*

**В** 1995 г. в г. Новокузнецке начал работать фтизиопедиатрический центр. Он был организован на базе детско-подросткового отделения клинической туберкулезной больницы № 19. В состав центра входят: доцент кафедры фтизиопульмонологии Новокузнецкого ГИДУВа Л.П. Чумакова, фтизиопедиатры Н.П. Эсаулова, В.К. Кашкаров, Н.Д. Щеглова и рентгенологи Т.В. Карпинская и Г.Н. Холопов.

Консультативный центр выполняет 2 задачи. Во-первых, оказание квалифицированной помощи фтизиопедиатам и педиатрам г. Новокузнецка и городов Юга Кузбасса в диагностике туберкулеза. Во-вторых, выполнение функций ЦВКК — утверждение диагнозов впервые выявленного туберкулеза у детей и подростков.

Консультативный прием проводится 2 раза в месяц в фиксированные дни и часы. В это же

время работает рентген-кабинет, что позволяет проводить рентгенологическое дообследование пациентов. В тех случаях, когда установить диагноз на консультативном приеме не удастся и требуется динамическое наблюдение за больным, назначается повторная консультация в необходимые сроки.

За 7 лет проконсультированы 377 детей и подростков, 60 % из них были иногородними. Подавляющее число детей направлялись фтизиопедиатрами и, гораздо реже, педиатрами общей лечебной сети. Поводом для направления на консультацию был установленный или предполагаемый диагноз туберкулеза органов дыхания и иногда внелегочного туберкулеза. Результаты работы консультативного приема представлены в таблице.

Активный туберкулез был подтвержден у 81 больного (21,5 %), в том числе у 6 человек при повторной консультации. У 72 больных был ту-



**Таблица**  
**Результаты консультативного приема**  
**детей и подростков**

| Диагноз, установленный<br>на консультативном приеме                                   | Число больных |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------|
|                                                                                       | абс.          | %     |
| Туберкулез органов дыхания, в том числе:                                              | 72            | 19,2  |
| - первичный туберкулез                                                                | 56            | 14,9  |
| - вторичный туберкулез                                                                | 12            | 3,2   |
| - туберкулез плевры                                                                   | 4             | 1,1   |
| Внелегочный туберкулез                                                                | 9             | 2,3   |
| Всего:                                                                                | 81            | 21,5  |
| Неспецифические заболевания легких                                                    | 46            | 12,3  |
| Поствакцинальные аллергия и лимфадениты                                               | 11            | 2,9   |
| Группы риска по туберкулиновым пробам (вираж, гиперэргия, увеличение размеров папулы) | 170           | 45,1  |
| Здоровые; давно инфицированные                                                        | 69            | 18,2  |
| ИТОГО:                                                                                | 377           | 100,0 |

беркулез органов дыхания и у 9 — внелегочный (туберкулез периферических лимфоузлов — 5, туберкулез почек — 3, туберкулез коленного сустава — 1). Все больные активным туберкулезом были госпитализированы в детско-подростковое отделение больницы № 19.

170 человек (45,1 %) были отнесены к группам риска по туберкулиновым пробам. Им рекомендовалось наблюдение в VI-й группе диспансерного учета (подгруппы А, Б, В) и химиопрофилактическое лечение. В санаторных детских учреждениях г. Новокузнецка лечились 38 детей, остальные — по месту жительства.

У 46 больных (12,3 %) было диагностировано неспецифическое бронхолегочное воспаление (у половины больных — пневмонии), подтвержденное результатами пробного неспецифического лечения. У этих больных ошибочная диагностика туберкулеза была обусловлена неверной оценкой клинических данных и неадекватной неспецифической терапией. Последняя в ряде случаев вообще не проводилась.

У небольшой части детей имели место поствакцинальная аллергия, ошибочно расцененная как вираж туберкулиновых проб (7 чел.), и поствакцинальный периферический лимфаденит (4 чел.). Остальные дети (69 чел.) были здоровы, давно инфицированы МБТ с нормэргической реакцией Манту.

Таким образом, предполагаемый туберкулез был исключен у 78,5 % проконсультированных детей и подростков. Эти данные говорят о том, что фтизиопедиатрам и рентгенологам свойственна гипердиагностика туберкулеза и, особенно, туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов. Обычно тени сосудов корня лег-

кого и средостения ошибочно принимаются за увеличенные внутригрудные лимфоузлы. Надо сказать, что ошибкам способствует плохое качество рентгенограмм, выполненных на местах.

Консультативный прием позволил значительно сократить число больных, нуждающихся в госпитализации. Из 377 проконсультированных детей были госпитализированы 98 (26 %). Это ликвидировало очередность на госпитализацию, несмотря на то, что в эти годы число коек в детско-подростковом отделении сократилось со 100 до 60.

В качестве ЦВКК консультативная комиссия работала 2 раза в квартал. За 7 лет диагноз впервые выявленного туберкулеза был утвержден у 318 детей и подростков. Число впервые выявленных больных с 1995 года по 2001 год оставалось примерно одинаковым — в среднем 45 человек в год (в 2000 г. — 43, в 2001 г. — 46 больных). Но формы туберкулеза стали гораздо более тяжелыми. Это подтверждается количеством бацилловыделителей среди впервые выявленных больных. В 1995-1999 г.г. они составляли 0,4-0,5 %, в 2000 г. — 9 %, в 2001 г. — 28 %.

Ухудшение структуры туберкулеза у впервые заболевших детей и подростков отражает ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе Южного Кузбасса.

#### Выводы:

1. Фтизиопедиатрам и рентгенологам свойственна гипердиагностика туберкулеза внутригрудных лимфоузлов, что объясняется недостаточным знанием рентгеноанатомии корня легкого и средостения и плохим качеством рентгенограмм.
2. Консультативный прием исключает предполагавшийся туберкулез у большинства детей и подростков (78,5 %), что позволяет избежать ложного роста показателя заболеваемости туберкулезом, избавляет от госпитализации в туберкулезный стационар и ненужного специфического лечения.
3. Следствием ухудшения эпидобстановки по туберкулезу в регионе Южного Кузбасса является утяжеление впервые выявленного туберкулеза у детей и подростков и увеличение, по сравнению с предшествующими годами, числа бацилловыделителей в 55 раз (0,5 % и 28 %).

\* \* \*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ТЕЧЕНИЯ СТЕРОИДНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Т.И. Байбородова, И.П. Байбородов, Г.А. Кукченко

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

Лица, принимающие кортикостероидные гормоны, относятся к группе повышенного риска в отношении туберкулеза. Своеобразие клинической картины туберкулеза, осложнившего кортикостероидную терапию, позволило назвать его стероидным (А.Е. Рабухин).

Задачей работы было изучение особенностей клинической симптоматики, диагностики и течения стероидного туберкулеза.

Под наблюдением находились 32 больных в возрасте от 21 до 70 лет. Из них более половины (18 из 32) составляли лица женского пола, около половины (14 из 32) — лица молодого возраста (с 21 до 40 лет). У 25 больных заболевания, явившиеся поводом для назначения кортикостероидной терапии, действительно имели место (I-я группа), ошибочно диагностированы — у 7 больных (II-я группа). В I-й группе такими заболеваниями были бронхиальная астма (7 человек), гепатит (6 чел.), ревматоидный артрит (3 чел.), ХПН с последующей пересадкой почки (3 чел.), хронический гломерулонефрит (2 чел.), системная красная волчанка, хронический лимфолейкоз, цирроз печени и бытовое отравление уксусной эссенцией (по 1 случаю). Кортикостероидная терапия у больных I-й группы начиналась с больших и средних доз преднизолона (60-40 мг) и продолжалась у 14 больных от 1,5 до 6 месяцев, у троих — 6-12 месяцев, у двоих — 3 года, у 6 пациентов — 5 и более лет.

У больных II-й группы «маски» невыявленного туберкулезного процесса были расценены врачами как проявления системного заболевания соединительной ткани, гематологического заболевания, саркоидоза. Больные II-й группы получали средние и малые дозы преднизолона (30-20 мг) в течение 3-6 недель.

У всех 32 больных обнаружены распространенные формы туберкулеза, нередко генерализованные — милиарный туберкулез (12 человек), диссеминированный (6 чел.), туберкулез внутригрудных лимфоузлов с бронхолегочными поражениями (7 чел.), казеозная пневмония (4 чел.), распространенный инфильтративный туберкулез легких (3 чел.). У большинства больных (28 из 32 или 87,5%) туберкулез сопровождался бактериовыделением, в основном, обильным. Полости распада определены у половины больных (16 из 32). Следует отметить, что даже при милиарном туберкулезе наблюдались полости распада (2 случая из 12) и бактериовы-

деление (у 8 из 12 пациентов). Первичная устойчивость МБТ к ПТП обнаружена в 21,4 % (у 6 из 28 бактериовыделителей), в том числе у одного больного МЛУ, у остальных — к 1-2 ПТП. Четкой зависимости распространенности и тяжести туберкулезного процесса от интенсивности и длительности гормональной терапии не выявлено.

В большинстве случаев (30 из 32) заболевание туберкулезом начиналось остро, с выраженным синдромом интоксикации (повышение температуры до 38-39°C, ночные поты, значительное похудание). Синдром дыхательной недостаточности определялся у половины больных. Кашель с выделением небольшого количества мокроты наблюдался у 20 больных (62,5 %), в 2-х случаях (6,2 %) при кашле выделялось много мокроты с неприятным запахом за счет вторичного абсцедирования. При милиарном туберкулезе в 6 случаях из 12 за 2-4 месяца до острых клинических проявлений туберкулеза отмечались кратковременные подъемы температуры до высоких цифр, боли и отеочность суставов (2 пациента), диспептические расстройства (4 чел.), лейкомоидные реакции в крови (один чел.), кратковременные выпоты в плевральную полость (2 чел.).

По поводу вышеуказанных проявлений больные обследовались и лечились у врачей общей лечебной сети. Проводимое в этот период рентгенологическое исследование патологии в легочной ткани не выявляло. Классическая клиническая и рентгенологическая картина милиарного туберкулеза определялась в терминальной стадии заболевания. У 4-х больных этой группы одновременно с милиарной диссеминацией в легочную ткань выявлен туберкулезный менингит.

При остальных клинических формах туберкулеза рентгенологические проявления возникали одновременно с клиникой. Отмечалась склонность к двухстороннему, полисегментарному поражению, образованию больших участков казеоза и крупных полостей распада. Преобладало лимфогенное распространение инфекции из внутригрудных лимфоузлов. Преимущественная средне- и нижнедолевая локализация туберкулезного процесса, выраженные интерстициальные изменения заставляют предполагать, что началом заболевания было поражение внутригрудных лимфоузлов. Это предположение было подтверждено по данным секции в 3-х случаях из шести с летальным исходом.

В связи с отсутствием патогномичных симптомов изменений в легких, возникающих при системных заболеваниях соединительной ткани, заболеваниях крови и саркоидозе, дифференциальная диагностика между ними и туберкулезом была чрезвычайно затруднена. Туберкулиновые пробы проводились лицам молодого возраста и у половины из них они были отрицательные, у остальных — слабоположительные, что можно объяснить иммунодефицитом. ФБС выявила специфическое поражение бронхов у 11 из 20 обследованных (55 %).

После проведенной противотуберкулезной терапии при своевременной диагностике у 18 из 32 больных (56 %) наступила положительная динамика в виде полного рассасывания очагов милиарной диссеминации, рубцевания полостей распада и прекращения бактериовыделения. При поздней диагностике у 8 человек (25 %) процесс перешел в фиброзно-кавернозную форму, 6 человек (18 %) умерли, в том числе у троих диагнозов туберкулеза выявлен только на вскрытии.

Таким образом, стероидный туберкулез протекает тяжело, нередко с летальными исходами.

Диагностика стероидного туберкулеза часто бывает несвоевременной из-за преимущественно острого прогрессирующего течения и трудности разграничения поражений легких при основном заболевании и возникшем под влиянием кортикостероидной терапии туберкулезе легких.

#### Выводы:

1. Стероидный туберкулез характеризуется преимущественно острым началом, тяжелым течением, нередко с летальными исходами в результате поздней диагностики.
2. Диагностика стероидного туберкулеза затруднена частым сочетанием с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, острым прогрессирующим течением, частой средне- и нижнедолевыми локализациями, отсутствием чувствительности к туберкулину, или слабой ее выраженностью.
3. Наиболее достоверным методом диагностики стероидного туберкулеза является неоднократное (3-5 раз) исследование мокроты на ВК.

\* \* \*

## КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Е.А. Григорьева

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

**Н**а современном этапе, в условиях социально-экономического кризиса в стране, наблюдается ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу (ТБ), характеризующееся изменением его клинической картины за счет выявления распространенных и остро прогрессирующих процессов. Инфильтративный ТБ легких остается ведущей формой среди больных ТБ органов дыхания и составляет от 58,7 % до 77,1 % среди впервые выявленных. Поэтому изучение особенностей клинко-рентгенологических проявлений и эффективности лечения данной формы ТБ легких в современных условиях представляет интерес.

Изучены результаты обследования и лечения 200 больных инфильтративным ТБ легких, находившихся в стационарных отделениях ОКПТД в 1998-1999 гг. Пациентам проводилось комплексное клинко-рентгенологическое и лабораторное обследование. Преобладали мужчины — 78 % (156 чел.). Наиболее велик был удельный вес больных в возрасте 18-29 лет (68 чел.) и 40-49 лет (62 чел.). Около половины составили ра-

ботники государственных учреждений — 54 % (108 чел.). Значительным оказалось количество неработающих без уважительной причины в трудоспособном возрасте — 28 % (56 чел.). Наличие отягощающих факторов имело место в 2/3 случаев (72,5 % или 145 чел.). Из них, пребывание в местах лишения свободы составило наибольший удельный вес — 26,5 % (53 чел.), в том числе в последние 2 года перед выявлением заболевания — 15,5 % (31 чел.). Злоупотребление алкоголем наблюдалось у 19,5 % (39 чел.), курение — у 18,5 % (37 чел.). Заболевания-синергисты имели место в 14,5 % (29 чел.), плохие материально-бытовые условия — в 13 % (26 чел.). Реже отмечены наркомания (4,5 % или 9 чел.) и перемена места жительства (3 % или 6 чел.). В половине случаев выявлен контакт с больными ТБ легких (48 % или 96 чел.), в том числе в 1/3 случаев (36 чел.) — семейный.

В 2/3 случаев поводом для взятия на диспансерный учет стало выявление ТБ при обращении в общую лечебную сеть (62 % или 124 чел.), в остальных случаях (38 % или 76 чел.) — при

профилактической флюорографии. Частота и степень выраженности отдельных клинических симптомов у больных представлены в таблице.

Как следует из таблицы, наиболее частыми симптомами оказались кашель, выделение мокроты и общая слабость, наблюдавшиеся у большинства пациентов. Наиболее часто кашель был умеренно выраженным, значительно реже — типа покашливания, и в единичных случаях — выраженным. Кашель сопровождался выделением мокроты, преимущественно в небольшом количестве. Слабость, как правило, носила умеренно выраженный характер. Менее чем в 1/2 случаев отмечено повышение температуры тела, чаще — до субфебрильной, реже — фебрильной, в единичных случаях — высокой. Умеренно выраженная потливость наблюдалась в 1/3 случаев. У 1/3 больных отмечено снижение массы тела, чаще умеренно выраженное. Относительно редко больные жаловались на одышку и боль в грудной клетке, преимущественно умеренно выраженные. Реже наблюдалось снижение аппетита, кровохарканье, ознобы.

У 2/3 больных (68 % или 134 чел.) начало заболевания было постепенным, с нарастанием симптомов в течение 2-х месяцев и более от момента появления до обращения к врачу. В 12,5 % случаев (25 чел.) этот период составил более полугода. Значительно реже заболевание протекало бессимптомно или начиналось остро (17 % или 34 чел. и 15 % или 30 чел., соответственно). В связи с острым началом заболевания больные получали неспецифическое противовоспалительное лечение по поводу ОРВИ или пневмонии в общей лечебной сети сроком от 2-х недель до месяца.

При объективном обследовании обращало внимание преимущественно удовлетворительное состояние больных, в части случаев — средней

степени тяжести и тяжелое (6 % или 12 чел.). Изменения перкуторного звука и характера дыхания над участком пораженного легкого отмечены в 1/2 случаев. В 23 % (46 чел.) выслушивались хрипы, в том числе влажные (12 % или 24 чел.).

Из клинко-рентгенологических вариантов инфильтративного ТБ легких на нашем материале преобладал облаковидный инфильтрат ( $54,5 \pm 4,2$  %,  $p < 0,001$ ). По данным рентгенологического обследования чаще встречалось поражение доли правого легкого (47 % или 94 чел.). У 18 % больных (36 чел.) процесс был двухсторонним. Одной из особенностей инфильтративного туберкулеза легких являлась склонность к распаду. В изученной группе больных полости распада отмечены у преобладающего большинства —  $83 \pm 2,7$  % ( $P < 0,05$ ). Деструкция чаще определялась у больных, выявленных при обращении к врачу по поводу заболевания органов дыхания ( $90 \pm 2,7$  % по отношению ко всей группе выявленных по обращению), реже — при профилактическом флюороосмотре ( $71 \pm 6,2$  %,  $P < 0,001$ ).

Частота бактериовыделения среди изученного контингента больных составила  $80 \pm 8,0$  % ( $P < 0,001$ ), в том числе обильное (МБТ обнаружены бактериоскопией и посевом более 20 колоний) — в 53,5 % случаев (107 чел.). У большей части больных бактериовыделение выявлено бактериологическим методом — 46,5 % (93 чел.). Только в 33,5 % (67 чел.) оно установлено методом бактериоскопии, из них простой бактериоскопией — в 25,5 % (51 чел.). Последнее свидетельствует о низком качестве бактериоскопии и недостаточном ее использовании в общей лечебной сети и туберкулезных учреждениях.

Средний срок пребывания в стационаре составил около 3 месяцев. Эффективность стационар-

Таблица  
Степень выраженности клинических проявлений у больных инфильтративным ТБ легких

| Жалобы                | Количество больных |                | Степень выраженности жалоб |                |           |                |            |               |
|-----------------------|--------------------|----------------|----------------------------|----------------|-----------|----------------|------------|---------------|
|                       |                    |                | слабая                     |                | умеренная |                | выраженная |               |
|                       | абс.               | %              | абс.                       | %              | абс.      | %              | абс.       | %             |
| Кашель                | 155                | $77,5 \pm 3,4$ | 34                         | $17,0 \pm 6,4$ | 119       | $59,5 \pm 4,5$ | 2          | $1,0 \pm 7,0$ |
| Мокрота               | 140                | $70,0 \pm 3,9$ | 124                        | $62,0 \pm 4,4$ | 14        | $7,0 \pm 6,8$  | 2          | $1,0 \pm 7,0$ |
| Слабость              | 129                | $64,5 \pm 4,1$ | 8                          | $4,0 \pm 6,9$  | 119       | $59,5 \pm 4,5$ | 2          | $1,0 \pm 7,0$ |
| Температура           | 89                 | $44,5 \pm 5,3$ | 52                         | $26,0 \pm 7,2$ | 33        | $16,5 \pm 6,5$ | 4          | $2,0 \pm 7,0$ |
| Потливость            | 82                 | $41,1 \pm 5,4$ | 6                          | $3,0 \pm 7,0$  | 72        | $36,0 \pm 5,7$ | 4          | $2,0 \pm 7,0$ |
| Похудание             | 62                 | $31,0 \pm 5,9$ | 16                         | $8,0 \pm 6,8$  | 36        | $18,0 \pm 6,4$ | 10         | $5,0 \pm 6,9$ |
| Одышка                | 58                 | $29,0 \pm 6,0$ | 3                          | $1,5 \pm 7,0$  | 54        | $22,0 \pm 5,6$ | 1          | $0,5 \pm 6,9$ |
| Боли в грудной клетке | 39                 | $19,5 \pm 6,3$ | 6                          | $3,0 \pm 7,0$  | 33        | $11,0 \pm 5,4$ | -          | -             |
| Снижение аппетита     | 19                 | $9,5 \pm 6,7$  | 10                         | $5,0 \pm 6,9$  | 8         | $4,0 \pm 6,9$  | 1          | $0,5 \pm 6,9$ |
| Кровохарканье         | 12                 | $6,0 \pm 6,9$  | 11                         | $5,5 \pm 6,9$  | 1         | $0,5 \pm 7,1$  | 1          | $0,5 \pm 6,9$ |
| Озноб                 | 6                  | $3,0 \pm 7,0$  | 2                          | $1,0 \pm 7,0$  | 4         | $2,0 \pm 7,0$  | -          | -             |

ного лечения характеризовалась прекращением бактериовыделения ( $90 \pm 4,5 \%$ ,  $P < 0,001$ ), закрытием полостей распада ( $73 \pm 7,3 \%$ ,  $P < 0,001$ ). Отсутствие динамики отмечено почти у 1/4 больных (43 чел.), в том числе у 15 человек (10 %) имело место прогрессирование туберкулезного процесса. При этом отсутствие динамики при сроке пребывания в стационаре до 3 месяцев отмечено в  $29,7 \pm 3,2\%$  случаев, более 3 месяцев —  $28,2 \pm 3,2 \%$  ( $P < 0,05$ ). Следовательно, отсутствие эффекта статистически достоверно не зависело от срока пребывания в стационаре.

Исходы заболевания на фоне комплексного противотуберкулезного лечения в большинстве случаев оказались благоприятными. По результатам обследования на нашем материале на месте инфильтрата чаще отмечены очаговые и фиброзные изменения ( $63 \pm 3,4 \%$ ,  $P < 0,001$ ). В то же время почти у 1/4 больных прогноз оставался неблагоприятным, что было обусловлено не-

регулярным приемом противотуберкулезных препаратов (ПТП), а также в 1/3 случаев (13 чел.) — лекарственной устойчивостью к двум и более ПТП.

#### Выводы:

1. Инфильтративный ТБ легких характеризуется частым бактериовыделением (80 %) и наличием деструкции (83 %). В 2/3 случаев начинается постепенно, сопровождаясь умеренно выраженным синдромом интоксикации и кашлем с мокротой.
2. На стационарном этапе лечения прекращение бактериовыделения достигнуто в 90 % случаев, закрытие полостей распада — в 73 %. У 1/4 больных прогноз остался неблагоприятным в связи с нерегулярным приемом ПТП, а в ряде случаев — лекарственной устойчивостью.

\* \* \*

## СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КРУПНЫХ БРОНХОВ И ГОРТАНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ю.В. Куликов, А.Л. Ханин, М.Н. Саблин

Городская клиническая туберкулезная больница № 19,

ГИДУВ, кафедра фтизиопульмонологии,  
г. Новокузнецк

**С**пецифическое поражение крупных бронхов, трахеи и гортани имеет большое значение с эпидемиологической точки зрения и влияет на течение легочного туберкулеза.

Частота туберкулезного поражения трахеи и крупных бронхов у больных с легочным туберкулезом, по данным разных авторов, колеблется от 5 до 30 %, а при первичном аденогенном туберкулезе достигает 63,6 % [3, 4, 6, 8, 9]. Неспецифические эндобронхиты выявляются у 16–65 % больных туберкулезом легких [4, 6, 7, 9, 10, 12]. Специфические и неспецифические эндобронхиты способствуют замедлению рассасывания инфильтративных изменений и длительному сохранению легочных каверн [1, 2, 8, 9, 10, 11].

Туберкулез верхних дыхательных путей был очень распространен в России в доантибактериальную эру. В 30-е годы туберкулез гортани встречался у 21,6 % больных легочным туберкулезом по клинко-инструментальным данным и до 59,9 % — по аутопсийным исследованиям. В 80-е годы прошлого столетия частота туберкулеза гортани снизилась до 0,8 % [10, 12].

Сведений о современной распространенности специфических поражений крупных бронхов и гортани в литературе мало и они разноречивы.

Целью данного исследования было выяснение частоты специфических поражений крупных бронхов и гортани у больных с различными формами легочного туберкулеза, а также проведение сравнительного анализа визуальной картины специфического эндобронхита с данными цитологического и гистологического исследований.

В данной работе приводится анализ фиброскопических (ФБС) исследований, выполненных у 714 больных с впервые выявленным легочным туберкулезом и рецидивами, находившихся на обследовании и лечении в клинике с 1999 по 2001 г.г.

ФБС-исследование выполнялось в первую неделю поступления больного под местной анестезией лидокаином аппаратом фирмы “Олимпус 1Т10”. Диагноз туберкулеза легких у всех больных был достоверно подтвержден на основании общепринятых в современной фтизиатрии данных [5].

Возраст пациентов был от 18 до 82 лет, лица старше 60 лет составляли 18,8 %. Мужчин было 56 %. Туберкулез крупных бронхов был диагностирован на основании типичной визуальной эндоскопической симптоматики у 48 больных (6,7 %). Среди больных с туберкулезным поражением крупных бронхов, у 18 (2,5 %) был ин-



фильтративный туберкулез легких, у 11 (1,6 %) — фиброзно-кавернозный, у 10 (1,4 %) — диссеминированный, у 6 (0,8 %) — туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, у 3 (0,4 %) — цирротический туберкулез.

У 35 из 48 больных с диагностированным специфическим эндобронхитом (72,9 %) был инфильтративный туберкулез бронхов, у 7 (14,6 %) — язвенный туберкулез, у 6 (12,5 %) — лимфобронхиальные свищи и бронхолитиаз. У 60,4 % больных туберкулез бронхов выявлен слева и соответствовал стороне локализации легочного процесса. Наиболее часто специфические изменения выявлялись в верхнедолевом бронхе (27 человек или 56,3 %). У 37,5 % больных ФБС определила поражение бронхов на сегментарном и субсегментарном уровнях. В 19 случаях (39,6 %) выявлены стенозы бронхов, причем у 8 пациентов (16,6 %) были стенозы II-III степени.

У 31 из 48 больных с туберкулезным поражением бронхов (64,5 %) выполнена биопсия эндоскопическими щипцами. Во время проведения биопсии забирался материал на цитологическое исследование, делались мазки на кислотоустойчивые бактерии с окраской по Цилю-Нильсону. В отдельных случаях проводилось взятие материала на бактериологию (посев на МБТ), бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ) и полимеразную цепную реакцию на ДНК МБТ (ПЦР).

Цитологический материал соскоба биопсии, полученный из измененных участков бронхов в 21 из 31 случаев (67,7 %) позволил определить наличие казеоза, клеток Лангханса-Пирогова, в 8 (25,8 %) — пылевые клетки с включениями и многоядерными макрофагами, скопления нейтрофилов, часть из которых находилась в состоянии распада. Кислотоустойчивые бактерии (КУБ) в мазке обнаружены в 3-х случаях (9,8 %).

Гистологическое исследование биопсийного материала из стенки измененного бронха подтвердило у 25 больных (80,6 %) специфическую природу воспаления, у четырех пациентов (12,9 %) картина была более характерна для неспецифического воспаления, у двоих (6,5 %) материал биопсии был неинформирован.

Биопсия зоны специфического поражения бронхов у двоих больных (6,5 %) осложнилась появлением кровохарканья, купированного консервативной терапией в первые сутки. Других осложнений не было.

Туберкулез гортани выявлен у 10 из 714 больных туберкулезом легких (1,4 %). В 1999 г. был выявлен один больной, в 2000 г. — четверо, в 2001 г. — пять пациентов. Среди пациентов со специфическим поражением крупных бронхов туберкулез гортани обнаружен в 20,8 %. В девяти

случаях диагноз туберкулезного поражения гортани доказан гистологически, в шести — подтвержден цитологически. У 3-х больных был тяжелый язвенный туберкулез гортани, у двух — специфический процесс распространялся на глотку и трахею.

У 6 из 10 больных с поражением гортани был диссеминированный туберкулез легких, у 3 — фиброзно-кавернозный, у 1 — инфильтративный.

Большинство больных с туберкулезом гортани длительно наблюдались у оториноларингологов с диагнозом неспецифического ларингита или рака гортани и только рентгенологическое исследование легких заставило предположить туберкулез, который подтвердился при биопсии или цитологическом исследовании.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает необходимость бронхологического обследования больных с туберкулезом легких с применением широкого арсенала биопсийных исследований при подозрении на специфический процесс.

## Выводы:

1. Туберкулез крупных бронхов выявляется у 6,7 % больных с легочным процессом.
2. У большинства пациентов с туберкулезом крупных бронхов диагностирована инфильтративная (72,9 %) и язвенная (14,9 %) форма поражения.
3. Гистологическое подтверждение при биопсии пораженного участка бронха составляет 80,6 %, цитологическое — 67,7 %. Кислотоустойчивые бактерии при окраске по Цилю-Нильсону выявлены в 9,8 %.
4. Специфическое поражение гортани выявляется у 1,4 % больных с легочным туберкулезом и у 20,8 % пациентов с туберкулезом крупных бронхов.
5. Больные с туберкулезом гортани длительно наблюдаются у ЛОР-врача с подозрением на неспецифический или опухолевый процесс, им не проводится исследование на КУБ и биопсия. После рентгенологического исследования легких все пациенты направлены к фтизиатру.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Бесков А.И., Байарстанова К.А., Семенов А.А. // Проблемы туберкулеза. — 1990. — № 8. — С. 70-73.
2. Жингель И.П. // Проблемы туберкулеза. — 1992. — № 9. — С. 53-56.
3. Когнова И.Е., Бублик П.И. // Тр. Моск. НИИТ. — 1982. — Т. 92. — С. 23-27.
4. Лупалова И.Р., Розенов В.И., Шульгин Н.С. // Тр. Моск. НИИТ. — 1982. — Т. 92. — С. 27-32.



5. Перельман М.И. // Консилиум медиком. — 2001. — Т. 3, № 12. — С. 562-568.
6. Тарасов А.С., Яблонская А.С. // Проблемы туберкулеза. — 1983. — № 2. — С. 21-24.
7. Таратута А.И., Якупене Н.Ю. // Проблемы туберкулеза. — 1990. — № 8. — С. 50-53.
8. Филиппов В.П. Бронхологические исследования в дифференциальной диагностике туберкулеза. — М., 1979. — 123 с.
9. Ханин А.Л., Старченкова Н.Н. Галотерапия в комплексном лечении больных с впервые выявленным туберкулезом: Метод. указание для врачей. — Новокузнецк, 2000. — 13 с.
10. Шестерина М.В. Изменения бронхов при туберкулезе легких. — М., 1976. — 38 с.
11. Шестерина М.В., Соловьева И.П., Ким А.И. // Проблемы туберкулеза. — 1983. — № 1. — С. 21-24.
12. Шестерина М.В. // Тр. Моск. НИИТ. — 1982. — Т. 92. — С. 3-12.

\* \* \*

## ЧАСТОТА И ХАРАКТЕР ПОРАЖЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

С.К. Власова, В.Н. Зимина

Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово

В последнее десятилетие повсеместно отмечается рост заболеваемости туберкулезом органов дыхания, изменение его общей характеристики и особенностей течения инфекционного процесса. Сопутствующие поражения бронхов, особенно туберкулезной этиологии, значительно ухудшают прогноз течения туберкулеза. По данным различных исследований частота активного туберкулеза бронхов варьирует от 4 до 15 %, а неактивного (рубцов, стенозов) — от 4,7 до 26,6 %.

Цель настоящей работы — изучить частоту и характер туберкулезного поражения бронхов в нашем регионе за прошедший 2001 год.

Проведен анализ результатов 1473 эндоскопических обследований 964 пациентов. Фибробронхоскопия (ФБС) осуществлялась аппаратом «Olympus P-40» под местной анестезией. Показаниями для ФБС являлись: клинико-рентгенологические признаки поражения бронхов, предстоящее оперативное вмешательство, необходимость дифференциальной диагностики, неясный источник кровохарканья или бактериовыделения, инородные тела, лечебные манипуляции (санационные бронхоскопии). Учитывая возможность бессимптомного течения специфического поражения бронхов, бронхоскопия при туберкулезе первичного генеза и в ряде случаев при деструктивных его формах проводилась в порядке клинического обследования. Следует отметить, что бронхоскопическое обследование проводилось не всем показанным больным в связи с ограниченными возможностями (один фибробронхоскоп на весь ОКПТД). Во время проведения ФБС, помимо макроскопической оценки состояния бронхиального дерева, у всех больных забирались смывы со стенок бронхов с исследованием на МБТ, проводилась щеточная биопсия с цитологическим и бактериологическим

исследованием, а в показанных случаях — щипцовая биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Из 964 пациентов, обследованных по поводу туберкулеза органов дыхания или с подозрением на него, специфические изменения в дыхательных путях выявлены у 114 больных. Частота и характер найденных поражений представлены в таблице.

**Таблица**  
**Частота выявления клинических форм активного и неактивного туберкулеза дыхательных путей**

| Клинические формы                                               | n = 964 | %    |
|-----------------------------------------------------------------|---------|------|
| Активный туберкулез бронхов:                                    | 69      | 7,2  |
| - инфильтративная форма                                         | 57      | 5,9  |
| - язвенная форма                                                | 10      | 1,1  |
| - язвенно-свищевая форма (бронхолитиаз)                         | 2       | 0,2  |
| Неактивный туберкулез бронхов:                                  | 33      | 3,4  |
| - концентрический рубцовый стеноз                               | 13      | 1,3  |
| - пристеночный рубцовый стеноз                                  | 20      | 2,1  |
| Сочетанное поражение бронхов (активный и неактивный туберкулез) | 5       | 0,5  |
| Туберкулез гортани                                              | 7       | 0,7  |
| Итого:                                                          | 114     | 11,8 |

Как видно из представленных данных, поражение бронхиального дерева туберкулезной инфекцией наблюдалось в 10,8 % случаев, туберкулез гортани встретился в 0,7 % наблюдений. Чаще выявлялся активный туберкулез бронхов, преимущественно инфильтративная его форма.

Эндоскопическая картина инфильтративного туберкулеза бронха характеризовалась ограниченным инфильтратом, гиперемией слизистой оболочки с преобладанием экссудативной или пролиферативной реакций, в ряде случаев — наличием стеноза пораженного бронха различной степени. При язвенной форме туберкулеза бронха обнаруживался поверхностный дефект слизистой с гладкими стенками или покрытый фибрином. Макроскопическая картина

язвенно-свищевой формы туберкулеза бронха, который осложнял течение туберкулеза внутригрудных лимфоузлов, представляла выбухающий инфильтрат (по типу фурункула) или кратерообразный свищ, иногда с бронхолитом.

Важно отметить, что гистологическая верификация туберкулезного воспаления получена у 11 из 114 больных (9,6 %), а бактериологическое подтверждение (обнаружение микобактерий туберкулеза в мазке со стенки пораженного бронха, гортани) — у 57 пациентов (50 %). В остальных случаях диагноз специфического воспаления выставлялся на основании характерной макроскопической картины измененной стенки бронха в зоне увеличенных лимфоузлов (при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов) или поражения легочной ткани (при вторичном туберкулезе).

На нашем материале наиболее часто туберкулезом поражались верхнедолевые бронхи — в 35 % случаев, причем правый верхнедолевой бронх вовлекался в процесс несколько чаще, чем левый — 19,2 % и 15,8 %, соответственно (по данным литературы — противоположная тенденция). На втором месте стояла локализация процесса в бронхе S-6 — в 10,8 % наблюдений справа и 6,7 % — слева. Специфическое воспаление среднедолевого бронха отмечено в 10 % случаев, а бронхов S-4 и S-5 слева — в 4,2 % наблюдений. Несколько реже поражались нижнедолевые бронхи — в 5,8 % справа и 4,2 % слева. Практически с одинаковой частотой отмечено воспаление главных бронхов с обеих сторон — 4,2 % и 5 %, соответственно. У 1,7 % больных выявлен туберкулез промежуточного бронха. В остальных случаях (12,4 %) зарегистрированы поражения сегментарных и субсегментарных бронхов, преимущественно верхних долей.

Клиническими формами туберкулеза органов дыхания, наиболее часто осложнявшихся туберкулезом дыхательных путей, по нашим данным, явились инфильтративный туберкулез легких и казеозная пневмония — в 66 из 114 наблюдений (57,9 %), значительно реже фиброзно-кавернозный туберкулез — в 22 случаях (19,3 %). Достаточно часто в специфический процесс бронхи вовлекались при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов — у 16 больных (14 %), реже — при экссудативном плеврите (3,5 %), цирротическом (1,8 %) и диссеминированном (0,9 %) туберкулезе легких. В одном случае (0,9 %) выявлен изолированный туберкулез бронха. У двух пациентов (1,8 %), обследовавшихся по поводу больших остаточных изменений по поводу перенесенного туберкулеза легких, выявлен рубцовый стеноз II и III степени.

Таким образом, по результатам нашего исследования, специфическое поражение дыхательных путей встретилось в 11,8 % случаев, причем активный туберкулез бронхов и гортани зарегистрирован в 8,2 % наблюдений (что соответствует литературным данным). Неактивный туберкулез бронхов в виде рубцовых стенозов выявлен в 3,9 % случаев.

Нам представляется, что полученные показатели занижены в связи с недостаточным охватом фибробронхоскопией больных туберкулезом органов дыхания и посттуберкулезными изменениями. Наиболее часто в инфекционный процесс вовлекались бронхи верхних долей и шестых сегментов нижних долей. Инфильтративный туберкулез легких осложняется туберкулезом бронхов значительно чаще других клинических форм. В дальнейшем мы предполагаем изучать ежегодную динамику специфического поражения бронхов и результаты его лечения.

\* \* \*

## ДИССЕМИНИРОВАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ДЕТЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

**И.Ф. Копылова, И.И. Шавелькина**

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
кафедра туберкулеза, г. Кемерово*

**Д**иссеминированный туберкулез (ТБ) относится к трудным для диагностики и наиболее тяжелым формам ТБ у детей. Частота его в структуре детского ТБ в Кемеровской области выросла с 0,8 % в 1995 г. до 2 % в 2001 г. Особенности данной формы ТБ у детей в современных условиях в литературе отражены крайне недостаточно [1, 2, 3]. Задача настоящего исследования — изучение клинических прояв-

лений, течения и исходов диссеминированного ТБ детей в Сибири.

Проанализированы результаты обследования и лечения 23 детей в возрасте от 0 до 15 лет, находившихся в детском стационарном отделении Кемеровского ОКПТД в 1990-2002 г.г. с данным диагнозом. По возрастному составу преобладали дети до года — 65 % (15 человек), по половому — несколько больше было девочек

(56 %, 13 человек). Диссеминированный процесс в большинстве случаев (70 %, 16 детей) сочетался с поражением ТБ внутригрудных лимфоузлов, у двух детей сопровождался менингитом и у одного — плевритом. Контакт с больными открытой формой ТБ установлен в 60,9 % (14 детей), чаще семейный, в шести случаях больными оказались оба родителя, в четырех — контакт был с рождения. 2/3 детей (15 человек) — из социально неблагополучных семей. Прививки БЦЖ проведены качественно лишь в двух случаях: у 12 детей поствакционный рубчик отсутствовал, у 9 — был менее 5 мм. Динамика туберкулиновой чувствительности свидетельствует о том, что почти в половине случаев (у 11 детей) заболевание наступило одновременно с виражом, 7 были инфицированы ранее, 5 имели отрицательную реакцию на туберкулин при заболевании, что можно объяснить проявлением анергии. Химиопрофилактика, показанная ранее по контакту или виражу туберкулиновой пробы 15 детям, проведена лишь двум. Заболевание явилось поводом для обращения к врачам общей сети в преобладающем большинстве (87 %) случаев. 2 случая выявлено при обследовании контактных, 1 — по реакции на пробу Манту в школе. Как видно из данных, приведенных в таблице, преобладало постепенное начало заболевания.

Таблица

**Начало диссеминированного ТБ у детей в зависимости от возраста**

| Возраст  | Количество детей |                    |                       | Всего |
|----------|------------------|--------------------|-----------------------|-------|
|          | Острое начало    | Постепенное начало | Бессимптомное течение |       |
| 0-1 год  | 3                | 10                 | -                     | 13    |
| 1-3 года | -                | 2                  | -                     | 2     |
| 4-7 лет  | -                | 1                  | -                     | 1     |
| 8-12     | 1                | 3                  | 1                     | 4     |
| 13-15    | -                | 2                  | -                     | 3     |
| Итого:   | 4                | 18                 | 1                     | 23    |

Острое начало наблюдалось лишь в 17,4 %, при этом преимущественно в возрасте до 1 года и в одном случае — в предпубертатном периоде. У одного ребенка 12 лет имело место бессимптомное течение болезни, что составило 4,3 %. Продолжительность периода от появления симптомов до поступления в стационар тубдиспансера составила от 7 дней до 3,5 месяцев. Большинство детей (21) лечились в общей лечебной сети от 2-х недель до 3-х месяцев с диагнозами пневмонии, бронхита и др. Диагноз туберкулеза окончательно установлен при обследовании в стационаре тубдиспансера в течение 7 дней 10 детям, 1-2 месяцев — 12 и одному — через 6 месяцев.

Общее состояние детей при поступлении в стационар оценивалось как тяжелое (в 1/2 случаев) или удовлетворительное. Температура почти у половины (12) детей была субфебрильной, в 1/4 части случаев — фебрильной, в 1/5 (у 5 детей) — температурной реакции не наблюдалось. Почти у всех заболевших отмечались вялость, слабость, быстрая утомляемость, нарушение сна, снижение аппетита, часто (19 случаев) — потливость. У 3-х детей отмечались головные боли, у 4-х — рвота, у 1 — светобоязнь, у 7 — диспептические расстройства. Почти постоянным проявлением заболевания (87 %, 20 человек) явился кашель, чаще влажный (у 12). Часто наблюдалась одышка (7 %, 18 человек), причем значительная — у 13. Сознание при поступлении сохранено у всех, в четырех случаях имела место заторможенность. У одного ребенка в анамнезе отмечены потеря сознания, тонико-клонические судороги, недержание мочи, у одного — нарушение движений в правой руке по типу пареза.

Почти у всех имелась бледность кожных покровов, в 26 % (6 детей) — цианоз. Периферический лимфаденит более чем в 5 группах наблюдался у 14, отсутствовал у 5 детей. Почти у половины больных (в 43 %) отмечено выраженное снижение массы тела, несколько реже — умеренное (39 %). Физическое развитие детей чаще оценивалось как среднее дисгармоничное — в 65 % (14 человек), среднее гармоничное — в 23 % (6), ниже среднего и дисгармоничное — у троих. Дефицит массы тела преимущественно составлял от 21 % до 35 %. Ограничение движения грудной клетки в акте дыхания отмечено врачами у 22 % (5) детей, с такой же частотой наблюдались притупление перкуторного звука и коробочный звук. Аускультативно в 6 случаях прослушивалось ослабленное дыхание, жесткое — в 7, влажные хрипы — в 1/3 (7), сухие — в 6, шум трения плевры — у 1 ребенка. Нередко определялось увеличение печени (65 %) и селезенки (26 %).

При поступлении в стационар чувствительность к туберкулину несколько менее, чем в 1/2 случаев (10 человек), была гиперергической, нормергической — в 17 % (у 4), так же часто — слабopоложительной и отрицательной (по 4 ребенка). В клиническом анализе крови СОЭ реагировала в 2/3 случаев в виде значительного (у 8 детей) или умеренного повышения. Почти у половины детей наблюдались умеренный лейкоцитоз, небольшой палочкоядерный сдвиг влево. Умеренная анемия отмечена у 60 % заболевших, лимфопения — у 6, лимфоцитоз — также у 6. Ни у одного ребенка МБТ при исследовании мазка из зева простой микроскопией и методом посева обнаружено не было. В двух случаях исследова-

на венозная кровь на МБТ методом ПЦР — получены положительные результаты. РНГА, проведенная 7 детям, дала в основном положительные результаты, в одном случае — сомнительный (титр 1 : 8).

Рентгенологически распространенность диссеминации имела преимущественно тотальный характер — в 70 % случаев (16). Ограниченный процесс наблюдался у 30 % (7) детей, при этом в 4 случаях поражались верхние доли, в 2 — нижние, в 1 — средние. Медиальные отделы легких чаще поражались в большей степени, чем латеральные. По величине очагов наибольшую группу составили дети с полиморфными очагами — 9 человек, среднеочаговая диссеминация имела место в 4 случаях, милиарная — лишь в 3, в 1 — крупноочаговая. Увеличение корней выявлено в 70 % (у 16 детей), чаще одностороннее (у 10). В 14,3 % (3 ребенка) обнаружены кальцинаты в лимфоузлах.

Срок пребывания больных детей в стационаре составил от 8 до 12 месяцев. Всем проведен интенсивный этап химиотерапии длительностью 2-3 месяца комбинацией 3-4 ПТП и этап долечивания до 8-12 месяцев 2-3 ПТП. Использовались ингаляции, патогенетические средства. 3 ребенка еще продолжают лечение. Из остальных 20 клинический эффект достигнут в 85 % (17 случаях). При этом полное рассасывание очагов диссеминации достигнуто в 38 % (6 детей), малые остаточные изменения сформировались в 39 % (умеренный фиброз у 7, плотные очаги у 2), большие остаточные изменения в виде диффузного цирроза — в 10 % (у 2-х). В 13 % (у 3 детей) процесс закончился летальным исходом в связи с поздней диагностикой. Это дети в возрасте до 1 года, со сроками пребывания в стационаре не более двух недель. Процесс в данных случаях носил генерализованный характер.

#### Выводы:

1. Диагностика диссеминированного ТБ у детей нередко вызывает значительные трудности, следствием чего являются высокая частота

летальных исходов (13 %, по нашим данным) и поздние сроки установления диагноза (более 1-2 месяцев в половине случаев).

2. Диссеминированный туберкулез у детей в современных условиях начинается преимущественно постепенно, часто протекает с тяжелым состоянием, за счет синдрома интоксикации, но без выраженной температурной реакции, как правило, сопровождается кашлем и одышкой, менее чем в 1/3 случаев — перкуторными и аускультативными изменениями в легких, в 1/4 — увеличением печени или селезенки.
3. Диагностика данной клинической формы туберкулеза у детей затруднена отсутствием, как правило, МБТ в материалах из органов дыхания, относительно частой отрицательной реакцией на туберкулин или слабой ее выраженностью (более 1/3 случаев). Помощь в диагностике может оказать обнаружение МБТ в крови методом ПЦР.
4. Рентгенологически диссеминированный туберкулез характеризуется преимущественно тотальным поражением легких с полиморфными или средних размеров очагами. Частота милиарной диссеминации составила лишь 13 %.
5. Развитию диссеминированного ТБ у детей предрасполагают:
  - ранний возраст, особенно до 1 года;
  - тесный контакт с бактериовыделителями;
  - отсутствие прививок БЦЖ или некачественное их проведение;
  - отсутствие специфической химиопрофилактики при показаниях.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Митинская Л.А., Яворский А.А. Диссеминированный туберкулез легких у детей // Пробл. туб. — 1991. — № 3. — С. 32-34.
2. Козлова А.В. Случай диссеминированного деструктивного туберкулеза у ребенка первого года жизни // Пробл. туб. — 1990. — № 10. — С. 65-66.
3. Маркова Г.Ф. Острый диссеминированный туберкулез легких в современных условиях // Пробл. туб. — 1989. — № 8. — С. 18-20.

\* \* \*

## ПОРАЖЕНИЕ ПЛЕВРЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ У ДЕТЕЙ

И.И. Шавелькина, И.Ф. Копылова

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
Кемеровская государственная медицинская академия,  
кафедра туберкулеза, г. Кемерово*

**С** ростом туберкулеза (ТБ) и более злокачественным его течением значительно чаще стала вовлекаться в процесс плевра. Среди плевральных выпотов различной этиоло-

гии у детей туберкулезные плевриты составляют 70-75 % [2, 3]. Диагностика плевритов туберкулезной этиологии нередко встречает значительные трудности, так как обнаружить микобакте-

рии туберкулеза в экссудате удается исключительно редко. Клиническим проявлением туберкулезных плевритов у детей в современных условиях посвящены лишь единичные работы [1, 3].

Цель настоящего исследования — изучить особенности клинико-рентгенологической картины туберкулезных экссудативных плевритов у детей в наше время в условиях Западной Сибири.

Изучены результаты обследования 50 детей в возрасте от 0 до 16 лет. По половому составу преобладали мальчики (31 человек), по возрасту — дети 8-16 лет (84 %). У большинства обследованных (43 из 50) плеврит был самостоятельным заболеванием и лишь в 14 % случаев (7 детей) — осложнением других форм туберкулеза органов дыхания. Такими формами явились туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (3 случая), диссеминированный ТБ (3 чел.), очаговый (1 ребенок).

У большинства больных — 76 % (38 человек) установлен контакт с больными открытой формой туберкулеза, чаще внесемейный. 2/3 детей были привиты БЦЖ некачественно или не привиты. В преобладающем большинстве случаев (90 %) заболевание диагностировано при обращении к врачам общей лечебной сети, у 5 детей — при профилактическом обследовании, в том числе у 2-х — флюорографически, у 3-х — с помощью реакции Манту.

Плеврит, как правило, сопровождался клиническими проявлениями, лишь в отдельных случаях (3 чел.) протекал бессимптомно. В 2/3 случаев (33 чел.) наблюдалось постепенное начало заболевания, реже (14 %) — острое.

Продолжительность периода от появления симптомов до поступления в противотуберкулезный диспансер составила от 1 дня до 3-х месяцев. В связи с выраженными клиническими проявлениями большинство детей (74 %) лечились в общей лечебной сети 10-14 дней. Основными диагнозами на первоначальном этапе обследования выставлены: пневмония — 24 человека, плевропневмония — 21, в единичных случаях ОРВИ (3 чел.), бронхит (2 чел.).

При поступлении в стационар тубдиспансера (таблица) у детей преобладала температура субфебрильного характера, относительно часто она была фебрильной, в отдельных случаях (3 чел.) температурная реакция отсутствовала. Почти все заболевшие отмечали умеренно выраженную общую слабость, быструю утомляемость, снижение аппетита. Частыми жалобами также явились боли в грудной клетке (88 %), одышка (84 %). Они

нередко были резко выраженными (28 чел.). Частым проявлением заболевания (в 70 %) явился кашель, как правило, сухой и непродуктивный. В единичных случаях отмечались головная боль (5 чел.), головокружение (3 чел.), тяжесть в боку (4 чел.), боли в животе (5 чел.), диспептические явления (4 чел.).

**Таблица**  
**Жалобы и степень их выраженности**  
**у детей с туберкулезным плевритом**

| Жалобы                | Количество детей               |    |          |    |       |    |       |    |
|-----------------------|--------------------------------|----|----------|----|-------|----|-------|----|
|                       | Степень выраженности симптомов |    |          |    |       |    |       |    |
|                       | Слабо                          |    | Умеренно |    | Резко |    | Всего |    |
|                       | абс                            | %  | абс      | %  | абс   | %  | абс   | %  |
| Температура           | 28                             | 56 | 19       | 38 | -     | -  | 47    | 94 |
| Боли в грудной клетке | 11                             | 22 | 5        | 10 | 28    | 56 | 44    | 88 |
| Кашель                | 4                              | 8  | 31       | 62 | -     | -  | 35    | 70 |
| Одышка                | 14                             | 28 | -        | -  | 28    | 56 | 42    | 84 |

У большинства детей при поступлении в стационар общее состояние было средней степени тяжести (в 84 %), реже удовлетворительное или тяжелое. Часто отмечалась бледность кожных покровов. Периферический лимфаденит также наблюдался у большей части детей.

Почти у всех имелось отставание пораженной половины грудной клетки в дыхании (90 %), часто — ослабление дыхания, в единичных случаях дыхание не прослушивалось. Правосторонняя локализация экссудативного плеврита имела место у 30 больных, левосторонняя — у 20 детей. Чувствительность к туберкулину почти в половине случаев (48 %) была гиперергической или нормергической выраженной (папула 15-16 мм), у 1/3 детей (36 %) — нормергической умеренной, у 6 — слабоположительной, в 2-х случаях — отрицательной.

По рентгенологической картине преимущественно отмечался свободный экссудат, уровень жидкости у большинства детей достигал 3-4-х ребер, в 2-х случаях наблюдалось осумкование экссудата.

Пункции плевральной полости проведены 41 больному, при этом 19 детям оказалось достаточно одной аспирации, 22 (44 %) потребовались повторные пункции (от 2-х до 8-ми каждому), в том числе в 3-х случаях использовался дренаж плевральной полости. Суммарно получена жидкость в объеме: до 100 мл — у 5 детей, от 100 до 500 мл — у 9 детей, от 500 до 1000 мл — у 15 детей, от 1 л до 1,5 л — у 8, свыше 1,5 л — у 4 детей. У 33 из 44 больных экссудат имел серозный характер, у 4-х — геморрагический, у 2-х — серозно-геморрагический, у одного — гнойный, у одного — жидкости получено не было. В 90 % случаев выявлен лимфоцитарный цитоз, а содержание белка составило, в среднем, 30-40 г/л.



Лишь в одном случае в экссудате были обнаружены микобактерии туберкулеза методом посева.

В клиническом анализе крови чаще реагировало СОЭ в виде значительного повышения (свыше 30 мм/час) — у 33 человек, реже умеренного — у 13 больных. Нередко отмечался небольшой палочко-ядерный сдвиг влево, умеренный лейкоцитоз — у 32, лимфопения — у 22 детей. Умеренное снижение гемоглобина имело место у 1/3 заболевших. Из других изменений, у 8 человек отмечена эозинофилия, у 3 — моноцитоз. В биохимическом анализе крови у 35 детей имелось повышение  $\alpha$ -глобулинов, у 37 —  $\gamma$ -глобулинов.

В стационаре всем больным проводилась туберкулостатическая химиотерапия в сочетании с гормональной в начальном периоде и физиотерапией — в фазе рассасывания. В последующем всем детям проводилась дыхательная гимнастика, способствующая ускорению рассасывания экссудата, улучшающая функцию внешнего дыхания. В среднем срок лечения детей с плевритом в стационаре составил 6-8 месяцев. Эффект достигнут во всех случаях. В том числе полное рассасывание плевральных наслоений наступило у 18 больных, у остальных сохранились плевральные сращения и наслоения, что характерно для плевритов туберкулезной этиологии.

Итак, в данном случае туберкулезная этиология плеврита была заподозрена в общей лечебной сети только на основании отсутствия эффекта от неспецифической терапии. Своевременно не были учтены контакт с больным, чувствительность к туберкулину, отсутствие выделения мокроты и связь с переохлаждением. Следует отметить, что прекращение накопления экссудата после аспирации при плевритах без специфического лечения не исключает их туберкулезную этиологию, потому что плевриты у детей, как проявление первичного туберкулеза, имеют склонность к самопроизвольному обратному разви-

тию. А через несколько месяцев, или 1-2 года, туберкулез проявляет себя в легочной ткани.

#### Выводы:

1. Плеврит туберкулезной этиологии у детей значительно чаще является самостоятельной формой туберкулеза, чем осложнением других его форм.
2. Экссудативный туберкулезный плеврит у детей сопровождается преимущественно выраженными клиническими проявлениями со стороны органов дыхания и умеренно выраженным синдромом интоксикации с хорошей его переносимостью. Заболевание чаще всего начинается постепенно, но нередко остро, в единичных случаях протекает бессимптомно. В большинстве случаев оно сопровождается накоплением большого количества жидкости в плевральной полости. В связи с выраженной клиникой заболевание обычно выявляется при обращении к врачам общей лечебной сети.
3. Туберкулезный плеврит развивается у невакцинированных или некачественно вакцинированных детей, преимущественно старше 7 лет. Отрицательная реакция на туберкулин не всегда исключает туберкулезную этиологию плеврита.
4. Исходы специфического лечения туберкулезного плеврита, как правило, благоприятные, но в половине случаев формируются стойкие остаточные изменения в виде плевральных наслоений и сращений.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Галицкий Л.А. Туберкулезный плеврит / Туберкулез у детей и подростков: Руководство для врачей. — С-Пб., 1999. — С. 148-158.
2. Тюхтин Н.С., Полетаев С.Д. Туберкулезный плеврит / Болезни органов дыхания. — М., 1989. — Т. 2. — С. 358-368.
3. Тюхтин Н.С., Стогова Н.А. / Пробл. туб. — 1997. — № 5. — С. 31-32.

\* \* \*

## ТУБЕРКУЛЕЗ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 12-17 ЛЕТ В СОВРЕМЕННЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Е.Н. Лукашова, И.Ф. Копылова

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
г. Кемерово*

**С**охраняющаяся напряженная эпидемиологическая ситуация по туберкулезу (ТБ) среди взрослого населения, а также неблагоприятные социально-экономические условия сопровождаются ростом заболеваемости подрост-

тков. Нейроэндокринная перестройка и значительный рост, как всего организма, так и отдельно взятых органов, начинающиеся в 12 и заканчивающиеся в 17 лет, делают этот период наиболее уязвимым к воздействию различных



факторов, в том числе и к ТБ, обуславливают особенности течения заболевания и требуют особого подхода к диагностике и лечению. ТБ у детей 12-17 лет в Сибири в условиях экономического кризиса ранее не исследовался.

Целью настоящей работы явился анализ структуры клинических форм, течения, состояния выявления и диагностики, а также результатов лечения ТБ органов дыхания у подростков в современных неблагоприятных эпидемиологических условиях в нашем регионе.

Проведен анализ 110 случаев заболевания ТБ органов дыхания детей 12-17 лет, находившихся на обследовании и лечении в детском отделении Кемеровского ОКПТД с 1998 по 2001 г.г. Отбор материала проводился сплошным методом. По возрастному составу преобладали пациенты 15-17 лет — 60 % (66 чел.), девочки составили 64,5 % (72 чел.). При исследовании социального статуса и физического развития больных детей, в качестве контрольной группы взяты 126 здоровых подростков, состояние которых оценено и исследовано в городском центре «Здоровье» при Кемеровском государственном университете. По полу и возрасту группы были идентичны.

В структуре клинических форм наибольший удельный вес имели инфильтративный ТБ (41,8 % или 46 чел.), ТБ внутригрудных лимфатических узлов (19,1 % или 21 чел.), экссудативный плеврит (16,4 % или 18 чел.) и очаговый ТБ (15,5 % или 17 чел.). Хронически текущий первичный ТБ регистрировался у 1,8 % (2 чел.). ТБ внутригрудных лимфатических узлов в 2/3 случаев (14 чел.) имел осложненное течение. Частота деструктивных форм составила 36,4 % (40 чел.).

Бактериовыделение встречалось у 25,5 % (28 чел.), причем в половине случаев (13 %) МБТ выявлены при проведении микроскопии мазка, что свидетельствовало о массивном бактериовыделении. Лекарственная устойчивость (ЛУ) имела место у 1/6 бактериовыделителей (5 чел.), у двоих — к одному препарату, у троих — к нескольким. ЛУ наблюдалась только при инфильтративном ТБ.

Индивидуальная оценка веса и роста показала, что больные ТБ подростки достоверно реже, по сравнению со здоровыми, имели средний уровень физического развития (60,4 % и 83,8 %, соответственно;  $P < 0,001$ ). Физическое развитие ниже среднего регистрировалось достоверно чаще (23 %;  $P < 0,001$ ), чем в здоровой популяции, где дети с таким развитием не встречались вообще.

Условия жизни у больных оказались достоверно хуже, чем у здоровых. В то же время плохие материально-бытовые условия и материальный недостаток в 2 раза ниже прожиточного минимума имели место только у каждого четвер-

того из заболевших, т.е. большая часть больных была из удовлетворительных условий.

Сопутствующие заболевания зарегистрированы у 37,2 % (41 чел.). Наиболее часто встречались очаги хронической инфекции (хронический ринит, тонзиллит, пиелонефрит), патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастродуоденит, дискинезия желчевыводящих путей) и вегето-сосудистая дистония.

При оценке эффективности специфической профилактики выявлено отсутствие поствакцинного знака у 12,4 %, один рубец — у 46,6 %. Только 2/5 заболевших (39 %) были ревакцинированы в 7 лет и имели два рубца. У большинства подростков прослеживался большой временной разрыв между прививкой БЦЖ и развитием туберкулеза, что свидетельствовало об отсутствии защитного поствакцинного иммунитета в этой возрастной группе.

Установить источник заражения удалось у 60 % заболевших (66 чел.), в большинстве случаев имелся контакт с бациллярными больными, причем в 28,2 % случаев (31 чел.) — с близкими родственниками. При ретроспективном анализе данных туберкулинодиагностики установлено, что заболевание возникло одновременно с инфицированием у 14 % (15 чел.), через 1-2 года — у 23 % (24 чел.). Следовательно, у 1/3 подростков (37 % или 39 чел.) ТБ имел первичный генез. Большая часть детей (63 % или 68 чел.) были инфицированы в течение трех и более лет до заболевания, из них 37 % (41 чел.) — 10 и более лет. В этих случаях ТБ у подростков можно было считать вторичным.

Среди пациентов с первичным генезом заболевания у 10 человек (1/4) диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, еще у 10 детей — инфильтративный туберкулез, в таком же количестве случаев (10 чел.) — экссудативный плеврит, у 8 человек — очаговый плеврит, у одного — диссеминированный туберкулез. Таким образом, у части подростков инфильтративный, очаговый и диссеминированный процессы были проявлением первичного туберкулеза.

Из инфицированных 3 года и более, 4 пациента (3 %) находились ранее на лечении по поводу первичного ТБ и имели остаточные изменения в виде мелких кальцинатов. Двое из них в момент госпитализации наблюдались фтизиатрами в 3-й группе диспансерного учета. Больные с вторичным ТБ только в 31 % случаев наблюдались в противотуберкулезном диспансере в периоде первичного инфицирования. Причем, половина детей (15,5 % или 17 чел.) получали лечение либо недостаточно длительно, либо нерегулярно. Недостаточно эффективно проведенные профилактические мероприятия способство-

вали, по нашему мнению, развитию заболевания в пубертатном периоде у 64,2 % ранее инфицированных.

Большая часть подростков с ТБ (59,1 %) была выявлена при проведении профилактических мероприятий: флюорографии — 31,8 % (35 чел.), туберкулинодиагностики — 13,6 % (15 чел.), обследовании по контакту — 14,5 % (16 чел.). При обращении за медицинской помощью ТБ был диагностирован в 40,9 % случаев. Все подростки, выявленные по обращаемости, получали перед этим лечение по поводу бронхита или пневмонии амбулаторно (16,4 %) или в соматических стационарах (21,8 %). В большинстве случаев (29,1 % из 40,9 %) диагностика длилась не менее трех недель, и подозрение на туберкулез возникало вследствие неэффективности проводимой неспецифической терапии. При этом целенаправленное обследование больных не проводилось (туберкулиновые пробы, исследование мокроты на МБТ, консультация фтизиатра). В тоже время, как показал анализ, половина из них (55,5 % или 25 чел.) имела контакт с больными активным ТБ; у 13,3 % наблюдался вираж туберкулиновых проб; у 20 % — гиперергическая чувствительность к туберкулину; 37,8 % отмечали ухудшение самочувствия, похудание, длительный кашель за месяц и более до появления резкого ухудшения состояния здоровья; у 15,5 % выявлены МБТ в мокроте методом простой микроскопии. Качественно проведенное обследование, с учетом выше перечисленных данных, могло способствовать выявлению заболевания сразу при обращении больше чем в половине случаев. Результаты исследования свидетельствуют о недостаточной настороженности по туберкулезу педиатров общей сети.

Проанализированы проявления туберкулеза. У большинства больных (61,8 %) имело место постепенное начало болезни. Симптомы интоксикации отсутствовали у 13,6 %, были выражены незначительно — у 48,2 %. Лишь у 37,3 % наблюдались выраженные симптомы интоксикации и острое начало заболевания. Наиболее часто такие проявления отмечались при инфильтративном туберкулезе с наличием деструкции и экссудативном плеврите. Исследование чувствительности к туберкулину выявило у 23 % гиперергическую реакцию, у 86 % — нормергическую, причем в 30 % — выраженную (15-16 мм) и в 1 % — отрицательную. По рентгенологическим данным двухстороннее поражение наблюдалось в 17,3 % (19 чел.). Полости распада отмечались у 36,4 % (40 чел.), в половине случаев они были представлены сформированными кавернами (20 чел.), в трети (13 чел.) — множественными, у четверти больных наблюдалось бронхогенное обсеменение (10 чел.).

Средняя продолжительность противотуберкулезной терапии в стационаре составила 7,6 месяцев. Лечение 14 детей (12,7 %), из-за отказа или нарушений режима, было прервано через 1-4 месяца без достижения эффекта. В остальных случаях (у 70 %) синдром интоксикации и легочные симптомы исчезли через месяц, у 80 % показатели гемограммы нормализовались к двум месяцам. Бактериовыделение у большинства пациентов прекратилось через месяц, в одном случае — через 3 месяца и еще в одном — сохранялось до 8 месяцев.

После окончания лечения в стационаре полное обратное развитие процесса по рентгенокартине наступило у 11,8 % (10 чел.), малые остаточные изменения (единичные очаги и/или ограниченный фиброз) сформировались у 66,4 % (63 чел.). Большие остаточные изменения в виде множественных очагов и распространенного фиброза имели место у 8,4 % (8 чел.), туберкуломы — у 8,4 % (8 чел.), каверны — у 4,2 % (4 чел.). Такие изменения у детей с инфильтративным ТБ наблюдались в 19 из 20 случаев. Закрытие полостей достигнуто терапевтическим путем в 89,5 % (34 из 38 чел.), средний срок закрытия 6,5 месяцев.

При исследовании причин формирования выраженных остаточных изменений, в большей части случаев установлено позднее выявление заболевания, в четверти (26,3 %) — наличие устойчивости к противотуберкулезным препаратам, в 15,8 % случаев — плохая переносимость лекарств. Кроме того, появление таких результатов значительно чаще отмечалось у детей, имевших длительный близкий контакт с больными активным ТБ.

После выписки из стационара у большинства детей течение туберкулезного процесса было благоприятным. У троих детей (двое с инфильтративным ТБ и один с ТБ внутригрудных лимфатических узлов) через 3-4 месяца наблюдались вспышки. В одном из них имел место летальный исход.

## Выводы:

1. В условиях эпидемии ТБ у детей 12-17 лет преобладают вторичные формы ТБ, первичный генез заболевания наблюдался лишь в 1/3 случаев.
2. ТБ в 12-17-летнем возрасте в 1/3 случаев сопровождался деструкцией, в 1/4 — бактериовыделением. Наиболее частой клинической формой явился инфильтративный ТБ, как первичного, так и вторичного генеза.
3. В большинстве случаев ТБ начинался постепенно и протекал мало- или бессимптомно; выявлялся преимущественно при профосмотре

даже при наличии клинических проявлений. В 1/3 случаев процесс начинался остро и протекал по типу бронхолегочных заболеваний.

4. Педиатры общей лечебной сети недостаточно насторожены по отношению к ТБ: не проводят исследования мокроты на МБТ, не выявляют контакт с больными ТБ, не учитывают данные о чувствительности к туберкулину.

\* \* \*

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ВНУТРИГРУДНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ

Л.В. Антонова

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
кафедра туберкулеза, г. Кемерово*

С целью выявления степени и характера отклонений различных лабораторных показателей, а также определения перечня наиболее информативных исследований при осложненном и неосложненном туберкулезе внутригрудных лимфоузлов, изучены результаты обследования в динамике 88 пациентов детского отделения Кемеровского областного противотуберкулезного диспансера. Кроме традиционных лабораторных методов, применялся гематологический тест ППН, опробованный и внедренный в Кемерове в 1999 году автором настоящей работы. Данный тест основывается на повреждаемости сенсibilизированных нейтрофилов крови при инкубировании *in vitro* с туберкулезным антигеном.

При поступлении у большинства детей в клиническом анализе крови выявлены различные отклонения от нормы (при неосложненном течении туберкулеза внутригрудных лимфоузлов — в 88,9 % случаев, при осложненном течении — в 100 % случаев). Подобные сдвиги чаще касались уровней сегментоядерных нейтрофилов, лимфоцитов и эозинофилов. Активность неосложненного специфического процесса проявлялась развитием относительного сегментоядерного нейтрофилеза, а осложненного — полным комплексом островоспалительных сдвигов (лейкоцитоз, повышение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы крови до палочкоядерных форм нейтрофилов).

У 3/4 пациентов при поступлении обнаружены патологические сдвиги биохимических показателей. Превалировали гипергаммаглобулинемия, рост уровня АСТ и острофазового белка церулоплазмينا (в среднем, в 55,8 % случаев). У детей дошкольного возраста, наряду с вышеперечисленными отклонениями, отмечался рост  $\alpha$ - и  $\beta$ -глобулинов. Среди ребят с осложненным туберкулезом внутригрудных лимфоузлов, на фоне роста уровня АСТ, выявлено повышение значений тимоловой пробы (в 20,9 % случаев), что может свидетельствовать о бо-

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Овсянкина Е.С. // Туберкулез у подростков: Раннее выявление, профилактика, особенности клинического течения. — М., 1984 — С. 56-59.
2. Старожинская Т.А. с соавт. // Туберкулез у подростков: Раннее выявление, профилактика, особенности клинического течения. — М., 1984. — С. 54-56.
3. Фирсова В.А. // Пробл. туб. — 1981. — № 8 — С. 3-6.

лее выраженном токсическом влиянии на печень МБТ и продуктов ее жизнедеятельности, по сравнению с детьми с неосложненным течением. Наибольшая частота и выраженность островоспалительных отклонений в клиническом и биохимическом анализах крови отмечены у детей 0-7 лет.

К окончанию интенсивного этапа химиотерапии (через 2 месяца лечения), в среднем в 1/3 случаев отмечен пик островоспалительных проявлений, развившийся в виде лейкоцитоза, повышения СОЭ и сдвиге лейкоцитарной формулы влево до палочкоядерных нейтрофилов. Наиболее часто подобные отклонения возникали у детей дошкольного возраста. Частота встречаемой эозинофилии, по сравнению с моментом поступления, возросла по группам в 3 и 2 раза, соответственно. Подобные отклонения в клиническом анализе крови можно связать с массивным выходом в кровь, под воздействием терапии, МБТ и продуктов ее распада, а также с токсико-аллергическим влиянием на детский организм противотуберкулезных препаратов.

В биохимическом анализе крови обнаружен ряд признаков, свойственных токсическому поражению печени: рост уровня трансаминаз — в трети наблюдений, повышение тимоловой пробы — в четверти исследований. Особенно динамично нарастал средний уровень АЛТ, который почти в 3 раза превысил норму. У пациентов с неосложненным специфическим процессом к концу 2-го месяца лечения наблюдался пик роста острофазовых белков, что корригирует с гематологическими признаками наличия острого воспалительного процесса.

Повышение церулоплазмينا наблюдалось теперь в 2 раза чаще, чем при поступлении, а гаптоглобина — в 1,5 раза чаще. Средние значения церулоплазмينا и гаптоглобина значительного повышения не претерпели. Среди пациентов с осложненным течением туберкулеза внутригрудных лимфоузлов, напротив, случаи роста церулоплазмينا сократились в 2,5 раза, а гаптоглобина —

практически исчезли. Как и прежде, максимум встреченных отклонений и наибольшая их выраженность пришлись на детей 0-7 лет. Данный факт свидетельствует о плохой переносимости химиотерапии пациентами этого возраста.

Начиная с 4-го месяца специфического лечения, отмечено несоответствие гематологической картины среди детей с неосложненным и осложненным специфическим процессом. Тогда как в группе пациентов с неосложненным туберкулезом внутригрудных лимфоузлов произошел перевес в пользу развития прогностически благоприятных гематологических признаков (относительный лимфоцитоз на фоне относительной эозинофилии и отсутствие проявлений воспалительной активности), у детей с осложненным туберкулезом внутригрудных лимфоузлов подобная ситуация наблюдалась только среди 8-17-летних. В младших возрастных подгруппах частота островоспалительных проявлений выросла на 4,4 %. Но эозинофилия стала возникать в 2 раза реже, что может свидетельствовать о снижении аллергической настроенности организма к продуктам распада МБТ и химиопрепаратам. Наличие воспалительной активности специфического процесса подтверждал значительный рост острофазовых белков, особенно гаптоглобина (в 5,3 раз). Повысились уровни трансаминаз и тимоловой пробы (в среднем, на 9 %). Таким образом, несмотря на окончание интенсивного этапа химиотерапии, у детей с осложненным туберкулезом внутригрудных лимфоузлов частота токсического поражения печени возросла, в среднем, на четверть случаев, а воспалительные изменения в клиническом анализе крови продолжали сохраняться.

К окончанию лечения (через 5,5-6 месяцев химиотерапии) у детей с неосложненным специфическим процессом произошла полная нормализация биохимических показателей и сохранение относительного лимфоцитоза на фоне эозинофилии в трети гематологических исследований. У пациентов с осложненным процессом аналогичная картина клинического анализа крови наблюдалась в половине случаев. Незначительное повышение уровня трансаминаз сохра-

нялось в единичных наблюдениях у детей 0-3 лет и исчезло к выписке.

У пациентов с неосложненным туберкулезом внутригрудных лимфоузлов МБТ выявить не удалось. Количество положительных результатов исследования на ВК среди детей с осложненным процессом составило 2,9 %.

Выполнение у детей с неосложненным и осложненным течением туберкулеза внутригрудных лимфоузлов гематологического теста ППН и иммунологической реакции РНГА с туберкулином позволило подтвердить туберкулезную этиологию заболевания, в среднем, в 87,5 % и 75,6 % случаев, соответственно. Контроль динамики помог судить об эффективности проводимого лечения. Положительные результаты ИФА при поступлении получены в 1/5 исследований.

### Выводы:

1. Клинический анализ крови обладает высокой информативностью при диагностике и лечении туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у детей.
2. Из биохимических показателей наибольшая информативность в разные периоды госпитализации выявлена у белковых фракций (особенно  $\gamma$ -глобулинов), АСТ, АЛТ, церулоплазмينا и гаптоглобина. К биохимическим показателям с низкой информативностью можно отнести общий белок,  $\alpha$ - и  $\beta$ -глобулины, пробу Бурштейна, серомукоид, билирубин. Уровни аминотрансфераз и тимоловой пробы оказались самыми чувствительными в выявлении начальных (легких) токсических поражений печени противотуберкулезными препаратами (ПТП).
3. На фоне низкого удельного веса положительных результатов исследований на МБТ у детей, гематологический тест ППН и РНГА с туберкулином явились значимым дополнением к существующему перечню лабораторного обследования. ИФА обладает низкой диагностической ценностью и для применения при туберкулезе внутригрудных лимфоузлов нецелесообразен.

\* \* \*

## К ВОПРОСУ О СПЕЦИФИЧНОСТИ ИФА В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Г.Л. Мысливец, Ю.В. Колеватова, О.А. Повельев

Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
МСЧ ИК № 40 ГУИН МЮ РФ по КО, г. Кемерово

**Р**ост заболеваемости туберкулезом в нашем регионе, как и во всей стране, выявил многие трудности борьбы с этим недугом. Одной из важнейших проблем остается

диагностика этой болезни, особенно на ранних этапах. Чем раньше и точнее поставлен диагноз, тем успешнее лечение и благоприятнее исход.

Одним из наиболее “молодых” методов диагностики туберкулеза является иммуноферментный анализ (ИФА). Он выявляет набор специфических антител: IgM, IgG, IgA, что позволяет диагностировать заболевание независимо от его локализации, причем, тест нечувствителен к БЦЖ-вакцинации, т.е. определяет только активный процесс.

В Кемерове этот метод стал использоваться с 1998 года. Всего обследовано 1444 человек. В эту группу входят, главным образом, люди с подозрением на заболевание. Однако иногда обследовались и больные с явным туберкулезом. Результаты обследования представлены в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Результаты ИФА на туберкулез**

| Год    | Количество обследованных | Количество положительных | %    |
|--------|--------------------------|--------------------------|------|
| 1998   | 507                      | 29                       | 5,7  |
| 1999   | 502                      | 81                       | 16,1 |
| 2000   | 181                      | 55                       | 30,4 |
| 2001   | 254                      | 39                       | 15,4 |
| Итого: | 1444                     | 204                      | 14,1 |

Все положительные случаи были тщательно обследованы фтизиатрами, рентгенологом и у многих подозрение было отвергнуто, что порождало скептическое отношение к самой методике. Наиболее серьезно скепсис связан с тем, что у больных с несомненным туберкулезом, подтвержденным рентгенологически и даже бактериологически, реакция ИФА выпадала отрицательной.

В 2002 году методом ИФА были обследованы 50 мужчин больных туберкулезом лег-

ких, находившихся в 40-й исправительной колонии г. Кемерово. Возраст обследуемых колебался от 22 до 59 лет. Сроки заболевания — в пределах 1-4 лет. На момент обследования формы заболевания и активность процессов были самые разнообразные, от инфильтрации и распада, до кальцинации. Результаты обследования показаны в таблице 2.

Из таблицы видно, что у 23-х больных туберкулезом легких (46 %) ИФА оказалась отрицательной, у 9-ти (18 %) — сомнительной, у 18-ти (36 %) — положительной.

Сопоставляемые группы были практически идентичны по формам заболевания, возрасту, активности и длительности процесса.

Таким образом, создается впечатление, что отрицательный результат ИФА не снимает подозрения на туберкулез. Кроме того, данные этого исследования не могут быть использованы для мониторинга процесса. Вероятнее всего, в данном виде эта реакция может быть использована как вспомогательное средство скрининга. В своих исследованиях мы использовали тест-системы новосибирского и Санкт-Петербургского производства и не выявили различий их качества.

Метод ИФА, несомненно, перспективен, но выявленные факты снижают его диагностическую ценность и являются доказательством необходимости дальнейшего совершенствования тест-систем.

**Таблица 2**  
**Показатели ИФА у больных туберкулезом легких**

| Форма заболевания                   | Результат     |              |               |
|-------------------------------------|---------------|--------------|---------------|
|                                     | положительный | сомнительный | отрицательный |
| Очаговый туберкулез:                |               |              |               |
| - в фазе инфильтрации;              | 2             | 1            | 1             |
| - в фазе рассасывания и уплотнения; | 13            | 6            | 14            |
| - в фазе кальцинации                | 1             | 1            | 0             |
| Туберкулома                         | 1             | 0            | 2             |
| Другие формы                        | 1             | 1            | 6             |
| Итого:                              | 18            | 9            | 23            |

\* \* \*

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ

**М.Н. Старченков**

*Областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

**Т**уберкулез мочевой системы занимает одно из ведущих мест среди внелегочных форм туберкулеза. По данным областного клинического противотуберкулезного диспансера г. Кемерово (ОКПТД), в 2000 году среди впервые выявленных внелегочных форм тубер-

кулеза мочевой туберкулез составил 21,9 %, а в 2001 г. — 26,4 %.

По данным литературы, урологический туберкулез составляет 30-40 % от всех внелегочных форм туберкулеза. На фоне эпидемии туберкулеза, в целом по России за последние



годы отмечается снижение заболеваемости нефротуберкулезом. Это свидетельствует о том, что диагностика нефротуберкулеза представляет определенные трудности и большая часть больных, страдающих урологической патологией, наблюдаются в общей лечебной сети. Это можно объяснить рядом причин. Во-первых, у врачей общей лечебной сети нет должной настороженности в отношении нефротуберкулеза у больных, длительно страдающих хроническими заболеваниями мочевой системы. Во-вторых, мочевой туберкулез не имеет характерных специфических признаков течения заболевания, особенно на ранних стадиях. Поэтому ранняя диагностика туберкулеза мочевой системы значительно затруднена.

Проанализированы 42 истории болезни впервые выявленных больных нефротуберкулезом, поступивших на лечение в отделение внелегочных форм туберкулеза ОКПТД за период 2000-2001 г.г. и I квартал 2002 года. В исследуемой группе больных преобладали женщины (85,7 %) в возрасте 40-49 лет (38,1 %), социально адаптированные. В процессе диагностики нефротуберкулеза было выяснено, что у 10 больных (23,8 %) начало и течение заболевания не сопровождалось синдромом интоксикации. Но у большинства больных (76,2 %) заболевание сопровождалось слабо выраженным синдромом интоксикации. Более чем у половины больных (66,7 %) имел место умеренно выраженный болевой синдром на стороне поражения. У 32 больных (76,2 %) заболевание развивалось постепенно и сопровождалось расстройством мочеиспускания. У большинства больных (66,6 %) длительность клинических проявлений до госпитализации была более года. Эти больные лечились в общей лечебной сети 6 месяцев и более по поводу хронических неспецифических воспалительных заболеваний мочевой системы. У всех больных общее состояние не страдало.

При сборе анамнеза у 32 больных (76,2 %) контакт с больными туберкулезом выявлен не был. При рентгенологическом обследовании органов грудной полости у 10 пациентов (23,8 %) выявлены остаточные изменения спонтанно излеченного туберкулеза легких, и ни у одного больного не был выявлен активный туберкулез органов дыхания.

При лабораторном обследовании в 71,4 % случаев выявлены изменения в гемограмме в виде умеренно выраженных СОЭ и лейкоцитоза со слабо выраженной лимфопенией. При исследовании мочи на микобактерии туберкулеза, у

8 больных бактериовыделение выявлено методом бактериоскопии мазка, подтвержденное в последующем бактериологическим методом. У 20 больных бактериовыделение установлено только методом посева. Таким образом, бактериовыделение было обнаружено у 28 больных (66,7 %).

В большинстве случаев (61,9 %) при проведении экскреторной урографии выявлен кавернозный туберкулез почек; у 10 больных (23,8 %) — явления папиллита; у 6 (14,3 %) — паренхиматозный туберкулез. Специфический процесс в почках был, как правило, был односторонним.

В результате проводимой адекватной антибактериальной терапии и патогенетического лечения, у 32 больных (76,2 %) получены положительные результаты (достигнуто излечение); у 10 пациентов регресса специфического процесса достигнуто не было вследствие короткого срока лечения.

#### Выводы:

1. Исследуемая группа больных нефротуберкулезом — это преимущественно женщины работоспособного возраста, социально адаптированные.
2. У большинства исследуемых больных нефротуберкулез протекал бессимптомно или малосимптомно, с умеренно выраженными клиническими и лабораторными проявлениями.
3. В большинстве случаев госпитализации в специализированное отделение ОКПТД предшествовало длительное лечение в общей лечебной сети по поводу хронических неспецифических заболеваний мочевой системы.
4. Вследствие позднего обращения пациентов к фтизиоурологу, у основной массы больных был выявлен кавернозный туберкулез почек с поражением мочеточников.
5. Более чем у половины больных туберкулез почек сопровождался бактериовыделением.
6. Адекватная специфическая терапия в большинстве случаев способствовала стабилизации туберкулезного процесса и прекращению бактериовыделения. Однако короткий период наблюдения за больными не позволяет достоверно оценить эффективность проводимых лечебных мероприятий. Достоверно оценить эффективность лечения и сравнить с данными литературы будет возможно при получении более отдаленных результатов.

\* \* \*



## ОБОСТРЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

Л.П. Чумакова, И.М. Середа

*Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей,  
кафедра фтизиопульмонологии,  
Городская туберкулезная больница № 19, г. Новокузнецк*

За период 2000-2001 г.г. обострение туберкулеза легких было установлено у 34 из 907 больных (3,75 %), наблюдавшихся у участковых фтизиатров г. Новокузнецка во II-й группе диспансерного учета (ДУ).

Обострение туберкулеза у мужчин наблюдалось почти в два раза чаще, чем у женщин (64,7 % и 35,3 %, соответственно). Преобладали больные трудоспособного возраста (21-50 лет) (79,4 %). Социальный статус у большинства (70,6 %) был низким (инвалиды, пенсионеры, неработающие лица). Почти у всех (91 %) имелись сопутствующие заболевания, среди которых особенно частым (50 %) был хронический алкоголизм.

При выявлении туберкулеза и зачислении в I-ю группу диспансерного учета, у 76,4 % больных были деструктивные формы. Бацилловыделение установлено у 25 и 34 больных (73,6 %), у 9 из них имелась первичная лекарственная устойчивость (ЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным химиопрепаратам.

У 22 больных (64,7 %) основной курс этиотропной химиотерапии был неполноценным как по набору препаратов, так и по срокам лечения. Дефекты лечения были обусловлены отсутствием препаратов и нарушением больными режима лечения. 7 человек были прооперированы по поводу хронических деструктивных форм туберкулеза.

К концу основного курса лечения у всех 34 больных деструктивные изменения в легких и бацилловыделение были ликвидированы. Преобладали процессы рассасывания и рубцевания. Большие остаточные туберкулезные изменения в легких сформировались почти у половины больных (41,3 %). Все больные были переведены из I-й во II-ю группу ДУ.

Обострение туберкулеза легких было установлено в течение первого года наблюдения во II-й группе ДУ у 12 пациентов (35,3 %), в течение 2-го года — еще у 12 (35,3 %), и более 2-х лет наблюдения — у 10 больных (29,4 %). Диагностика обострения у части больных позднее 2-х лет наблюдения во II-й группе ДУ объяснялась трудностью их привлечения для очередного обследования.

Сопоставление клинических форм туберкулеза легких при выявлении и обострении показало, что разницы между ними практически не было (таблица 1).

**Таблица 1**  
**Характеристика туберкулеза легких при выявлении и обострении**

| Характеристика туберкулеза      | Количество больных |                |
|---------------------------------|--------------------|----------------|
|                                 | при выявлении      | при обострении |
| Инфильтративный туберкулез      | 18                 | 18             |
| Диссеминированный туберкулез    | 3                  | 3              |
| Фиброзно-кавернозный туберкулез | 4                  | 4              |
| Туберкуломы                     | 5                  | 4              |
| Очаговый туберкулез             | 1                  | 2              |
| Туберкулез плевры               | 2                  | 2              |
| Туберкулез бронхов              | 1                  | 1              |
| Всего:                          | 34                 | 34             |

Сравнение числа больных с деструктивными изменениями в легких (21 и 22) и бацилловыделением (25 и 27) при взятии на учет и обострении туберкулеза легких дало тот же результат. В периоде обострения на месте остаточных туберкулезных фокусов возникали те же деструктивные формы туберкулеза с бацилловыделением. Видимо, у этих больных в результате основного курса химиотерапии не произошло стойкой стабилизации туберкулезного процесса. Было лишь временное затихание туберкулеза, и новое обострение после перевода больных во II-ю группу ДУ.

Сравнение частоты ЛУ МБТ, в том числе и такой ее формы как множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), при выявлении и обострении туберкулеза показало, что в периоде обострения частота ЛУ увеличилась в 2,3 раза (36,0 % и 81,5 %), а частота МЛУ — в 12 раз (4,0 % и 48,1 %). Как известно, МЛУ характеризуется одновременной устойчивостью МБТ к двум основным препаратам — изониазиду и рифампицину, и поэтому имеет особенно неблагоприятное прогностическое значение.

Таким образом, дефекты химиотерапии во время основного курса лечения способствовали выработке вторичной ЛУ возбудителя туберкулеза у большинства больных (81,5 %), а МЛУ — почти у половины больных (48,1 %). Исходы туберкулеза у больных с обострениями представлены в таблице 2.

**Таблица 2**  
**Исходы обострения туберкулеза**

| Исходы обострения туберкулеза            | Число больных |       |
|------------------------------------------|---------------|-------|
|                                          | абс.          | %     |
| Эффективно законченное лечение           | 10            | 29,2  |
| Продолжают лечение                       | 3             | 8,8   |
| Прервали лечение                         | 21            | 62,0  |
| из них:                                  |               |       |
| - прогрессирование туберкулеза           | 9             | 26,0  |
| - смертельный исход                      | 6             | 18,0  |
| - оторвались от диспансерного наблюдения | 6             | 18,0  |
| ИТОГО:                                   | 34            | 100,0 |

Из таблицы видно, что более или менее полноценно лечиться в периоде обострения смогли и захотели только 13 больных (38 %). У 10 из них удалось добиться стабилизации процесса. Большая часть больных (62 %) лечение, по тем или иным причинам, прервали, предоставив туберкулезу возможность прогрессировать.

#### Заключение:

У больных с обострением туберкулеза легких при его первичном выявлении уже имелся комплекс неблагоприятных факторов — тяжелые деструктивные формы туберкулеза (76,4 %); бацилловыделение (73,6 %) с первичной ЛУ (36 %); сопутствующие заболевания (91 %), в том числе хронический алкоголизм (50 %); низ-

кий социальный статус (70,6 %). Эти факторы, в сочетании с неполноценной этиотропной химиотерапией (64,7 %), не позволили достичь стойкой стабилизации туберкулезного процесса в периоде основного курса лечения. Итогом последнего были большие туберкулезные остаточные изменения в легких (41,3 %), являющиеся резервуаром персистирующей туберкулезной инфекции, и формирование у большинства больных (81,5 %) вторичной ЛУ МБТ, в том числе МЛУ, почти у половины больных (48,1 %).

При таких обстоятельствах обострение туберкулеза, с формированием на месте остаточных изменений тех же деструктивных форм, было почти неизбежным. Повторный курс лечения выдержала меньшая часть больных (38 %). Остальные пациенты лечение прервали с негативными последствиями — 6 человек умерли (18 %), у 9 больных (26 %) туберкулез прогрессирует, судьба еще 6 человек неизвестна.

Таким образом, большинство больных с обострением туберкулеза пополняют контингенты противотуберкулезного диспансера больными с некурабельным туберкулезом и множественной лекарственной устойчивостью МБТ.

\* \* \*

## Раздел 4

# ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА



## СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2000 ГОДУ

И.Ф. Копылова

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
кафедра туберкулеза, г. Кемерово*

Сухудшением социально-экономических условий в России произошел выраженный рост эпидемиологических показателей по туберкулезу (ТБ). Темпы увеличения и уровень эпидпоказателей в Кемеровской области значительно превышают средние по России и выше таковых в Сибири. Так, показатель заболеваемости (141 на 100 тыс. в 2000 г.) выше Российского в 1,5 раза и среднего по Сибири — в 1,2 раза.

Задача настоящего исследования — изучение состояния диагностики и лечения туберкулеза в Кузбассе, как важнейших направлений противотуберкулезной работы, значительно влияющих на эпидобстановку.

Проведен анализ ряда данных годового статистического отчета Кемеровской области за 2000 год и 74 историй болезни впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, лечившихся в облтубдиспансере в январе 2001 г., отобранных слепым методом, в том числе 40 — в стационарных отделениях и 34 — в диспансерном. В последней группе 8 человек лечились только амбулаторно, 26 — продолжали стационарное лечение.

Позднее выявление туберкулеза у каждого 5-го и посмертное у каждого 15-го впервые выявленного больного, по данным статотчета за 2000 год, свидетельствовали о неполном выявлении заболевших в области. Охват населения профилактическими флюороосмотрами сократился с 84 % в 1986 г. до 44 % в 2000 г. Массовая флюорография в современных условиях трудно осуществима. 85 % флюорографической техники устарело и не отвечает современным требованиям. Флюорообследование стало платным. Удельный вес выявленных при профосмотрах снизился с 70 % до 45 %. Возрастает значение выявления больных при обращении с жалобами в общую лечебную сеть.

Основным методом диагностики ТБ в мире является исследование мокроты на МБТ, преимущественно простой микроскопией. В Кемеровской области за 2000 год выявлено впервые 1463 бактериовыделителя, что составило 51 % от всех впервые выявленных. При этом, удельный вес больных с обнаруженными МБТ простой микроскопией составил среди всех впервые выявленных лишь 22,4 % (590 человек). Другими бактериоскопическими методами (флотацией, люминисцентно) диагноз ТБ был подтвержден в

14,6 %, только посевом — в 15,2 %. МБТ выявлялись, как правило, в тубучреждениях. Случаи обнаружения МБТ в мазке мокроты в лечебно-профилактических учреждениях общей сети были единичными. За 1990-2000 годы названные показатели состояния выявления больных (удельный вес выявленных поздно и посмертно) увеличились в 5 раз, состояние исследования мокроты на МБТ осталось на том же уровне. Показатели эффективности лечения впервые выявленных больных в области сократились за последние 10 лет почти в два раза: прекращение бактериовыделения — с 90 % до 50 %, закрытие полостей распада — с 80 % до 39 %. Если в 1990 году на каждые 6 излеченных приходился 1 умерший, то в 2000 году это соотношение составило 1,5 : 1.

Более детально состояние диагностики и выявления проанализировано по историям болезни впервые выявленных больных. Исследование мазка мокроты (ММ) на МБТ в общей лечебной сети проведено лишь 3 больным из 34 диспансерного отделения, при этом однократно и с отрицательным результатом. Флюорографически обследованы все. В диспансерном отделении ММ исследован у всех, но преимущественно однократно (в 80 % случаев). Посев мокроты проведен в 60 % двукратно. Правила сбора мокроты не соблюдались. На стационарном этапе ММ исследован у 90 % больных (36 из 40), но лишь в 1/2 случаев трехкратно, однократно — более чем в 1/3. Из бактериоскопических методов предпочтение отдавалось люминесцентной микроскопии: каждому больному данным методом проведено по 2 анализа. Люминесцентная микроскопия оказалась значительно менее эффективной, чем простая, что объясняется использованием устаревшего микроскопа. Посев мокроты сделан всем больным при поступлении трехкратно. Сбор мокроты в стационаре осуществлялся по инструкции, в приспособленных кашлевых комнатах, под наблюдением специально выделенного среднего медперсонала. Обследование на МБТ в динамике на фоне лечения проводилось ежемесячно однократно микроскопически (ММ или люминесцентно) и однократно посевом, как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

При анализе состояния лечения на стационарном этапе 40 больных разделены по категориям ВОЗ следующим образом: I-я — 23 человека, III-я — 17 человек. Обращает на себя

внимание высокий удельный вес малых форм ТБ — 45,2 %. Средняя длительность стационарного этапа в терапевтических отделениях составила 112,2 дней, в том числе для I-й категории — 120,7, для III-й — 100,2. Оптимальная длительность стационарного этапа для данных больных определена в среднем 68 дней, в том числе 72 для I-й категории и 60 — для III-й. 2/3 больных задержаны в стационаре сверх оптимальных сроков необоснованно. Следствием явилась очередность на госпитализацию, состоявшая на день проверки из 16 больных, в том числе 10 бактериовыделителей.

Количество противотуберкулезных препаратов (ПТП) в комбинациях, получаемых больными, составило у большей части больных — 4, в 1/3 — 5, у двоих — 3. При этом изониазид (Н) получали все больные на протяжении всего стационарного этапа, рифампицин (R) — 38 из 40, пиразинамид (Z) — 34, стрептомицин (S) — 23, этамбутол (Е) — 31. Суточная доза ПТП не зависела от веса. Для Н она составила 0,45-0,6, то есть была, как правило, завышенной. Доза R в 1/4 случаев (9 больных) занижалась: 0,45 при весе 60 кг и выше. Ниже оптимальной была дозировка Z — не более 1,5. Доза Е составила 1,2; S — 1; в 4 случаях — 0,75, без обоснования.

Вместо однократного приема многие больные получали ПТП дробно без оснований. Отсутствовал строгий контроль со стороны медсестры за приемом больными ПТП. Длительность приема каждого из ПТП составила: Н — весь этап у всех больных; R — весь этап получали 45 % (18 из 40), остальные — лишь 1/2 этапа и менее (в среднем, 50 доз на 1 больного); Z — менее 50 доз в 1/2 случаев (21 больной), Е — весь этап 3/4 больных. Пропуски в приеме всех ПТП составляли, в среднем, 20 % срока пребывания в стационаре и были обычно обусловлены временными отлучками больных. Нередко данные об отсутствии больного в истории болезни и температурном листе не соответствовали друг другу. Попытки врачей стационаров вернуть к лечению больных, ушедших самовольно, имели место лишь в единичных случаях.

На стационарном этапе из 12 больных с бактериовыделением в ММ при поступлении достигнута негативация ММ лишь в 2/3 случаев (8 чел.). С учетом результатов культурального исследования, прекращение бактериовыделения достигнуто только в 47 % случаев (у 8 из 17). Закрытие полостей распада составило такую же величину — 47 % (у 8 из 17). Негативация мокроты всеми методами через 1 месяц лечения и менее наступила в 1/2 случаев (4 из 8), у 3 больных — через 2 мес., у одного — через 4 месяца.

При анализе амбулаторного этапа обратили на себя внимание дефекты в передаче больного

из стационара. Выписка из стационара нередко поступала к участковому фтизиатру через неделю и более, в 10 % случаев — через 2-4 недели. После выписки из стационара, срок явки больного к участковому фтизиатру в 1/4 случаев составил более недели, в отдельных случаях — свыше месяца. В выписках не всегда указывались даты последних исследований мокроты, количество принятых доз ПТП.

Комбинации ПТП на амбулаторном этапе после эффективного стационарного этапа включали, как правило, три препарата: Н, R и Z. При отсутствии эффекта в стационаре лечение продолжалось обычно четырьмя ПТП: Н, R, Z, Е. Дозы ПТП соответствовали указанным для стационарного этапа. При интермиттирующем приеме (3 раза в неделю) дозы не повышались.

Непосредственное наблюдение за приемом ПТП осуществлялось лишь у 8 больных из 34 — в 22,2 %. Из них, пятеро принимали ПТП в процедурном кабинете ПТД, один — в социальной комнате Красного Креста, один — в санатории, один — на работе. Большинство больных получали ПТП на дом на 7 дней, что объяснялось удаленностью места жительства от ПТД.

Беспрерывное лечение на амбулаторном этапе проводилось менее чем в половине случаев: у 15 из 34. При этом, вообще оторвались от лечения 7 человек (19,4 %), с частыми перерывами лечились 7 пациентов (30,6 %). Привлечение оторвавшихся к лечению проводилось крайне неудовлетворительно, в связи с отсутствием транспорта у ПТД и отсутствием средств для проезда медсестер в общественном транспорте. Более чем в половине случаев у больных ТБ амбулаторного этапа имели место такие факторы риска, как алкоголизм, наркомания, отсутствие работы или постоянного места жительства. Больные, как правило, нуждались в социальной поддержке, но не получали ее. Длительность основного курса химиотерапии среди получающих лечение составила, в среднем, 12 мес. Из них, 15 больных на момент проверки еще продолжали лечение. Определить количество принятых доз ПТП не удалось, в связи с отсутствием контроля. У больных, продолжающих лечение, бактериовыделение сохранялось в двух случаях.

В г. Кемерово в 2000 г. неизлеченными остались 69 бактериовыделителей (24,3 % от взятых на учет). Основная причина — отказ от лечения (64 %), на 2-ом месте — позднее выявление (36 %).

## Выводы:

1. Наиболее экономически доступный и достаточно специфичный метод диагностики ТБ — простая микроскопия мазка мокроты — в ди-



агностике ТБ в общей лечебной сети почти не использовался и в тубучреждениях применялся недостаточно.

2. Основная причина недостаточной эффективности лечения ТБ — прерывистость его, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах, отсутствие строгого контроля за приемом ПТП, четкого механизма предупреждения отрыва больных от лечения и возвращения их к лечению. Эффекту лечения препятствовала неудовлетворительная преемственность между стационарным и амбулаторным этапами.

3. Комбинации и дозы ПТП не всегда удовлетворяли существующим требованиям, а количество принятых доз, как правило, далеко не соответствовало срокам лечения.
4. В условиях ограниченных ресурсов, имеющиеся средства расходовались нерационально — сроки стационарного лечения значительно превышали оптимальные даже при малых формах ТБ, что обеспечивало очередность в стационарах. На амбулаторном этапе, даже после достижения клинического эффекта, еще длительное время продолжался прием трех ПТП.

\* \* \*

## ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА АБАЦИЛЛИРОВАНИЕ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ

А.Л. Ханин, С.А. Долгих, С.А. Башева

*Городская клиническая туберкулезная больница № 19,  
ГИДУВ, кафедра фтизиопульмонологии,  
г. Новокузнецк*

**П**овышение эффективности лечения больных с впервые выявленным ТБ — основная задача фтизиатрической службы. В соответствии с рекомендациями ВОЗ, ведущее место в решении этой проблемы принадлежит стандартизированной химиотерапии под прямым наблюдением (ДОТ). Отечественная фтизиатрия традиционно придает большое значение учету индивидуальных особенностей пациента и их влиянию на выбор и результаты лечения [1, 2, 3].

Для выяснения зависимости результатов лечения по стандартным программам ДОТС от индивидуальных особенностей пациента, проведен многофакторный анализ историй болезни 164 впервые выявленных больных ТБ, которые лечились в клинике в 2000 году. Оценку эффективности лечения проводили по негативации мазка мокроты (ММ) по окончании интенсивной фазы и в конце стационарного этапа (рекомендации ВОЗ).

Мужчин было 121 (73,8 %), женщин — 43 (26,2 %). В возрасте до 30 лет — 42 (26,2 %), от 30 до 55 лет — 99 (54,8 %), старше 55 лет — 23 (14 %). У 78,8 % больных процесс был распространенным, в 82,3 % случаев выявлялись полости распада. Преобладающей формой был инфильтративный ТБ (42 %), диссеминированный составил 19,5 %, кавернозный и фиброзно-кавернозный — 18,3 %, казеозная пневмония — 4,9 %, туберкулемы — 5 %, очаговый — 5 %, цирротический — 2,4 %. Все пациенты были бактериовы-

делителями: у 107 (65,2 %) был положительный мазок мокроты, у 57 (34,8 %) — посев на МБТ.

Первичная лекарственная устойчивость (ЛУ) определялась у 60,4 % больных, ЛУ к 3 и более АБП — у 32 %, МЛУ (Н + R + другие АБП) — у 15,9 %.

Несмотря на то, что 88 % больных были люди работоспособного возраста, работали или учились только 37,7 %, нигде не работали 47 % больных. Пенсионеры и инвалиды составили 15,3 %. Вредные привычки отсутствовали у 9 % больных, 88,6 % курили и употребляли алкоголь, 2,4 % — наркотики. В местах лишения свободы в прошлом находились 28 больных (17 %), сведения о 35 пациентах по этому вопросу отсутствовали, не были в заключении 101 человек (61,6 %).

При профилактической флюорографии ТБ выявлен у 42 больных (25,6 %), обратились в поликлинику общей лечебной сети (ОЛС) 84 пациента (51,2 %), в стационарах ОЛС выявлены 38 больных (23,2 %).

Все пациенты в стационаре получали стандартизованную контролируруемую химиотерапию: 98 больных — по I-й категории ДОТС, 46 — по II-й категории, 20 — по III-й. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составляла 3,2 месяца и колебалась от нескольких недель до 10 месяцев. Короткий срок лечения был обусловлен самовольным уходом больных, длительный — сохранением бактериовыделения, а в ряде случаев и социальными факторами (отсутствием жилья

и средств к существованию). Регулярно принимали лечение 94 больных (57,3 %), остальные (70 чел. или 42,7 %) периодически нарушали режим лечения: у 66 (40,2 %) это было связано с употреблением алкоголя и уходами из стационара, у двоих (1,2 %) — с преходящими побочными реакциями на АБП, у двоих (1,2 %) — с отсутствием необходимого препарата.

Суммарная эффективность лечения по негативации ММ за весь период лечения в стационаре составляла 74,8 %, причем основная масса больных (62,6 %) была абациллирована по окончании интенсивной фазы. Продление срока стационарного этапа до 6 месяцев увеличило эту цифру на 11,3 %, более 6 месяцев — всего на 0,9 %.

Из 27 больных (25,2 %) с сохраненным бактериовыделением (ММ+) в конце стационарного этапа, три пациента умерли, трое больных имели МЛУ, остальные (21 чел. или 19,6 %) прервали лечение, из них 18 — в сроки до 3-х месяцев. Если исключить этих пациентов, не завершивших интенсивной фазы терапии, то негативация ММ произошла у 80 из 89 больных и составила 89,9 %.

Но только ли от регулярности приема стандартизированной химиотерапии зависит эффективность терапии впервые выявленных больных?

Как видно из таблицы, на результаты лечения впервые выявленных больных ТБ мощное влияние оказывают различные медицинские и социальные факторы. Среди медико-биологических факторов это, прежде всего, возраст и пол пациентов: у молодых людей (до 30 лет) негативация ММ наступала достоверно чаще, чем у лиц в возрасте 55 лет и старше. Лучшие результаты лечения имели женщины ( $P < 0,05$ ). Существенно выше эффективность лечения у работающих больных, по сравнению с неработающими.

Достаточно четко прослеживалась связь с распространенностью процесса и массивностью бактериовыделения ( $P < 0,05$ ). Большое значение имело состояние бронхов — у больных с гнойным

эндоbronхитом негативация ММ, по данным ФБС, наступала отчетливо реже, нежели у пациентов без поражения бронхов.

При сопоставлении результатов лечения в зависимости от ЛУ выявлено, что ЛУ к одному или двум АБП эффективность стандартной химиотерапии не снижает. При лекарственно-чувствительном ТБ негативация ММ была у  $81,4 \pm 5,9$  % больных, при ЛУ к одному АБП — у  $75,0 \pm 9,7$  %, при ЛУ к двум АБП — у  $87,5 \pm 11,7$  % ( $P < 0,05$ ). Однако, при ЛУ к трем и более АБП негативация ММ отчетливо снижается и составляет  $57,0 \pm 8,4$  % ( $P < 0,05$ ). При МЛУ абациллирование наступило у  $58,8 \pm 11,9$  % больных ( $P < 0,05$ , в сравнении с лекарственно-чувствительным ТБ).

Сильное влияние на результаты лечения оказывали вредные привычки. Среди пациентов, не имеющих вредных привычек, негативация ММ произошла в 100 % случаев, а среди употребляющих алкоголь — в  $68,5 \pm 5,7$  % ( $P < 0,001$ ). Результаты лечения были достоверно эффективнее у пациентов, не нарушавших режим стандартной терапии.

Таким образом, эффективность контролируемой стандартизированной химиотерапии впервые выявленных больных легочным ТБ определяется, прежде всего, регулярностью приема АБП и соблюдением больным режима лечения. Мощное влияние на результаты лечения оказывают наличие вредных привычек, отсутствие у пациента

**Таблица**  
**Абациллирование (негативация ММ) впервые выявленных больных ТБ**  
**в зависимости от различных медико-социальных факторов**

| Исследуемый фактор                         | Абациллирование в зависимости от выраженности фактора (в %) |                  | P         |
|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|-----------|
| Распространенность туберкулезного процесса | Ограниченный                                                | $91,0 \pm 8,6$   | $< 0,05$  |
|                                            | Распространенный                                            | $71,0 \pm 4,6$   |           |
| Характер бактериовыделения                 | ВК (+) посевом                                              | $92,6 \pm 6,9$ * | $< 0,05$  |
|                                            | ММ (+)                                                      | $70,6 \pm 4,6$   |           |
| Наличие бронхита по ФБС                    | Нет                                                         | $84,0 \pm 7,3$   | $< 0,05$  |
|                                            | Есть                                                        | $60,7 \pm 7,2$   |           |
| Наличие или отсутствие ЛУ                  | Нет                                                         | $81,4 \pm 5,9$   | $< 0,05$  |
|                                            | Есть (к трем и более АБП)                                   | $57,0 \pm 8,4$   |           |
| Пол пациента                               | Мужчины                                                     | $67,5 \pm 5,1$   | $< 0,05$  |
|                                            | Женщины                                                     | $92,0 \pm 5,5$   |           |
| Возраст пациента                           | До 30 лет                                                   | $87,5 \pm 6,7$   | $< 0,001$ |
|                                            | 55 лет и >                                                  | $30,8 \pm 12,8$  |           |
| Социальное положение                       | Работающие (учащиеся)                                       | $94,0 \pm 3,9$   | $< 0,01$  |
|                                            | Не работающие                                               | $68,5 \pm 6,3$   |           |
| Наличие вредных привычек                   | Нет                                                         | 100,0            | $< 0,001$ |
|                                            | Употребление алкоголя и курение                             | $68,5 \pm 5,7$   |           |
| Пребывание в ИТУ                           | Нет                                                         | $75,0 \pm 5,5$   | $> 0,05$  |
|                                            | Да                                                          | $68,0 \pm 10,7$  |           |
| Регулярность приема АБП                    | Регулярно                                                   | $89,0 \pm 3,9$   | $< 0,001$ |
|                                            | Нерегулярно                                                 | $55,0 \pm 6,5$   |           |

\* - абациллирование рассчитано по посеву мокроты

работы, пожилой возраст, распространенность ТБ процесса, массивность бактериовыделения, наличие гнойного эндобронхита и ЛУ к трем и более АБП.

На наш взгляд, в условиях применения стандартных программ химиотерапии, роль врача-фтизиатра должна состоять в учете всех выше перечисленных факторов и разумной индивидуализации лечения у каждого конкретного больного туберкулезом.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Перельман М.И. Туберкулез в России // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 12. — С. 564-568.
2. Рабухин А.Е. Туберкулез органов дыхания у взрослых. — М.: Мед., 1976. — 328 с.
3. Туберкулез органов дыхания: руководство для врачей / А.Г. Хоменко. — М.: Мед., 1981. — 560 с.
4. Крофтон Дж., Хорн Н., Миллер Ф. Клиника туберкулеза. — М.: Мед., 1996. — 199 с.
5. Treatment of tuberculosis. WHO. — Geneva, 1993. — 43 p.

\* \* \*

## СОСТОЯНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В КЕМЕРОВСКОМ ОБЛТУБДИСПАНСЕРЕ

С.В. Саранчина, И.Ф. Копылова

*Кемеровская государственная медицинская академия,  
кафедра туберкулеза, г. Кемерово*

В условиях катастрофического ухудшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу (ТБ) при экономическом кризисе в обществе большое значение имеет использование наиболее эффективных и наименее затратных методик проведения противотуберкулезных мероприятий, рекомендуемых ВОЗ [1, 2]. К наиболее важным из них относится выявление по мазку мокроты (ММ) бактериовыделителей и их излечение с помощью стандартных комбинаций химиопрепаратов. Применение данных методик в системе традиционных российских мер борьбы с туберкулезом начато в Кемеровском облтубдиспансере (ОКПТД) с начала 2001 г.

Цель настоящего исследования — изучение состояния диагностики и интенсивной фазы лечения у впервые выявленных ранее не леченых больных туберкулезом органов дыхания на первом этапе внедрения указанных выше методик.

Изучены результаты обследования и лечения 63 взрослых больных, находившихся на лечении по 1-й категории ВОЗ во 2-м и 4-м фтизиатрических отделениях ОКПТД с января по июнь 2001 г. Отбор больных проводился методом сплошной выборки. По половозрастному составу преобладали лица до 40 лет (65 % или 41 человек), мужчины (60,3 % или 38 чел.). По социальному статусу более половины (54 %) составили представители неорганизованного населения. Из клинических форм ТБ наиболее частыми явились: инфильтративный ТБ — 52,4 % (33 чел.), ТБ внутригрудных лимфоузлов — 20,6 % (13 чел.). В целом ТБ легких составил 69,8 % (44 чел.). Обращает на себя внимание относительно высокая частота экссудативного плеврита — 9,5 % (6 чел.). Несколько менее чем

в 1/2 случаев (44,4 %) у больных выявлены различные факторы риска развития заболевания, при этом в большинстве случаев они сочетались между собой в количестве 2 и более. Наиболее частыми из них явились: контакт с больным ТБ — 22,2 %, алкоголизм — 11,1 %, нахождение в местах лишения свободы — 9,5 %, наркомания — 6,3 %.

В качестве первых клинических проявлений заболевания наиболее часто отмечены — кашель (47,6 % или 30 чел.), лихорадка (46 % или 29 чел.), слабость (38,1 % или 24 чел.), боль в грудной клетке (30,2 % или 19 чел.), снижение массы тела (25,4 % или 16 чел.), ночная потливость (20,6 % или 13 чел.). У преобладающего числа больных (69,8 %) заболевание начиналось постепенно, в 14,3 % — остро, в 15,9 % — протекало бессимптомно. В 60,3 % больные выявлены при обращении к врачам общей лечебной сети (ОЛС). Период от появления симптомов до обращения к врачу составил, в среднем, 16 недель, при этом в 44,4 % случаях он превышал 3 месяца. Обращает на себя внимание тот факт, что из выявленных при профосмотре почти 2/3 пациентов имели клинические проявления заболевания, но за медицинской помощью не обращались.

В ОЛС ММ исследован на микобактерии ТБ лишь в 31,6 % случаев (у 12 больных). При этом, у половины из них обнаружены кислотоустойчивые микобактерии (КУБ). Рентгенофлюорографическое обследование в ОЛС проведено всем. Срок между первым обращением в ОЛС и направлением в ОКПТД составил, в среднем, 16 дней, варьируя от 1 до 9 недель. В ОКПТД исследование мокроты бактериоскопическим и

культуральными методами проведено всем. Преимущественно исследовались три образца мокроты, реже — два. Бактериовыделение с учетом всех методов выявлено в половине случаев (52,4 %).

Как видно из таблицы 1, микобактерии ТБ обнаружены в ММ в 1/4 случаев, только посевом — в 27 % (у 17 больных).

**Таблица 1**  
**Методы выявления микобактерий ТБ**

| Метод выявления бактериовыделения | Количество случаев |      |
|-----------------------------------|--------------------|------|
|                                   | абс.               | %    |
| Микроскопией ММ и посевом         | 16                 | 25,4 |
| Только посевом                    | 17                 | 27   |
| Всеми методами                    | 33                 | 52,4 |

У всех бактериовыделителей определена чувствительность к противотуберкулезным препаратам (ПТП). Как видно из таблицы 2, частота лекарственной устойчивости (ЛУ) микобактерий ТБ составила, в целом, 48,5 %, при этом множественная ЛУ — 15,15 %. Чаще наблюдалась ЛУ к нескольким ПТП, чем к одному. Тотальная ЛУ составила 1/4 от всей ЛУ. Из отдельных препаратов наиболее часто встречалась ЛУ к стрептомицину — 30,3 %, несколько реже к изониазиду — 27,3 %. ЛУ к этамбутолу составила 18,2 %, к рифампицину — 15,2 %.

**Таблица 2**  
**Лекарственная чувствительность микобактерий ТБ к противотуберкулезным препаратам**

| Результат исследования чувствительности | Количество случаев |       |
|-----------------------------------------|--------------------|-------|
|                                         | абс.               | %     |
| Полная чувствительность                 | 17                 | 51,52 |
| Монорезистентность                      | 7                  | 21,21 |
| Мультирезистентность                    | 5                  | 15,15 |
| Полирезистентность                      | 4                  | 12,12 |
| Итого бактериовыделителей               | 33                 | 100   |

Рентгенологически почти в половине случаев (28 чел.) отмечено наличие полости распада. Длительность лечения на интенсивном этапе в стационаре ОКПТД варьировала от 6 до 118 дней, составив в среднем 55 дней. Почти половина больных (28 чел.) интенсивную фазу лечения в стационаре не завершили, из них 11,1 % (7 чел.) были выписаны в связи с нарушением режима, 17,5 % (11 чел.) — с самовольным уходом из отделения, 15,9 % (10 чел.) — по просьбе больного или родственников в связи с неудовлетворенностью условиями стационара. Средняя длительность пребывания в стационаре для выписанных своевременно составила 77 дней, для выписанных преждевременно — 47 дней.

Лечение больных в преобладающем большинстве случаев (77 %) проводилось в соответ-

ствии с принципами стандартной химиотерапии, рекомендованными ВОЗ. В остальных 23 % случаев лечение было индивидуализированным по показаниям (непереносимость отдельных ПТП, тяжелая сопутствующая патология, ЛУ микобактерий ТБ и др.). ПТП назначались в соответствии с весом, возрастом и соматическим статусом больных. За приемом ПТП, как правило, осуществлялся непосредственный контроль медперсонала. Количество принятых доз ПТП, в основном, почти соответствовало длительности пребывания в стационаре.

Эффективность интенсивного этапа лечения в большой степени зависела от его завершенности. У выписанных своевременно лечение было довольно эффективно: прекращение бактериовыделения всеми методами наступило в 85 % случаев (17 из 20), закрытие полостей распада — в 66,6 % (12 из 18), у больных без полостей распада и бактериовыделения клинический эффект получен во всех случаях (11 из 11). У больных, выписанных преждевременно, прекращение бактериовыделения наступило лишь в 46,15 % (6 из 13), закрытие полостей распада — в 30 % (3 из 10). В целом среди всех больных прекращение бактериовыделения составило 69,7 % (23 из 33), закрытие полостей распада — 53,6 % (15 из 28). Эффективность лечения, в соответствии с критериями ВОЗ, можно представить следующим образом — из 16 бактериовыделителей по ММ негативация ММ достигнута в 68,75 % случаев (11 чел.), в том числе через 2 месяца — у 10 больных, через 3 месяца — у одного. В 31,25 % случаев (5 чел.) лечение прервано.

## Выводы:

1. ТБ органов дыхания в современных условиях выявляется преимущественно при обращении с жалобами к врачам ОЛС. При этом исследование ММ проведено лишь в 1/3 случаев с обнаружением в половине из них КУБ. Исследование ММ в ОКПТД проводилось всем больным в 2-3 образцах, частота положительных результатов — 25,4 % (16 из 63).
2. Лишь половина больных из поступивших в стационар завершает интенсивную фазу лечения своевременно. Многие выписываются преждевременно, преимущественно в связи с неудовлетворенностью условиями стационара. Средняя длительность пребывания в стационаре ОКПТД у выписанных своевременно составила 77 дней, преждевременно — 47 дней. Следовательно, возникает необходимость организации полноценного проведения интенсивной фазы лечения вне стационара.

3. Лечение в стационаре проводится по стандартным схемам химиотерапии, с непосредственным наблюдением за приемом химиопрепаратов, с соответствием количества принятых доз срокам лечения.
4. Результаты лечения в большей степени зависели от своевременности выписки. У выписанных своевременно прекратилось бактериовыделение всеми методами в 85 % случаев.

По критериям ВОЗ у больных с бактериовыделением в ММ (16 человек) негативация ММ достигнута в 2/3 случаев (68,75 %), в 1/3 случаев больные прервали лечение.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Визель А.А. Туберкулез. — М., 2000. — 206 с.
2. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Вылегжанин С.В. // Пробл. туб. — 2001. — № 7. — С. 13-18.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОД ПАТРОНАЖЕМ РОКК

**В.И. Тавровская, А.Л. Ханин, Т.Н. Майорова**

*Городская клиническая туберкулезная больница № 19,  
ГИДУВ, Кафедра фтизиопульмонологии,  
Новокузнецкое городское отделение РОКК,  
г. Новокузнецк*

**В** 1993 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез (ТБ) “всемирным бедствием”. Одна треть населения земли инфицирована микобактериями ТБ (МБТ). От этого заболевания ежегодно погибают более 3 млн. человек [9]. Особенно напряженная ситуация с ТБ в России. Борьба с ним является одной из приоритетных задач государства и органов здравоохранения [4, 5, 7]. Наряду с увеличением абсолютного числа больных ТБ, утяжелением структуры впервые выявленных больных, снизилась эффективность их лечения [4, 5].

В условиях изменившихся социально-экономических отношений возросла роль амбулаторного этапа терапии больных ТБ [4]. Отсутствие системы удержания больных на курсе продолжительной химиотерапии является одной из причин низкой эффективности лечения больных ТБ и ухудшения эпидемиологической ситуации по ТБ. Нередко после улучшения самочувствия пациенты прерывают курс противотуберкулезной химиотерапии или же получают не весь комплекс препаратов, назначенный врачом. Это, как правило, приводит к развитию множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) МБТ к антибактериальным препаратам (АБП), утяжелению состояния больного, распространению инфекции в обществе [2, 3, 4, 6, 9].

Для преодоления этих явлений еще в начале 60-х годов прошлого столетия А.Е. Рабухин предлагал применять контролируемый прием АБП [6]. Стандартизированная контролируемая химиотерапия под прямым наблюдением по рекомендованным ВОЗ программам сводит к минимуму перечисленные выше отрицательные эффекты и повышает результаты лечения [8, 9], но необ-

ходимы механизмы привлечения больных к лечению и удержания их на курсе химиотерапии [1].

Одной из первых общественных организаций, активно включившихся в решение этой проблемы, был Российский Красный Крест. На бюро президиума ЦК РОКК 05.11.98 г. было принято решение о начале разработки программы “РОКК против туберкулеза”, с ноября 1999 г. эта программа начала действовать на территории России. В Новокузнецке под патронажем РОКК первые больные ТБ начали лечиться с 01.12.99 года.

Цель программы — оказание социальной, материальной и психологической поддержки больным туберкулезом из числа наиболее уязвимых, обездоленных групп населения для повышения эффективности их лечения и реабилитации.

Основные задачи программы — разработать и внедрить различные модели взаимодействия и сотрудничества между органами здравоохранения и РОКК по борьбе с ТБ. Противотуберкулезная деятельность РОКК опирается на привлечение сестер милосердия к работе с больными ТБ и членами их семей. Сестры милосердия помогают осуществлять мониторинг контролируемого амбулаторного лечения, активный патронаж больных ТБ на дому, участвуют в просвещении населения по вопросам профилактики и лечения ТБ.

Исторический опыт борьбы с ТБ в мире показал, что наилучших результатов удается достигнуть при консолидации усилий государства, органов здравоохранения и общественных организаций [4, 6, 9].

В данном сообщении приводятся результаты лечения 514 больных ТБ под патронажем РОКК за период с 01.12.1999 г. по 31.12.2001 г. Лече-



ние проводилось амбулаторно по стандартным схемам DOTS в поликлинике туббольницы № 19. Интенсивная фаза контролируемой химиотерапии всем больным ТБ с бактериовыделением проводилась в стационаре. На амбулаторном этапе лечения контроль за приемом каждой дозы АБП осуществляли медицинские сестры РОКК. Кроме того, все пациенты получали горячее питание, продукты и гигиенические наборы, что существенно повышало заинтересованность больных в проводимом лечении.

У 510 из 514 больных был легочный ТБ, у 4-х — внелегочный ТБ. Впервые выявленный ТБ (новые случаи) был у 415 человек (80,7 %), у 99 пациентов (19,3 %) были рецидивы или обострения (повторное лечение). Большинство пациентов составляли мужчины (372 чел. или 72 %). В возрасте от 18 до 44 лет было 228 больных (61 %). Бактериовыделение отмечено у 309 больных (60 %). Из них, 247 человек отнесены к “новым случаям”, а 62 пациента находились на повторном лечении. При отборе больных для включения в целевую группу программы “РОКК против ТБ” использованы следующие критерии:

1. Социальные показания — доход в семье на одного человека ниже прожиточного минимума, установленного в регионе (менее 1500 рублей в месяц); инвалиды 1-2-й групп; одинокие пенсионеры; многодетные и неполные семьи; безработные; бездомные; бывшие заключенные; мигранты.
2. Медицинские показания — больные, завершившие интенсивную фазу лечения по DOTS-программе и имеющие отрицательный анализ мазка мокроты (ММ) на кислотоустойчивые бактерии (КУБ).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, все больные были разделены на три категории с разной тактикой лечения, в зависимости от приоритетности терапии, обусловленной эпидемиологической опасностью больного.

По I-й категории DOTS были пролечены 320 больных (62 %), из них 247 (77 %) были бактериовыделителями. По II-й категории были пролечены 130 человек (25 %), по III-й — 56 (11 %). По индивидуальным схемам лечились 8 больных (1,5 %).

Выбор рекомендуемой схемы антибактериальной терапии (АБТ) проводился после классификации случая ТБ на основе следующих критериев — локализация ТБ (легочная или внелегочная); тяжесть заболевания; результаты микроскопии ММ (туберкулез с ММ+ или с ММ—); эффективность проводившегося лечения.

К I-й категории были отнесены больные ТБ легких с ММ + и с распространенными процес-

сами с ММ —; во II-ю категорию включены больные с рецидивами ТБ и другими случаями повторного лечения; в III-ю категорию — впервые выявленные больные с ТБ легких ММ —, внелегочной локализацией ТБ и не включенные в I-ю категорию.

Регистрация результатов химиотерапии проводилась в соответствии с рекомендациями ВОЗ по следующим критериям:

- “излечен” — прекращение бактериовыделения на последнем месяце лечения и в одном из предыдущих контрольных анализов;
- “лечение завершено” — больной окончил курс лечения, мазок или посев мокроты были изначально отрицательными;
- “неудача в лечении” — бактериовыделение возобновилось на пятом месяце лечения или позже;
- “умер” — летальный исход во время лечения;
- “переведен” — пациент исключен из целевой программы “РОКК против ТБ”, но продолжает основной курс лечения в противотуберкулезном учреждении;
- “лечение прервано” — пациент прервал лечение более чем на два месяца и был исключен из программы.

При оценке эффективности химиотерапии мы использовали не только критерий ВОЗ (прекращение бактериовыделения по микроскопии мазка мокроты), но учитывали и результаты прекращения бактериовыделения по посевам.

При подведении итогов лечения все пациенты были разделены на две группы:

1. новые случаи туберкулеза с ВК(+) и ВК(—);
2. случаи повторного лечения с ВК(+) и ВК(—) до начала лечения.

Учитывалось, каким методом было подтверждено бактериовыделение — ММ или только посевом.

Из 152 больных, классифицированных как “новый случай с ММ +”, излечены (абациллированы) 110 пациентов (72 %), прервали лечение 21 человек (13 %), переведены 14 (9 %). Неудачи в лечении отмечены у шести пациентов (4 %), умер один больной (0,65 %) (таблица 1).

Из 95 пациентов, классифицированных как “новый случай с ВК(+) методом посева”, излечены (абациллированы) 77 больных (81 %), прервали лечение 15 (15 %), переведен один больной, у одного — неудача в лечении, один больной умер.

Результаты лечения 168 впервые выявленных больных, включенных в программу без бактериовыделения до начала терапии, были следующими — лечение завершено у 147 пациентов (88 %), прервали лечение 17 больных (10 %), четыре человека переведены.



Таблица 1

Эффективность лечения впервые выявленных больных ТБ (новые случаи)

| Новый случай | Излечены   | Завершили лечение | Умерли    | Неудача в лечении | Прервали лечение | Переведены | Всего |
|--------------|------------|-------------------|-----------|-------------------|------------------|------------|-------|
| ММ+          | 110 (72 %) | -                 | 1         | 6 (4 %)           | 21 (13 %)        | 14 (9 %)   | 152   |
| Посев +      | 77 (81 %)  | -                 | 1         | 1                 | 15 (15 %)        | 1          | 95    |
| ВК -         | -          | 147 (88 %)        | -         | -                 | 17 (10 %)        | 4          | 168   |
| Всего        | 187 (76 %) | 147 (88 %)        | 2 (0,5 %) | 7 (1,7 %)         | 53 (13 %)        | 19 (4,5 %) | 415   |

Таким образом, из 415 впервые выявленных больных ТБ (новые случаи) положительный эффект лечения достигнут у 334 пациентов и показатель излечиваемости (излечен + завершил лечение) составил 80,5 %.

На повторном курсе химиотерапии было 99 больных: 42 пациента с рецидивом ТБ, 28 — после перерыва в лечении, 29 — безуспешно пролеченных на предшествующих этапах или другие (таблица 2).

Таблица 2

Эффективность терапии больных ТБ, получавших повторный курс лечения

| Новый случай | Излечены  | Завершили лечение | Умерли  | Неудача в лечении | Прервали лечение | Переведены | Всего |
|--------------|-----------|-------------------|---------|-------------------|------------------|------------|-------|
| ММ+          | 17 (57 %) | -                 | -       | 4 (13 %)          | 7 (23 %)         | 2          | 30    |
| Посев +      | 21 (66 %) | -                 | 1       | -                 | 9 (28 %)         | 1          | 32    |
| ВК -         | -         | 25 (68 %)         | -       | -                 | 10 (27 %)        | 2          | 37    |
| Всего        | 38 (61 %) | 25 (68 %)         | 1 (1 %) | 4 (13 %)          | 26 (26 %)        | 5 (5 %)    | 99    |

Из 30 больных с ММ + до начала лечения были излечены 17 (57 %) пациентов, прервали лечение — 7 (23 %), переведены — 2 (6,6 %), неудача в лечении — 4 (13 %). Из 32 пациентов “повторного лечения с ВК(+) методом посева”, излечены 21 (66 %), прервали лечение — 9 (28 %), один больной переведен, один умер. Из 37 больных “повторного лечения без бактериовыделения”, у 25 человек (68 %) лечение завершено, 10 пациентов (27 %) прервали лечение, двое переведены в стационар. Таким образом, в группе больных повторного лечения (99 чел.) положительный эффект получен у 63 человек (излечен + завершил лечение), показатель излечиваемости составил 64 %.

Досрочно выбыли из программы из-за перерыва в лечении более 8 недель 79 больных (15 %). Из них, 53 впервые выявленных больных (13 %) и 26 пациентов с повторным курсом химиотерапии (26,3 %). Все случаи перерывов в лечении тщательно анализировались. С больными проводилась индивидуальная работа по привлечению к лечению, они неоднократно посещались на дому, проводились беседы с родственниками. Около трети “оторвавшихся” удалось привлечь на повторное лечение.

Среди прекративших лечение и не возвращенных в “Программу”, 34 человека (43 %) страдали алкоголизмом; пятеро (6 %) — наркоманией; 15 па-

циентов (18 %) выбыли из-за дорожно-транспортных проблем (отдаленность места жительства и отсутствие средств на транспорт). У 9 больных (11 %) была мультирезис-

тентность; 9 человек (11 %) сменили адреса или выбыли из города, у семи пациентов (9 %) были другие причины.

Неблагоприятные исходы лечения отмечены в 11 случаях (2 %): у 7 человек с впервые выявленным ТБ (1,7 %) и у четверых из группы “повторного лечения ТБ” (4 %). Причиной неудачи во всех случаях была МЛУ.

В другие лечебные учреждения без патронажа РОКК были переведены 24 пациента (4,6 %):

15 человек в стационар (7 больных — на хирургическое лечение, 4 — из-за обострения сопутствующей патологии, 4 — для коррекции АБТ), 5 — в противотуберкулезный санаторий, 4 — про-

должили лечение в процедурном кабинете диспансера.

Умерли во время проведения основного курса лечения трое больных (0,6 %). Причины летального исхода: острая сердечная патология, алкогольное отравление и смерть от несчастного случая. Летальных исходов по причине прогрессирования ТБ или его осложнений не наблюдалось.

## Выводы:

1. Стандартизированная контролируемая химиотерапия на амбулаторном этапе под патронажем РОКК позволила добиться излечения у 73 % больных, завершивших полный курс лечения. У больных с впервые выявленным ТБ (новые случаи) этот показатель составил 76 %, у больных с повторным курсом терапии — 61 %.
2. Показатель эффективности лечения ТБ (излечен + завершил лечение) составил 80,5 % в группе впервые выявленных больных и 64 % — у пациентов с повторным курсом химиотерапии. Среди всех пациентов, включенных в программу (514), этот показатель составил 77 %.
3. Дальнейшее улучшение эффективности данной программы возможно за счет увеличения

процента новых случаев и уменьшения “отрыва” больных от лечения из-за транспортных и иных проблем.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Мишин В.Ю., Чуканов В.И. Эффективность стандартного режима химиотерапии при лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких с бактериовыделением // Пробл. туб. — 2001. — № 7. — С. 13-18.
2. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г. Лекарственно-устойчивый ТБ легких: Учебно-методическое пособие. — М., 2001. — 24 с.
3. Мишкинис К., Каминскайте А. Результаты лечения полирезистентного туберкулеза по данным республиканской туб-больницы Санти-ришкес // Пробл. туб. — 2000. — № 3. — С. 9-11.
4. Перельман М.И. Туберкулез в России // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 12. — С. 562-568.
5. Туберкулез в Сибири в начале XXI века: аналитический обзор / Л.М. Погожева, Г.С. Мурашкина, Н.М. Новиков и др. — Новосибирск, 2002. — 83 с.
6. Рабухин А.Е. Избранные труды. — М.: Мед., 1983. — 254 с.
7. Шилова М.В. Туберкулез в России в конце XX века // Пробл. туб. — 2001. — № 5. — С. 8-13.
8. Лекарственно-чувствительный ТБ, исходы лечения / Янова Г.В., Стрелис А.К., Петрова Л.Е. и др. // Туберкулез — старая проблема в новом тысячелетии: Сб. науч. тр. — Новосибирск, 2002. — С. 184-185.
9. Treatment of tuberculosis. WHO. — Geneva, 1993. — 43 p.



## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИВЕННОЙ И ИНГАЛЯЦИОННОЙ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

**В.Н. Зимина, И.Ф. Копылова, Г.А. Кукченко**

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

Совершенствование методов лечения туберкулеза легких, направленных на повышение его эффективности, является приоритетной задачей фтизиатрии. Успех противотуберкулезной терапии в значительной степени определяется адекватностью проводимых мероприятий. Излечение больных во многом зависит от соблюдения принципов комплексного и комбинированного применения лекарственных средств и методов лечения. Необходимо наиболее оптимально использовать небольшой арсенал эффективных этиотропных противотуберкулезных средств, обеспечивая оптимальные пути доставки их в очаг поражения в бактерицидных концентрациях при минимизации числа побочных эффектов.

Из современных методов лечения, одним из наиболее эффективных является внутривенная бактерицидная интермиттирующая химиотерапия, предложенная и внедренная в широкую практику Новосибирским НИИ туберкулеза. Однако, даже при внутривенном введении лекарственных средств, проникновение их в бронхиальный секрет незначительно, а достижение бактерицидной концентрации в легочной паренхиме сопровождается повышением содержания препаратов во всех органах и тканях, что нередко приводит к развитию побочных реакций. Избирательность действия АБП можно увеличить, используя их в аэрозолях, которые

позволяют обеспечить доставку их непосредственно в дыхательные пути. Популярность аэрозольтерапии объясняется тем, что слизистая бронхиального дерева огромна по площади и обладает значительной всасывательной способностью. Выраженный терапевтический эффект достигается с незначительными нежелательными побочными реакциями в связи с тем, что препараты в небольшом количестве поступают в системное кровообращение.

Основываясь на принципах вышеизложенного, нами предложен и апробирован оригинальный метод лечения деструктивного туберкулеза легких. Схема лечения включала в себя внутривенное капельное введение изониазида (8-10 мг/кг массы тела) в 200 мл 0,9 % раствора натрия хлорида и рифампицина (8-10 мг/кг массы тела) в 200 мл 5 % раствора глюкозы. За 1,5 часа до инфузии изониазида и рифампицина пациенты принимали внутрь пиразинамид (30 мг/кг) и за 1 час до капельницы им выполнялась внутримышечная инъекция 1,0 г стрептомицина, за 30 минут проводились ультразвуковые ингаляции растворов изониазида (200 мг) и рифампицина (150 мг). Лечение проводилось в интермиттирующем (2 раза в неделю) режиме. Для ингаляций растворы готовились ех темпере, в качестве растворителя применялся физиологический раствор. Ингалируемая смесь готовилась следующим образом: 200 мг

ампульного изониазида (2,0 мл 10 % раствора) растворялся в 11 мл физиологического раствора; 150 мг рифампицина (порошок в ампулах) растворялся в 2 мл 5 % глюкозы, после чего оба раствора смешивались. Таким образом, объем смеси составлял 15 мл на одну процедуру. Продолжительность одной процедуры составляла 8-12 минут. В первый месяц лечения больные перед аэрозолотерапией антибактериальными препаратами получали ингаляцию с бронхолитической смесью для улучшения дренажной функции бронхов.

Нами были проанализированы результаты лечения 47 больных деструктивным туберкулезом легких, получавших терапию по предложенной схеме. Течение туберкулезного процесса характеризовалось выраженной клинической симптоматикой. 74,5 % пациентов предъявляли жалобы с наличием в 63,8 % случаев симптомов туберкулезной интоксикации. В 70,2 % наблюдений выявлены отклонения гематологических показателей. Нарушение ФВД отмечено в 19,2 % случаев. 87,2 % лиц являлись бактериовыделителями. Исследование на лекарственную чувствительность МБТ было проведено 39 больным (95,1 %). Из числа изученных антибиотикограмм, более чем в 1/3 случаев имела лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам, а множественная лекарственная устойчивость зарегистрирована у 4-х больных (10,3 %). При рентгенологическом исследовании у 57,5 % пациентов туберкулезный процесс носил распространенный характер. Поликаверноз установлен в 32 % наблюдений. При ФБС туберкулез бронха выявлен у 10,9 %, неспецифический эндобронхит — у 19,6 % пациентов. Осложнения легочного процесса наблюдались в 31,9 % случаев. У 38,3 % больных течение туберкулеза легких утяжелялось наличием сопутствующей патологии.

При применении предложенного варианта лечения у всех больных произошло купирование симптомов интоксикации, в среднем, за  $0,7 \pm 0,2$  месяца. К концу стационарного лечения нормализации СОЭ удалось добиться у 96,7 % пациентов в средние сроки  $1,8 \pm 0,9$  месяца. Применение изониазида и рифампицина в ультразвуковых ингаляциях способствовало восстановлению функциональных показателей дыхательной системы у  $88,9 \pm 10,4$  % больных. В результате лечения у всех больных ликвидирован катаральный

эндобронхит, выявленный при поступлении. К моменту выписки больных из стационара негативация мокроты (подтвержденная посевом) в средние сроки  $1,5 \pm 0,5$  месяца достигнута в 100 % случаев. Это является важным клиническим и эпидемиологическим критерием ускоренного оздоровления бактериовыделителей.

У наблюдавшихся больных отмечена быстрая рентгенологическая динамика процесса. Средние сроки рассасывания свежих воспалительных фокусов составили  $1,8 \pm 0,6$  месяца. Закрытие полостей распада отмечено у 83 % больных, в среднем за  $2,5 \pm 1,1$  месяца. Сроки закрытия полостей распада достоверно не отличались у больных с мелкими множественными деструкциями, по сравнению с большими, у которых имел место поликаверноз, но ликвидация мелких деструкций в процессе лечения происходила достоверно чаще, чем множественных полостей распада. У 17 % пациентов с сохраняющимся распадом в легких достигнута рентгенологическая стабилизация. Все больные подготовлены к оперативному лечению, трое успешно прооперированы.

Заживление полостей распада под влиянием предлагаемой схемы лечения в 74,4 % случаев происходило наиболее надежным способом — рубцом, небольшим очагом либо фиброзно-очаговыми изменениями на месте полости распада. Туберкулемы сформировались в 25,6 % наблюдений.

Все пациенты с туберкулемами были проконсультированы торакальным хирургом — двое успешно прооперированы; трое от оперативного лечения отказались; у пятерых больных показания к оперативному лечению были относительные из-за малых размеров и однородной структуры туберкулем.

Процент побочных реакций на химиопрепараты составил  $8,5 \pm 3,9$  %, в том числе неустраняемого характера — у одного больного. Ингаляционная терапия в интермиттирующем режиме хорошо переносилась всеми пациентами. Средний срок пребывания больных в стационаре составил 134 дня.

Таким образом, интермиттирующая (2 раза в неделю) полихимиотерапия с применением внутривенного и ингаляционного путей введения изониазида и рифампицина, дополненная в показанных случаях пневмоперитонеумом, позволяет значительно повысить эффективность лечения и качество заживления полостей распада при невысоком числе побочных реакций.

\* \* \*

# ТЕРАПИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕПАРАТАМИ ПЕРВОГО РЯДА И ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Д. Лафонтен, В.И. Голубева, Н.Н. Старченкова,  
О.Н. Шеяненко, Л.С. Фазлиахметова, А.А. Славущий

MSF-Бельгия,

ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области

С 1996 г. больные ТБ в пенитенциарной системе Кемеровской области получают лечение с применением препаратов первого ряда по стандартным схемам согласно стратегии, рекомендованной ВОЗ. Результаты когортного анализа нельзя назвать удовлетворительными по причине высокой распространенности лекарственно устойчивого туберкулеза (ЛУ ТБ) и, в частности, туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ), что является главным фактором, приводящим к безуспешному лечению. В настоящее время анализу подлежат результаты АБГ всех пациентов, начинающих лечение, что позволяет провести оценку уровня МЛУ ТБ среди заключенных.

**ЦЕЛЬ:** Оценить распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в пенитенциарной системе Кемеровской области.

## Метод.

Систематически выполняется культуральное исследование образцов мокроты каждого нового больного ТБ, начинающего лечение по программе, а также АБГ, при положительном результате посева. Изучается анамнез и проводится соответствующая классификация: “Новый случай” — больной, не принимавший ранее антитуберкулезные препараты, либо принимавший их менее одного месяца, или “Новый леченый случай” — больной, не леченый ранее по стратегии ВОЗ, но принимавший антитуберкулезные препараты на протяжении одного месяца или более. Были проведены анализ и сравнение двух периодов:

- с декабря 1997 г. по октябрь 1998 г. (в таблице под заголовком “1998”);

- с января 2000 г. по июль 2001 г. (в таблице под заголовком “2000”).

## Результаты.

1. Распространенность МЛУ среди всех больных, впервые начавших лечение по программе, увеличилась с 16,7 % в 1998 г. до 26,5 % в 2000 г.
2. Несмотря на значительное сокращение количества “Новых леченых больных” за последние годы программы (66 % в 1998 г. и менее 20 % в 2000 г.), уровень начальной МЛУ продолжает расти.
3. 66,3 % (443/668) больных могут быть успешно пролечены препаратами первого ряда, следуя рекомендациям ВОЗ, т.е. больные с полной чувствительностью, а также резистентные к S и/или E (44,4 %) по Кат. 1 и больные с резистентностью H ± S (21,9 %) по схеме 6REZ ± 3RE. 6,7 % больных имеют моночувствительность к R (HES-резистентность). Лечение таких больных по стратегии ВОЗ проблематично, т.к. существует большая вероятность амплификации устойчивости к рифампицину в ходе лечения.

**Таблица**  
**Сравнение моделей чувствительности к антибактериальным препаратам**  
**(1998 и 2000 г.г.)**

| Год                         | Новый случай |         | Новый леченый |         | Итого   |         |
|-----------------------------|--------------|---------|---------------|---------|---------|---------|
|                             | 1998 г.      | 2000 г. | 1998 г.       | 2000 г. | 1998 г. | 2000 г. |
| Кол-во случаев (n)          | 99           | 518     | 201           | 150     | 300     | 668     |
| Полная чувствительность (%) | 50,5         | 44,0    | 31,3          | 20,7    | 37,7    | 38,8    |
| Любая резистентность        | 49,5         | 56,0    | 68,7          | 79,3    | 62,3    | 61,2    |
| Монорезистентность          |              |         |               |         |         |         |
| - H (%)                     | 4,0          | 6,2     | 9,5           | 4,0     | 7,7     | 5,7     |
| - E (%)                     | 0            | 0,4     | 0,5           | 0,7     | 0,3     | 0,4     |
| - R (%)                     | 1,0          | 0,2     | 0             | 0       | 0,3     | 0,1     |
| - S (%)                     | 5,1          | 5,2     | 8,0           | 5,3     | 7,0     | 5,2     |
| Полирезистентность          |              |         |               |         |         |         |
| - HS (%)                    | 28,3         | 15,4    | 20,9          | 18,7    | 23,3    | 16,2    |
| - HE (%)                    | 0            | 0,2     | 0             | 0       | 0       | 0,1     |
| - ER (%)                    | 1,0          | 0       | 0             | 0       | 0,3     | 0       |
| - ES (%)                    | 0            | 0       | 0             | 0       | 0       | 0       |
| - RS (%)                    | 0            | 0       | 0             | 0       | 0       | 0       |
| - HES (%)                   | 6,1          | 6,9     | 7,0           | 6,0     | 6,7     | 6,7     |
| - RES (%)                   | 0            | 0       | 0             | 0,7     | 0       | 0,1     |
| МЛУ ТБ                      |              |         |               |         |         |         |
| - HR+/-S (%)                | 1,0          | 7,3     | 10,0          | 14,0    | 7,0     | 8,8     |
| - HRE+/-S (%)               | 3,0          | 14,1    | 12,9          | 30,0    | 9,7     | 17,7    |

**Выводы.**

Полностью адекватное лечение препаратами 1-го ряда получают, в среднем, 65 % больных. Остальные больные нуждаются в адаптированном лечении с применением препаратов 2-го ряда.

**Рекомендации.**

Учитывая высокий уровень начальной множественной лекарственной устойчивости (26,5 % от всех больных, начинающих лечение по программе), а также эффект амплификации устойчивости (6,7 % больных имеют моночувствитель-

ность к R на момент начала лечения) и вероятность повторного инфицирования, необходимо рассматривать возможность внедрения методов быстрой диагностики (H- и R-устойчивых штаммов) с последующей изоляцией и ранним началом адекватной химиотерапии.

**Лимитирующие факторы.**

Наличие полного комплекта препаратов 2-го ряда высокого качества, а также адекватная преемственность в ведении таких больных после освобождения в гражданском секторе — как пред условие для начала лечения.



## АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРЕПАРАТАМИ I РЯДА В СОЧЕТАНИИ С ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИЕЙ В ЛИУ-33 Г. МАРИИНСКА ГУИН МЮ РФ ПО КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

З.Э. Элбакидзе, А.С. Криковцев, Н.Н. Старченкова, И.И. Малахов,  
Л.А. Токарева, Т.Н. Астахова, Л.В. Червова, А.И. Красников  
*ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области*

В областной туберкулезной больнице ЛИУ-33 г. Мариинска Кемеровской области, с вводом в действие программы DOTS, показатели заболеваемости туберкулезом снижаются, однако отмечается значительный прирост больных с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). За последние 3 года количество данной категории больных возросло с 300 (1998 г.) до 640 (2001 г.). Проблема лечения полирезистентных форм туберкулеза до сих пор остается нерешенной ввиду отсутствия противотуберкулезных препаратов резерва (препараты II-го ряда). В связи с этим, с июня 2001 г., в ЛИУ-33 было начато лечение данной категории больных препаратами I-го ряда. В отечественной литературе данное лечение носит название “терапии отчаяния”, т.е. лечение больных с прогрессирующей формой туберкулеза препаратами I-го ряда, несмотря на имеющуюся к ним устойчивость.

На фоне лечения препаратами I-го ряда нами стали применяться как традиционные методы патогенетического воздействия (дыхательная гимнастика, лечебная физкультура и ряд других), так и нетрадиционные, народные методы лечения больных туберкулезом, а именно, продукты питания с повышенным содержанием фитонцидов, пихтовое масло в виде ингаляций, “Флорента” (препарат с высоким содержанием аскорбиновой кислоты и витамина Е).

Больным туберкулезом был изменен режим питания в виде дробного приема до 5-6 раз в день с уче-

том дополнительного питания, поступающего по гуманитарной помощи. Широко применяются психологические беседы с установкой на выздоровление.

С начала 2002 г. внедрены более современные патогенетические методы лечения туберкулеза — наложение лазерного облучения, галотерапия в виде ингаляций сухого аэрозоля хлорида натрия в га-локамере, глубокий фонофорез. Данные методы патогенетического воздействия стали применяться как для лечения впервые выявленных больных туберкулезом, так и для лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью.

Под наблюдением находились 192 больных с МЛУ туберкулезом. Все больные были разделены на 2 группы. Первая группа состояла из больных с ограниченными формами туберкулеза и стабильной рентгенологической динамикой, для лечения которых использовались все вышеперечисленные методики без применения АБП I-го ряда (83 человек). Вторая группа включала больных с выраженной клинической симптоматикой (109 человек). Этой группе больных проводилось лечение АБП в сочетании с нетрадиционными подходами в лечении (так называемая “терапия отчаяния”).

В результате проведенного исследования по итогам I-го полугодия 2002 г., из 109 больных 2-й группы прекращение бактериовыделения было достигнуто у 56,4 % больных, закрытие полостей распада — в 42,7 % случаев (таблица).



Таблица

**Сравнительная характеристика показателей эффективности лечения первого полугодия 2001–2002 г.г.**

| Показатель                    | 1-е полугодие<br>2002 г. | 1-е полугодие<br>2001 г. |
|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Прекращение бактериовыделения | 42,7 %                   | 10,8 %                   |
| Закрытие полостей распада     | 56,4 %                   | 20,5 %                   |

Как видно из таблицы, результаты лечения препаратами I-го ряда с применением нетрадиционных подходов в лечении и патогенетической терапии в 2002 году, по сравнению с аналогичным периодом 2001 года, улучшились более чем на 30 %.

Положительные результаты лечения получены и в первой группе больных, которым применялся нетрадиционный подход в лечении без применения антибактериальных препаратов. Прекращение бактериовыделения достигнуто в 36,1 % случаев, закрытие полостей распада — в 12 %.

К сожалению, провести сравнительную оценку эффективности лечения данной группы больных не представляется возможным, т.к. до 2002 года нетрадиционные подходы в лечении больных не применялись. Тем не менее, как видно из данных, приведенных в таблице, применение нетрадиционных подходов в лечении боль-

ных дает положительные результаты в виде прекращения бактериовыделения и в меньшей степени — закрытия полостей распада. В данном случае нельзя исключить элемент спонтанного излечения. Но применение патогенетических и нетрадиционных методов лечения повышает неспецифическую резистентность организма,

способствуя тем самым спонтанному излечению. Данная проблема требует дальнейших исследований.

#### Выводы:

1. Применение препаратов I-го ряда по индивидуальным схемам лечения больных с резистентными формами туберкулеза в сочетании с патогенетическими методами лечения, при отсутствии препаратов II-го ряда, способствует повышению эффективности лечения более чем на 30 %.
2. Применение нетрадиционных подходов в лечении больных с МЛУ туберкулезом в сочетании с патогенетическими методами воздействия дает положительные результаты лечения и в ряде случаев препятствует прогрессированию туберкулезного процесса.

\* \* \*

## ВЛИЯНИЕ КОИНФЕКЦИИ MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS И ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В УИС

О.Эльтайеб, В.Н. Мосин, Е.Ю. Буткеев, Е.В. Братышев, В.Г. Сизов

*MSF, Бельгия,*

*ЛИУ-16 ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области, г. Новокузнецк*

**ЦЕЛЬ:** Оценка воздействия инфицирования вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) на лечение туберкулеза по программе DOTS в специальных условиях (учреждение исполнения наказаний).

#### Методы.

Ретроспективное когортное исследование, построенное на материале 99 пациентов, которым был поставлен диагноз ВИЧ-положительных в сочетании с инфицированием *Mycobacterium tuberculosis*, и которые проходили лечение по программе DOTS в ЛИУ-16 в период с марта 2000 г. по 2002 год.

ВИЧ-инфекция — самый важный фактор риска развития туберкулеза. ВИЧ ослабляет иммунную систему, что приводит к реактивации латентной туберкулезной инфекции и быстрому прогрессированию в заболевание у лиц, недавно инфицирован-

ных туберкулезом. Имеются также данные о том, что туберкулез способен увеличивать скорость размножения ВИЧ, ускоряя прогрессирование инфекции в заболевание СПИДом [3].

У больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции со сроком инфицирования 1–2 года туберкулез имеет те же клинические формы, что и у больных, не инфицированных ВИЧ. На поздних стадиях отмечается генерализация процесса, полиорганность поражения. Течение туберкулеза у больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции, при соблюдении режима лечения, имеет благоприятный прогноз [2], однако по другим данным показатели летальности у таких пациентов выше (около 20 %), чем у ВИЧ-отрицательных [1].

Распространение ВИЧ особенно опасно в исправительных колониях и СИЗО, вследствие высокой заболеваемости туберкулезом с уровнем изначальной МЛУ до 22,6 % [4]. Сочетание



ВИЧ и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью может иметь катастрофические последствия [3].

Программа ДОТС в ЛИУ-16 началась совместными усилиями Международной гуманитарной организации “Врачи без границ” (Бельгия) и сотрудников учреждения в феврале 1999 года. В мае 2000 года лечение по ДОТС было начато в СИЗО-2.

Первый больной туберкулезом, инфицированный ВИЧ, прибыл в ЛИУ-16 в марте 2000 года из СИЗО-2. В июне 2000 года приказом по ГУ-ИН в ЛИУ-16 организован изолированный участок для содержания и лечения ВИЧ-инфицированных заключенных, больных туберкулезом.

Всего за два года на лечение по программе ДОТС взято 99 ВИЧ-инфицированных заключенных, больных туберкулезом. Из них, 98 — с типичными клиническими формами легочного туберкулеза, один — с внелегочным процессом (экссудативный плеврит). Большинство больных прибыли из СИЗО-2 (50,5 %) и из ИК-12 (29,3 %), остальные прибыли из других колоний Кузбасса.

В 68,7 % случаев инфицирование ВИЧ наступило до заболевания туберкулезом, в 31,3 % — после заболевания, что соответствует опубликованным данным [2]. У 6 человек (6,1 %) срок инфицирования ВИЧ составил от 2 до 2,5 лет, у 40 пациентов (40,4 %) — 1-2 года, у 53-х (53,5 %) — менее 1 года. Путь заражения ВИЧ — инъекционный у всех больных.

Средний возраст пациентов составил 28 лет (min — 18, max — 52, mode — 25).

69 пациентов классифицированы как “новые случаи”, 25 — “новые леченные случаи”, один — “безуспешно пролеченный по 1-й категории”, четверо — “рецидивы”.

42,4 % больных выделяли БК методом бактериоскопии. 16 пациентов были обследованы на чувствительность к антибактериальным препаратам, в 8 случаях выявлена МЛУ. 31 пациент до лечения бактериологически не обследован, так как химиотерапия ему была начата непосредственно еще в СИЗО-2, где отсутствует баклаборатория.

Лечение проводилось по стандартным категориям ВОЗ, исходя из изначальной классификации и данных АБГ. Всем больным выдавались высокоэнергетическое молоко и поливитамины. Переносимость антибактериальных препаратов была удовлетворительной.

Уровень негитивации мокроты (прекращение бактериовыделения) после начальной фазы для

больных 1-й категории лечения через 2 месяца составил 90 %, для больных 2-й категории через 3 месяца — 50 % ( $p > 0,05$ ). Совокупный уровень негитивации (через 3 месяца для больных 1-й категории и через 4 месяца — 2-й) составил, соответственно, 90 % и 68,2 % ( $p > 0,05$ ).

Завершили лечение 55 пациентов: 22 БК-положительных (из них 10 человек лечилось по 1-й категории и 12 — по 2-й), и 33 БК-отрицательных (30 и 3, соответственно).

Уровень излечения (отсутствие микобактерий как минимум в двух финальных сериях мазков мокроты) у изначально БК-положительных пациентов составил 63,7 % ( $p < 0,05$ ), уровень безуспешного лечения — 31,8 % ( $p < 0,05$ ). Летальных случаев не было (таблица).

**Таблица**  
**Результаты лечения больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией**

| Результаты          | Пациенты изначально БК(+) |      | Пациенты изначально БК(-) |      |
|---------------------|---------------------------|------|---------------------------|------|
|                     | абс.                      | %    | абс.                      | %    |
| Излечен             | 14                        | 63,7 | -                         | -    |
| Лечение завершено   | -                         | -    | 29                        | 87,9 |
| Безуспешное лечение | 7                         | 31,8 | 3                         | 9,1  |
| Умер                | -                         | -    | -                         | -    |
| Лечение прервано    | 1                         | 4,5  | 1                         | 3,0  |
| Переведен           | -                         | -    | -                         | -    |
| Всего:              | 22                        | 100  | 33                        | 100  |

## Закключение:

Таким образом, первый опыт лечения туберкулеза у больных на ранних стадиях ВИЧ-инфекции в ЛИУ-16 показал, что применение стандартных схем краткосрочной химиотерапии туберкулеза позволяет добиться результатов, аналогичных показателям лечения больных, не инфицированных ВИЧ [4].

Большой процент пациентов, безуспешно пролеченных в группе изначально БК-положительных, можно объяснить высоким уровнем изначальной МЛУ, а не воздействием ВИЧ.

Большинство исследуемых пациентов (99 %) имели легочные формы туберкулеза, в отличие от литературных данных, указывающих на существенное число ВИЧ-положительных пациентов с внелегочными формами туберкулеза.

## ЛИТЕРАТУРА:

- Харрис А., Махер Д. ТБ/ВИЧ: клиническое руководство. — ВОЗ, 1997. — С. 84.
- Фролова О.П., Приймак А.А., Дукарский Б.Г., Рахманова А.Г. // IV съезд научно-медицинской ассоциации фтизиатров: Тезисы докладов. — Йошкар-Ола, 1999. — С. 159.
- Борьба с туберкулезом в тюрьмах: Справочник для руководителей программ. — М.: Весь мир, 2001. — С. 18-19, 23-24.



## ПРИЧИНЫ "РЕАКТИВАЦИИ" ТУБЕРКУЛЕЗА ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРОГРАММЕ "DOTS" В ЛИУ-33 Г. МАРИИНСКА

С.Д. Журкович, И.И. Малахов, Н.Н. Старченкова

*ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области*

Областная мужская больница при ЛИУ-33 г. Мариинска для содержания и лечения осужденных, больных туберкулезом, существует с февраля 1962 г. За годы работы больницы накоплен большой практический опыт работы в лечении осужденных, больных туберкулезом. Однако в 90-х годах возникли определенные трудности, связанные с недостаточным финансированием медицинской службы, резким ростом заболеваемости туберкулезом среди осужденных, ростом показателя смертности. Поэтому в 1996 г. началась активная совместная работа с неправительственной благотворительной организацией "Врачи без границ — Бельгия" (MSF) по внедрению программы по выявлению больных туберкулезом и их лечению краткосрочными курсами химиотерапии под прямым наблюдением (DOTS). По истечении 6 лет работы по программе DOTS накоплен большой практический опыт.

Причины рецидивов туберкулеза в отечественной медицинской литературе анализировались неоднократно. Рецидив — это повторное заболевание, выявленное после достигнутого стойкого клинического излечения. За рубежом отсутствуют различия в сути терминов "рецидив" и "обострение", они объединены единым понятием "реактивация", "рецидив по DOTS". Оценка качества проведения химиотерапии по программе DOTS осуществляется, в основном, методом исследования мазка мокроты на микобактерии туберкулеза, без учета микробиологических и рентгенологических критериев, фактора времени. Поэтому к оценке стойкости клинического излечения в данной ситуации следует подходить критически. В имеющейся литературе информации о рецидивах по DOTS нет. За 2 года работы с больными, ставшими бактериовыделителями после терапии по DOTS (реактивация туберкулезного процесса), накоплен большой практический материал.

Существует несколько моментов, которые на наш взгляд могут вскрыть основные причины "рецидива по DOTS". Нами проанализировано 312 историй болезни больных, прошедших через стационар ЛИУ-33 за период 2000-2002 г.г. Оценивая сроки выявления реактивации туберкулезного процесса, обращает на себя внимание тот

факт, что бактериовыделение у больных появляется чаще всего через небольшой период времени после окончания основного курса лечения. В нашем исследовании "рецидив по DOTS" выявлен через 1-3 мес. после окончания лечения по программе DOTS в 18,6 % случаев (58 человек), через 1-6 мес. — в 40,1 % случаев (126 человек), до года — 67,7 % (210 человек).

Из 103 историй болезни больных, у которых реактивация туберкулезного процесса была выявлена в сроки от 1 до 6 мес. после окончания курса химиотерапии, в 72,0 % случаев (75 человек) отмечалась положительная рентгенологическая динамика, в 22,2 % (23 человека) — стабилизация рентгенологической картины, в 4,8 % (5 человек) — отрицательная рентгенологическая динамика. В начале лечения полости распада определялись у 72 человек (69,9 %), после окончания курса лечения закрытие полостей распада произошло у 52 человек (72,2 %).

Бактериовыделителями являлись 76 человек, выделение МБТ прекратилось после начальной фазы у 36 больных (47,4 %), после продленной начальной фазы — у 54-х (71,0 %), на префинале — у 76 человек (100 %). Таким образом, во всех рассмотренных случаях отмечалась тенденция к благополучному исходу заболевания.

В 47 из 103 случаев посев на МБТ дал положительный результат, чувствительность МБТ к АБП определялась в 39 случаях. Чувствительность к препаратам -го ряда была сохранена у 28,2 % больных. Устойчивость к одному препарату выявлена в 23,0 % случаев, к двум препаратам — в 5,1 %, к трем и более препаратам — в 43,5 %. Таким образом, у 56,3 % больных чувствительность была сохранена полностью или частично, а у 43,7 % пациентов была выявлена полирезистентность. Однако лечение проводилось без учета чувствительности МБТ к АБП.

Таким образом, все больные получали противотуберкулезные препараты внутрь по стандартной схеме, рекомендуемой ВОЗ, без учета индивидуальных особенностей и без применения патогенетических средств, способствующих повышению неспецифической резистентности, снижению побочных действий антибактериальных препаратов и ряду других положительных воз-

действий. По данным ряда авторов (А.Г. Хоменко, 1998; А.К. Стрелис, 1997; Е.С. Овсянкина, 2000 и др.) короткие курсы химиотерапии и отказ от применения патогенетических методов лечения туберкулеза являются важными причинами “рецидива по DOTS”.

Другой не менее важной причиной реактивации туберкулеза является лекарственная устойчивость. По данным проведенного исследования у больных, впервые взятых на лечение по программе DOTS, чувствительность была сохранена в 41,0 % случаев, полирезистентный туберкулез был выявлен у 46,5 % больных, монорезистентный — у 12,5 %.

У больных с рецидивом по “DOTS” множественная лекарственная устойчивость выявлена в 94,6 % случаев, чувствительность сохранена полностью у 3,6 % больных, монорезистентный туберкулез — у 1,8 %.

На основании полученных результатов мы пришли к заключению, что основная группа рецидивов формируется из числа больных с начальной лекарственной устойчивостью.

Немаловажное значение в возникновении “рецидивов по DOTS” имеет распространенность туберкулезного процесса, сопровождающегося деструкциями. Распространенные деструктивные формы туберкулеза с трудом поддаются лечению, с формированием больших остаточных морфологических изменений, которые являются основным местом персистирования возбудителя и в дальнейшем могут стать источником реактивации туберкулеза.

К прочим причинам “реактивации” туберкулезного процесса относится отягощенный сома-

тический анамнез. В проведенном исследовании более 70 % больных имели сопутствующие заболевания — патологию органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, психические и неврологические нарушения. Важным моментом, влияющим на течение заболевания, является скученность спец. контингента и недостаток площадей, составляющий 28 %, недостаточное, несбалансированное питание осужденных. У больных с “рецидивом по DOTS” в 40 % случаев была выявлена дистрофия. Психоэмоциональный фон и недостаток одежды в зимний период также приводят к снижению реактивности организма.

#### Выводы:

1. Стандартная краткосрочная химиотерапия без применения патогенетического лечения и учета начальной лекарственной устойчивости приводит к “рецидивам по DOTS” в ранние сроки после окончания основного курса терапии.
2. Оценка эффективности лечения (“излечение по DOTS”) по прекращению бактериовыделения без учета рентгенологических данных (сохранение полости распада, формирование больших остаточных морфологических изменений в виде массивного цирроза) также способствуют развитию “рецидивов по DOTS”.
3. Сопутствующая соматическая патология, неудовлетворительные условия содержания осужденных, недостаточное питание повышают риск реактивации туберкулезного процесса.



## КОНТИНГЕНТ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Г.И. Шацкая, Г.Д. Белова, И.В. Печерина

*Кемеровская государственная медицинская академия, кафедра фтизиатрии,  
Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
г. Кемерово*

**Б**ольные хроническими формами туберкулеза относятся к категории самых опасных в эпидемиологическом аспекте, так как поддерживают постоянный “резервуар” туберкулезной инфекции в окружающей среде. В силу этого проблемы лечения больных хроническими формами туберкулеза на современном этапе приобрели особую значимость и актуальность.

Изучен контингент и эффективность терапии взрослых, больных легочным туберкулезом, на-

ходившихся на лечении в стационаре для хроников (№ 1 областного тубдиспансера). В изучаемую группу вошли 174 пациента, выписанных из отделения за период 7 месяцев 2002 года. Легочные процессы у этих больных представляли собой случаи обострения, рецидива и относились ко 2-й категории по ВОЗ (72 больных), а также больные с хроническими специфическими процессами в легких — 4-я категория (102 больных).

По клиническим формам в изучаемой группе преобладали больные с фиброзно-кавернозным (51,1 %) и инфильтративным туберкулезом (20,0 %). Цирротический туберкулез выявлен у 6 % больных, туберкулома — также у 6 %, диссеминированный — у 2,2 %, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов с хроническим течением — у 1,1 % больных. Деструктивный процесс обнаруживался в 71,8 % случаев (125 человек), бактериовыделение — в 66,6 % (у 116 человек).

В 2001 году фиброзно-кавернозный туберкулез, деструктивный процесс и бацилловыделение наблюдались в 66,5 % (74 чел.), 82,3 % (215 чел.) и 75 % (196 чел.) случаев, соответственно.

Определенные особенности имела социальная характеристика больных — более половины из них (64,3 %) являлись инвалидами второй группы, 5,7 % были пенсионерами, 9,7 % больных не работали по разным причинам и только 12,6 % работали (все они занимались неквалифицированным физическим трудом). Почти половина больных (45,4 %) ранее пребывали в местах лишения свободы, причем у 2/3 из них туберкулез диагностировался еще в заключении.

По возрасто-половому и социальному составу группы изучаемых больных в 2002 году и в 2001 году не имели существенных различий и по характеру специфического процесса в легких были также идентичны.

На течение хронического туберкулеза и на результаты лечения, несомненно, оказывали влияние развившиеся осложнения, которые наблюдались у больных изучаемой группы в 44,2 % случаев. Наиболее частыми отягощающими осложнениями были легочно-сердечная недостаточность (28,7 %) и казеозная пневмония (8,1 %). У 6,5 % больных наблюдалось кровохаркание, у 2,3 % — плеврит. В 2001 году осложнения наблюдались в 55,1 % случаев.

На результаты лечения туберкулеза влияет и имеющаяся у больных сопутствующая патология. Различными хроническими неспецифическими заболеваниями страдали почти половина больных изучаемой группы (48,8 %). В том числе, ХНЗЛ наблюдались у 14 % больных, заболевания ЖКТ — у 6,3 %, 5,6 % пациентов имели сахарный диабет, 6,3 % — заболевания сердечно-сосудистой системы. В 2001 году процент сопутствующей патологии составил 55,1 %.

В 2002 году интенсивный этап лечения пациентов 2-й и 4-й категории предусматривал одновременный прием пяти АБП (HRZES) в течение двух месяцев и четырех АБП (HRZE) в течение одного месяца.

Продолжительность интенсивного этапа, в среднем, составила 69,3 койко-дней. В 2001 году

этот показатель равнялся 76,5 койко-дням. Преждевременная выписка четверти больных (24,5 % в 2002 г. и 30,3 % в 2001 г.) чаще всего объяснялась нарушением больничного режима.

В 2002 году у 85,4 % больных изучаемой группы обнаруживалась устойчивость МБТ к одному и более АБП. Устойчивость к 1-2 АБП определена у 13 больных (24,5 %), к 3-4 АБП — у 33 больных (62,2 %), к 4 АБП — у 7 больных (13,2 %). У 9 больных (14,5 %) чувствительность ко всем четырем АБП основного ряда была сохранена.

Такие причины как необратимость морфологических изменений, отягощенный социальный статус, нережимность и асоциальность поведения, высокая частота лекарственной устойчивости, высокий процент сопутствующих заболеваний и развившихся осложнений предопределяют низкую эффективность лечения больных с рецидивами и хроническими формами туберкулеза.

Изучение результатов лечения 174 пациентов с рецидивами и хроническими формами туберкулеза легких, выписанных за 7 месяцев 2002 г., показала, что прекращение бактериовыделения достигнуто в 43,3 % случаев, а закрытие полости распада — в 21,5 % случаев. В 2001 году эти показатели были значительно ниже — 25,6 % и 10 %, соответственно.

Улучшение показателей эффективности лечения в 2002 году мы связываем с проведением адекватной химиотерапии. По стандартной схеме (2HRZES/1HREZ) с приемом препаратов пролечены 116 больных (66,8 %), почти все больные (169 чел. или 97,1 %) получали препараты основного ряда per os. Препараты резерва в комбинации с основным рядом, по решению КЭК, получали лишь 5 пациентов (2,8 %). Препараты назначались в оптимальных дозировках, преимущественно однократно и под непосредственным наблюдением. Остальным больным (30,3 %) применялись те же комбинации основных АБП. У 11,9 % больных два препарата (изониазид и рифампицин) назначались парентерально, в связи с распространенностью процесса и тяжестью состояния. В 6,4 % случаев препараты назначались дробно в 2 приема, в связи с непереносимостью (сопутствующая патология). У 12 % пациентов с конгломерантной туберкуломой стрептомицин не назначался (не показан) и, следовательно, комбинация АБП была неполной.

У больных с рецидивами и хроническими формами туберкулеза легких вероятность излечения оперативным путем низка. Так, из наших 174 пациентов были прооперированы только 14 больных с деструктивным туберкулезом (11,2 %). Проконсультированы фтизиохирургом 46 больных. Переведены в хирургическое отделение на оперативное лечение 14 человек. От показанной операции от-

казались 9 пациентов. Оперативное лечение не было показано 23 больным, в связи с распространенностью процесса, возрастом пациента или тяжелой сопутствующей патологией.

Таким образом, проводимая адекватная химиотерапия улучшает показатели эффективности лечения даже у больных с хроническими формами туберкулеза и рецидивами.



## 15-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Е.Б. Сотников

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

**С**овременный уровень торакальной хирургии выдвигает перед анестезиологической службой целый ряд проблем. Наиболее сложными являются раздражение обширных рефлексогенных зон в области оперативного вмешательства, травма жизненно важных органов, значительная операционная кровопотеря, снижение сердечного выброса, нарушение бронхиальной проходимости, обострение воспалительных заболеваний легких с развитием дыхательной недостаточности в послеоперационном периоде.

Эпидуральная анестезия как компонент общей анестезии предупреждает многие патологические реакции, она надежно и продолжительно блокирует ноцицептивную импульсацию из операционной зоны, оказывает минимальное угнетающее действие на функциональные системы организма и метаболизм.

Эти свойства эпидуральной анестезии позволяют провести адекватную анестезию у больных с туберкулезной и гнойной интоксикацией, с дыхательной и сердечной недостаточностью, больным пожилого возраста [5].

Длительная эпидуральная анальгезия в послеоперационном периоде обеспечивает раннюю активизацию больного, проведение дыхательной гимнастики и ЛФК, что предупреждает обострение хронических воспалительных бронхолегочных заболеваний, застойную пневмонию, тромбоэмболические осложнения, способствует раннему переводу больных из реанимационного отделения [3].

С 1987 по 2002 г.г. эпидуральная анестезия и длительная эпидуральная анальгезия проведена у 2125 пациентов в возрасте 16-65 лет при операциях на грудной клетке, легких, средостении. Операции проводились преимущественно резекционные на легких (92 %), из них 88 % были выполнены по поводу туберкулеза и 12 % — нетуберкулезных заболеваний легких.

Доля эпидуральной анестезии в составе общего комбинированного обезболивания в 1987 г. составляла 5 % от общего числа анестезий, к 2001 г. она увеличилась и составила 82 %. В пер-

вые годы применения показанием для проведения эпидуральной анестезии являлась длительная и травматичная операция. По мере накопления опыта и определения преимуществ метода, расширились показания, которыми в настоящее время является отсутствие противопоказаний.

Противопоказаниями для проведения эпидуральной анестезии являются:

- неустойчивая гемодинамика, коллапс;
- острая невозмещенная гиповолемия;
- очаги гнойного воспаления в области пункции.

Для премедикации накануне вечером больные принимали седативные (феназепам) и десенсибилизирующие (димедрол) препараты, утром в день операции — седация (феназепам) и за 30 минут до операции — 1 мл 0,1 % раствора атропина и 2 мл 1 % раствора димедрола внутримышечно.

Эпидуральная анестезия проводилась после проведения “венозного подпора” — внутривенная инфузия 400 мл физиологического раствора, соматически сохранным больным сидя, а истощенным больным с нестабильной гемодинамикой — лежа.

Пункцию проводили иглой Туохи, на уровне 7-го шейного — 3-го грудного позвонков. Тестами нахождения в эпидуральном пространстве являлись утрата сопротивления в шприце, аспирация капли, отсутствие вытекания ликвора [2], свободное прохождение эпидурального катетера. Катетер проводили на 3-4 см краниально. После катетеризации эпидурального пространства вводили тест-дозу анестетика 2-3 мл, укладывали больного и через 5 минут, при отсутствии признаков тотального спинального блока, вводили основную дозу анестезирующего раствора. В растворе использовали смесь: лидокаин 2 % — 15-20 мл, морфин 1 % — 0,4-0,5 мл, с добавлением адреналина 0,1 % — 0,1 мл.

Доза морфина 4-5 мг хорошо потенцирует анестезию лидокаином и значительно снижает вероятность постнаркотической депрессии дыхания. Наряду с морфином для эпидуральной анестезии успешно применяли фентанил и дипидолор.



Об эффективности эпидуральной анестезии судили по субъективным ощущениям больного, таких как парестезии, отсутствие болевой чувствительности при покалывании дерматомов, слабость в руках.

После развития у пациента аналгезии, через 20-30 минут проводили вводный наркоз (тиопентал натрия, калипсол), миорелаксацию, интубацию, ИВЛ, добавляли компоненты атаралгезии, нейролептаналгезии, закись азота.

Артериальное давление снижалось обычно на 20-30 мм рт. ст. При дальнейшем снижении АД проводили коррекцию объема (кристаллоиды, полиглюкин), вводили вазопрессоры (эфедрин, мезатон), при недостаточном снижении АД увеличивали дозу дроперидола, применяли ганглиоблокаторы (пентамин) [4].

После вскрытия грудной полости проводилась анестезия корня легкого и средостения по ходу блуждающего и диафрагмального нервов 0,5 % р-ром новокаина.

Для проведения объективного контроля измеряли АД, частоту сердечных сокращений, сатурацию O<sub>2</sub>, оценивали сфигмограмму, цвет и температуру кожи. Нормальное течение эпидуральной анестезии сопровождалось, как правило, снижением АД, ЧСС, стабильной гемодинамикой, удовлетворительными показателями сатурации O<sub>2</sub>, сфигмограммы, розовой и теплой кожей рук.

При проведении эпидуральной анестезии:

- отмечается снижение потребности в релаксантах (2-4 мг ардуана достаточно для операции длительностью 1,5-2,5 часа), в некоторых случаях при хорошей эпидуральной анестезии релаксанты даже не вводили;
- значительно снижается (на 40-60 %) потребность в препаратах нейролептаналгезии, атаралгезии; для поддержания анестезии, через 2-2,5 часа операции, вводили 1/2-1/3 часть дозы лидокаина;
- управляемая артериальная гипотония, сопутствующая эпидуральной анестезии, уменьшает операционную кровопотерю, улучшает условия работы хирурга, уменьшает потребность в переливании препаратов крови;
- повышается толерантность больных с сердечной недостаточностью к волемической нагрузке, и при массивных трансфузиях не отмечено случаев отека легких у таких пациентов;
- для профилактики коллапса в наркозе необходимо в опережающем темпе возмещать операционную кровопотерю (при отсутствии выраженной сердечной недостаточности);

- у больных с сопутствующим сахарным диабетом гликемия во время операции остается стабильной, на более низких цифрах.

В послеоперационном периоде хорошая нейровегетативная защита проявлялась отсутствием озноба, мышечной дрожи, ранним пробуждением. Аналгезия сохранялась, как правило, от 8 до 24 часов.

Эпидуральная анестезия сопровождалась осложнениями в 23 случаях (1,14 %). Самым частым осложнением явилось продленное апноэ (8 случаев или 0,39 %), больные на управляемом дыхании переводились в реанимационное отделение. Коллапс в наркозе развился в 5 случаях (0,25 %), в 3-х случаях он сопровождался неэффективным кровообращением. Проккол твердой мозговой оболочки получен в 5 случаях (0,25 %). Развитие спинальной анестезии отмечено в двух случаях (0,1 %), катетеризация эпидуральной вены — в трех (0,15 %). После проведения интенсивной терапии, осложнения были ликвидированы, летальных исходов не было. Осложнения эпидуральной анестезии чаще отмечались в первые годы освоения методики.

В послеоперационном периоде длительную эпидуральную аналгезию обеспечивали введением в эпидуральный катетер 3-5 мг морфина 1-2 раза в сутки. Больным с выраженным болевым синдромом, при отсутствии артериальной гипотонии, дополнительно вводили 1 % лидокаин 8-12 мл.

Длительная эпидуральная аналгезия позволяла активизировать больных в более ранние сроки и к вечеру операционного дня, при отсутствии осложнений, больных активизировали, проводили ультразвуковые ингаляции, сеансы лечебной физкультуры, что улучшало откашливание мокроты и снижало риск бронхолегочных осложнений.

Таким образом, применение длительной эпидуральной аналгезии у больных с одномоментной двухсторонней операцией на легких, с торакопластикой, при транстернальном доступе, улучшает течение послеоперационного периода, уменьшает количество осложнений, обеспечивает более ранний перевод больных из реанимации в хирургическое отделение.

Среди осложнений длительной эпидуральной аналгезии отмечены:

- задержка мочи у 35 % больных, что потребовало катетеризации мочевого пузыря;
- тошнота и рвота у 7 % больных, купировалась уменьшением дозы морфина, вводимого в эпидуральный катетер, и назначением атропина;
- зуд кожи — наблюдался у 3 % больных.



## Выводы:

1. Эпидуральная анестезия в составе комбинированной общей анестезии обеспечивает хорошую нейровегетативную защиту и является наиболее щадящим методом обезболивания у торакальных больных, особенно с наличием сопутствующей патологии.
2. Эпидуральная анестезия уменьшает расход анестетиков в период наркоза, что снижает вероятность ятрогенных осложнений.
3. Длительная эпидуральная аналгезия обеспечивает адекватную защиту в послеоперационном периоде, что позволяет проводить ран-

нюю активизацию больных и уменьшает вероятность развития послеоперационных осложнений.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Жданов И.Г., Степаненко Е.М., Поляков В.М. // Анест. и реан. — 1988. — № 1. — С. 47-49.
2. Лунд П.К. Перидуральная анестезия. — М., 1975. — 108 с.
3. Матвеев А.Т. // Анест. и реан. — 1990. — № 2. — С. 71-73.
4. Неймарк М.И., Меркулов И.В., Акатов А.В. и др. // Анест. и реан. — 1998. — № 5. — С. 44-47.
5. Рогозин И.В. с соавт. // Анест. и реан. — 1997. — № 5. — С. 55-59.

❖ ❖ ❖



## Раздел 5

# ОРГАНИЗАЦИЯ КОНТРОЛЯ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ



## ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ СОТРУДНИЧЕСТВА МЕЖДУ MSF И ГУИН ПО КОНТРОЛЮ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Славущий, А.С. Криковцов, Н.Н. Старченкова, Д. Лафонтен

*Врачи без границ — Бельгия (MSF-Belgium),*

*ГУИН МЮ РФ по Кемеровской области*

С 1996 года ГУИН и MSF развивают совместную деятельность по контролю над ТБ в пенитенциарной системе Кемеровской области. Начавшись в лечебно-исправительном учреждении для лечения осужденных, больных ТБ (ЛИУ-33) г. Мариинска, в течение нескольких лет сотрудничество распространилось на всю пенитенциарную систему: 25 колоний и 3 СИЗО Кемеровской области, содержащих, в среднем, 30000 заключенных.

### Организация лечения:

Были открыты шесть центров для лечения больных ТБ — три для осужденных (ИК-33 на севере, вместе с ИК-35 для женщин, и ИК-16 на юге области), а также три для подследственных (один в каждом из трех СИЗО области). Лечение проводится строго под непосредственным наблюдением препаратами первого ряда, следуя рекомендациям ВОЗ (по Кат. 2 без применения S), с последующей коррекцией в зависимости от результатов АБГ: больные с полной чувствительностью и резистентные к S и/или E — по Кат. 1, и больные с резистентностью к H ± S — по схеме 6REZ ± 3RE.

### Организация выявления:

Выявление осуществляется, в основном, посредством массовой флюорографии, проводимой два раза в год в каждой колонии. С целью своевременной изоляции и перевода в лечебные центры в первую очередь высокозаразных больных, положительных по мазку мокроты, во всей пенитенциарной системе области была организована сеть лабораторий. Лабораторная сеть организована по кластерному типу — лаборатории для микроскопии мазка мокроты открыты в 9 колониях, каждая лаборатория ответственна за микроскопию мазков мокроты собственно своей колонии, а также одной-двух близлежащих, в которых открыты комнаты по забору мокроты. Всем заключенным с подозрением на ТБ после флюорографии проводится исследование мазка мокроты. Лабораторная сеть также используется для выявления по обращаемости, что позволяет сократить период с

момента заболевания до начала эффективного лечения.

Внедрение алгоритмов по выявлению больных ТБ активным методом и по обращаемости позволило вооружить врачей практической инструкцией по правильному ведению больных с подозрением на ТБ. Создание структуры лабораторной службы завершилось открытием лаборатории 3-го уровня в г. Мариинске в 2000 г. Стало возможным систематически выполнять культуральные исследования образцов мокроты каждого больного ТБ, начинающего программу лечения, а также АБГ при положительном результате посева.

### Результаты:

Начиная с 1996 г., более 8000 заключенных больных ТБ поступили на лечение. Уровень излечиваемости варьирует около 70 %. Резко уменьшилась смертность, а заболеваемость к 2001 г. сократилась более чем в два раза. Значительно уменьшились задержки между выявлением и началом лечения. Однако результаты исследования лекарственной чувствительности выявили высокий уровень лекарственной устойчивости к анти-ТБ препаратам 1-го ряда.

### Ограничения Программы:

1. Высокий уровень первичной и приобретенной множественной лекарственной устойчивости ТБ (МЛУ ТБ) (26,5 % среди всех больных, начинающих лечение) не позволяет достигнуть уровня излечиваемости, необходимого для прерывания цепи передачи ТБ (таблица).
2. Частые переводы больных между СИЗО и изолятором временного содержания (ИВС МВД) не позволяют удерживать их на непрерывном лечении.
3. Отсутствие надежной связи между пенитенциарным и гражданским здравоохранением по преемственному ведению больных, а также практически не функционирующая система социальной реабилитации бывших заключенных не обеспечивают непрерывности в лечении освобождающихся больных.

Таблица

**Модели чувствительности к антибактериальным препаратам (АБП) у больных, впервые начавших лечение по программе с января 2000 г. по июль 2001 г.**

| Модели лекарственной чувствительности | Новые случаи* | Новые леченые** | Итого |
|---------------------------------------|---------------|-----------------|-------|
| Кол-во случаев (n)                    | 518           | 150             | 668   |
| Полная чувствительность (%)           | 44,0          | 20,7            | 38,8  |
| Любая резистентность (%)              | 56,0          | 79,3            | 61,2  |
| Монорезистентность                    |               |                 |       |
| - H*** (%)                            | 6,2           | 4,0             | 5,7   |
| - E (%)                               | 0,4           | 0,7             | 0,4   |
| - R (%)                               | 0,2           | 0               | 0,1   |
| - S (%)                               | 5,2           | 5,3             | 5,2   |
| Полирезистентность                    |               |                 |       |
| - HS (%)                              | 15,4          | 18,7            | 16,2  |
| - HE (%)                              | 0,2           | 0               | 0,1   |
| - ER (%)                              | 0             | 0               | 0     |
| - ES (%)                              | 0             | 0               | 0     |
| - RS (%)                              | 0             | 0               | 0     |
| - HES (%)                             | 6,9           | 6,0             | 6,7   |
| - RES (%)                             | 0             | 0,7             | 0,1   |
| МЛУ ТБ                                |               |                 |       |
| - HR+/-S (%)                          | 7,3           | 14,0            | 8,8   |
| - HRE+/-S (%)                         | 14,1          | 30,0            | 17,7  |

\* - больной никогда ранее не принимавший анти-ТБ препараты, либо принимавший менее 1-го месяца;

\*\* - больной, ранее не леченый по стратегии ВОЗ, но принимавший анти-ТБ препараты более 1-го месяца;

\*\*\* - H - Изониазид, E - Этамбутол, R - Рифампицин, S - Стрептомицин

4. Быстрый рост ВИЧ-инфицированных, выявленных на входе в СИЗО (в основном среди наркоманов), с последующим увеличением количества комбинированной ТБ/ВИЧ инфекции среди заключенных.

## Выводы:

1. Полностью адекватное лечение препаратами 1-го ряда получают, в среднем, 65 % больных (таблица). Остальные больные нуждаются в адаптированном лечении с применением препаратов 2-го ряда, согласно утвержденным схем лечения.
2. Учитывая высокий уровень множественной лекарственной устойчивости у больных, начинающих лечение по программе, эффект амплификации устойчивости (6,7 % больных имеют моночувствительность к R на момент начала лечения) и вероятность повторного инфицирования, необходимо рассматривать возможность внедрения методов быстрой диагностики (H- и R-устойчивых штаммов) с последующей изоляцией и ранним началом адекватной химиотерапии.
3. Принимая во внимание длительность и специфику лечения больных лекарственно-устойчивыми формами ТБ, а также сложность удержания их на лечении после освобождения, необходима высокая степень межведомственной координации с вовлечением социальных служб.

## Рекомендации:

Разработанная программа по контролю над ТБ в пенитенциарной системе Кемеровской области может служить моделью для демонстрации и внедрения в других территориальных образованиях РФ с большим количеством исправительных учреждений и значительной численностью заключенных на душу населения.

\* \* \*

## ВНЕДРЕНИЕ СТРАТЕГИИ ВОЗ ПО КОНТРОЛЮ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ДЕМОНСТРАЦИОННОМ УЧАСТКЕ Г. КЕМЕРОВО ДЛЯ СОЗДАНИЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ МОДЕЛИ ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЕЕ В ОБЛАСТИ

**Г.И. Бабичук, И.В. Печерина, И. Элькрим, Е.В. Горбунова,  
В. Хаас, Н.Д. Мухомодиева, Л. Лобера**

*Врачи без границ – Бельгия (MSF-B),*

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

**П**роект для практической демонстрации стратегии по контролю над туберкулезом, рекомендованной ВОЗ, внедряется на Демонстрационном Участке (ДУ) в г. Кемерово в Кировском (городском) и Рудничном (сельском) районах с населением около 132000 человек. Прикладное внедрение

стратегии по контролю над туберкулезом (ТБ) включает проведение мероприятий на трех уровнях здравоохранения: общая лечебная сеть (ОЛС), поликлиническое отделение ОКПТД, стационарные отделения ОКПТД.

Проект основывается на пятилетнем опыте сотрудничества MSF и ГУИН МЮ РФ по Ке-



меровской области в пенитенциарной системе. Несмотря на бесспорные достижения (заболеваемость ТБ в УИС области в 2001 г. снизилась более чем в 2 раза), ситуацию по туберкулезу в целом по области нельзя назвать контролируемой — заболеваемость и смертность от ТБ в гражданском секторе области постоянно растут.

Основная цель ДУ — демонстрация шагов, которые необходимо предпринять для успешного внедрения стратегии ВОЗ со всеми ее компонентами, что позволит снизить заболеваемость и смертность от ТБ и распространение инфекции. Основной акцент проекта поставлен на отработку эффективной системы выявления по обращаемости, в первую очередь, заразных случаев ТБ (положительных по мазку мокроты), и обеспечение полного курса адекватного непрерывного стандартного лечения под непосредственным наблюдением, по крайней мере, 90 % выявленных больных ТБ. Повышение уровня знаний медицинского персонала противотуберкулезных служб и ОЛС по диагностике, лечению и ведению больных ТБ проводится в Центре усовершенствования контроля над ТБ, созданном в ОКПТД при сотрудничестве Института им. Горгаса и MSF.

Основополагающими принципами проекта являются:

1. Децентрализация системы выявления случаев ТБ посредством вовлечения учреждений ОЛС, обеспечив свободный доступ больных с симптоматикой ТБ к качественному забору мокроты с момента первой консультации.
2. Совершенствование лабораторной службы — ремонт помещений, реорганизация лабораторий на 3-х уровнях, стандартизация техники микроскопии мазка, внедрение системы инспектирования с контролем качества.
3. Для снижения вероятности повторного заражения и повышения эффективности лечебных режимов в поликлинических и стационарных отделениях проводятся раннее адекватное лечение, профилактические мероприятия, в том числе своевременная изоляция, и санитарно-просветительная работа.
4. Лечение на амбулаторном этапе организуется в ДОТ-кабинетах районных поликлиник с тем, чтобы приблизить лечение к месту жительства больных.
5. Удержание пациентов на лечении достигается через взаимодействие с социальными

службами района для обеспечения социальной поддержки больных, а также, с помощью ОЛС, ведется работа по отслеживанию оторвавшихся больных.

6. Улучшается взаимодействие между пенитенциарной системой и гражданским здравоохранением по преемственности ведения больных ТБ, освобождающихся из мест заключения во время лечения.
7. ДУ служит местом практического обучения медицинского персонала из других районов.

На сегодняшний день деятельность на ДУ принесла следующие результаты:

- усиленное выявление положительных по мазку мокроты случаев после проведения интенсивных обучающих курсов 38 врачей Кировского района и открытия централизованной комнаты для забора мокроты в поликлинике ОЛС Кировского района;
- качественная диагностика посредством прямой микроскопии мазка, после того как 12 врачей-лаборантов и лаборантов были обучены, проведен ремонт и модернизация помещений и оборудования лабораторий, проведена стандартизация техники микроскопии мазка в лабораториях I-III уровней, внедрена система инспектирования и контроля качества в лаборатории I-го уровня Кировского района;
- адекватное лечение приближено к месту жительства больных, посредством открытия в поликлинике Кировского района ДОТ-кабинета, где под непосредственным наблюдением проводится лечение 50 % больных района, находящихся на амбулаторном этапе лечения;
- удержание больных на лечении — представление алгоритма по отслеживанию медсестрами ОЛС и противотуберкулезных служб оторвавшихся больных, а также оценка возможности поощрений и их введение. В настоящее время Программа поощрения (распределение продуктовых наборов) внедряется в Комплексный центр социального обслуживания населения Кировского района г. Кемерово.

Основываясь на опыте, приобретенном на ДУ, областные противотуберкулезные учреждения получают практические знания по стратегии ВОЗ по контролю над ТБ, что поможет при доработке Региональной программы контроля над ТБ и последовательном распространении этой модели на всю область.



## АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КУЗБАССЕ

О.М. Зайкова

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

Среди инфекционных болезней туберкулез стал основной причиной смертности взрослых людей. Лекарственно-устойчивый (ЛУ ТБ) и ВИЧ-ассоциированный туберкулез — это серьезная угроза всему человечеству. В РФ эпидемическая ситуация по туберкулезу ухудшалась с начала 90-х годов, что связано с рядом объективных и субъективных причин.

В связи со складывающейся ситуацией, правительством РФ в 1998 г. была утверждена Федеральная целевая программа “Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998-2004 г.г.”.

В 2000 г. Минздравом России утверждена “Концепция национальной программы противотуберкулезной помощи населению России”.

В июне 2001 года принят Федеральный закон № 77 “О предупреждении распространения туберкулеза в РФ”.

Создание нормативной базы существенно изменило ситуацию финансирования противотуберкулезной службы и, конкретно, в снабжении лекарственными препаратами ОКПТД. Но одна Федеральная программа не может решить всех проблем. Необходимо увеличивать финансирование из средств местных бюджетов. Так, например, централизованно департаментом для ОКПТД было закуплено противотуберкулезных препаратов: в 1999 году — на 50979-30; в 2001 году, в счет программы “Здоровье Кузбассовцев в 2001 году” — 31232-24.

В счет текущего финансирования статьи 10 было закуплено противотуберкулезных препаратов: в 1999 г. — 1016-96 руб.; в 2000 г. — 133389-30 руб.; в 2001 г. — 307037-87 руб.; за 5 мес. 2002 г. — 134233-49 руб.

С 2002 г. ОКПТД принимает участие в программе “Демонстрационный пилотный проект”. За 5 мес. ОКПТД получил от “Благотворительного фонда по поставке лекарственных средств первой необходимости гуманитарным организациям” противотуберкулезных препаратов на сумму 274101-80 руб.

За эти годы изменились и технологии химиотерапии туберкулезной инфекции. Широко стали использоваться комбинированные препараты, такие как майрин, майрин П, римстар и др.

Появление таких препаратов должно улучшить ситуацию по лекарственному обеспечению больных туберкулезом, особенно на амбулаторном этапе. Проблемы возникают только из-за отчетности, так как эти препараты являются доро-

гостоящими. Хотелось бы увидеть отечественные аналоги этих импортных дорогостоящих препаратов.

В различных территориях и районах области ситуация по лекарственному обеспечению складывается по-разному. Местные бюджеты не включаются должным образом в финансирование противотуберкулезных учреждений. Не все учреждения имеют лицензии на право фармацевтической деятельности.

Для улучшения снабжения медикаментами, изделиями медицинского назначения, диагностикумами и реактивами, в октябре 2001 г. на базе ОКПТД был открыт распределительный аптечный пункт, что привело к упорядочению процессов закупки и распределения медикаментов между структурными подразделениями. Но перед работниками РАП порой встают вопросы, связанные с проблемами снабжения других территорий и районов Кемеровской области. А единого структурного подразделения, который бы отслеживал снабжение в области, нет.

Мы глубоко убеждены, что в Кемеровской области должен быть создан централизованный склад противотуберкулезной службы. Только после объединения в единое целое всех потоков финансирования появится возможность упорядочить снабжение противотуберкулезными препаратами всех территорий и районов.

В настоящее время не все территории имеют аптеки и закупкой медикаментов занимаются старшие сестры или врачи, то есть люди, не имеющие специальной подготовки.

Отсюда, не всегда закупаемые лекарства имеют необходимые сертификаты, что не исключает использование лекарственных средств сомнительного качества и даже фальсифицированных. Часто больные приобретают лекарственные средства самостоятельно. Это создает дополнительные проблемы, поскольку иногда неясен источник их приобретения и, следовательно, нет гарантии качества.

Эти проблемы, а также немаловажную проблему цены закупаемых лекарственных средств, поможет решить создание централизованного склада противотуберкулезной службы, где все эти вопросы будут решать квалифицированные специалисты — провизоры. Каждый должен заниматься своим делом. Врачи — лечить больных, провизоры — помогать им, обеспечивая лечебный процесс необходимыми лекарствами. Тесное сотрудничество врачей и провизоров позволит

оптимизировать лекарственное снабжение, рациональное расходование финансовых средств (путем централизованных закупок противотуберкулезных препаратов у заводов-изготовителей, минуя все посреднические организации), а также — обеспечить фармацевтический контроль.

Специалисты склада будут обладать информацией о состоянии лекарственного обеспечения всей области, что приведет к равномерности снабжения территорий, в зависимости от потребности и, следовательно, к гарантированному

процессу долечивания больных на амбулаторном этапе.

В настоящее время больные, пройдя курс лечения в стационарах, не всегда получают полное долечивание в районах из-за отсутствия препаратов.

Только единая система позволит решить все эти проблемы. И только создав ее, мы сможем говорить о гарантированной бесплатной лекарственной помощи больным туберкулезом в нашей области.

\* \* \*

## ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ У ВПЕРВЫЕ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Н.И. Тинарская

*Кемеровская государственная медицинская академия, кафедра фтизиатрии, г. Кемерово*

**В** период первичного инфицирования туберкулезом у детей высок риск развития заболевания, что обуславливает необходимость своевременного выявления выража туберкулиновой пробы, полного обследования этих детей в общей лечебной сети и проведения профилактических мероприятий.

Цель данной работы — изучение своевременности и полноты обследования в общей лечебной сети детей, впервые инфицированных туберкулезом, а также качества проведения химиопрофилактики выявленным больным.

Проанализировано 220 случаев первичного инфицирования детей, взятых на учет в детском диспансерном отделении Кемеровского облтубдиспансера по VI-A группе. Впервые инфицированные с гиперергической пробой не вошли в данное исследование, так как они наблюдаются по VI-B группе. Отбор материала проводился сплошным методом по одному из районов г. Кемерово. У данных детей выраж туберкулиновой пробы по р. Манту с 2 ТЕ выявлен при плановой туберкулинодиагностике, которая проводилась в школах, детских комбинатах, детских поликлиниках. В структуре детей по полу преобладали мальчики — 130 детей, девочек было 90. По возрастному составу большинство составили дети 4-7 лет (140 чел.).

Среди впервые инфицированных преобладали организованные дети (175 чел.), из них: посещали детские комбинаты 105 детей, школы — 70 детей. Неорганизованные дети составили 45 человек.

Контакт с больным туберкулезом выявлен в 5 случаях: 3 семейных контакта с бактериовыделителями (двое — с больными закрытой формой, один — с открытой формой туберкулеза) и два внесемейных. Все дети привиты БЦЖ в роддо-

ме, двое имели ослабленную прививку БЦЖ-М. Большинство детей (62 % или 137 чел.) были качественно вакцинированы с размером поствакцинального рубчика 5 и более мм. О неудовлетворительном качестве прививки свидетельствовали малоэффективные рубчики (3-4 мм) — у 27 % (60 детей), неэффективные (менее 3 мм) — у 4,5 % (10 детей), и отсутствие рубчиков — у 5,9 % (13 детей).

Неинфицированным к сроку первой ревакцинации (34 случая) прививка БЦЖ проведена в положенный срок. Эффективные рубчики (5 и более мм) отмечены у 41 % (14 детей), рубчики 3-4 мм — у 32,4 % (11 детей), менее 3 мм — у 14,7 % (5 детей). Рубчики отсутствовали у 11,8 % (4 ребенка).

Выраж чувствительности к туберкулину сопровождался нормергической реакцией в 77 % (170 случаев), слабopоложительной — в 23 % (50 случаев). Предшествующая выражу реакция Манту была отрицательной у 41 % (90 детей), сомнительной — у 28 % (62 ребенка), слабopоложительной — у 27 % (59 детей), нормергической — у 4 % (9 детей).

Сроки от даты выявления первичного инфицирования до посещения ребенком фтизиатра составили: 10-14 дней — 37 % (81 ребенок), 14-30 дней — 32 % (70 детей), 1-2 месяца — 9 % (20 детей), 2-3 месяца — 9,5 % (21 чел.), 3-4 месяца — 7,7 % (17 детей), 4-5 месяцев — 2 % (5 детей), 5-6 месяцев — 1 % (двое детей), более 6 месяцев — 1,8 % (четверо детей). Почти 2/3 детей обследованы и взяты на учет по выражу туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ в сроки более 2-х недель (предусмотренных нормативными документами).

Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки всем детям проведена в поликлиниках по

месту жительства, а общий анализ крови и общий анализ мочи проведены только в 16,3 % (36 детей). Остальные дети дообследованы лабораторно в поликлинике детского диспансерного отделения. Отклонения от нормы в общем анализе крови отмечены в 11 случаях, в виде небольшого снижения гемоглобина.

Химиопрофилактика заболевания туберкулезом проводилась изониазидом, преимущественно в домашних условиях — 76,4 % (168 детей). Остальные дети (52 чел.) лечились в санаторных детских комбинатах. Полный 3-х месячный курс химиопрофилактики получили большинство детей — 79,5 % (175 чел.). Незаконченным курс химиопрофилактики остался у 20,4 % (45 детей), из них двое выбыли из города. Среди незакончивших курс приема изониазида — 17,8 % (8 детей) лечились нерегулярно.

#### Закключение:

Как видно из изложенного, среди впервые инфицированных преобладали организованные дети, мальчики, в возрасте 4-7 лет (период снижения поствакцинального иммунитета). Вираз туберкулиновой пробы выявлен при проведении плановой туберкулинодиагности-

ки. Дети, как правило, инфицировались от неизвестных больных туберкулезом, вне семьи. Большинство детей имели качественную прививку БЦЖ. Первичное инфицирование сопровождалось чаще нормергической реакцией на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ после предшествующей отрицательной. Лишь в 1/3 случаев выявленные дети были осмотрены фтизиатром и им назначена химиопрофилактика своевременно (в течение 10-14 дней). 2/3 детей обследованы и взяты на учет по VI-A группе в течение одного месяца после выявления виража туберкулиновой пробы. В общей лечебной сети рентгенологически обследованы все дети, а лабораторно — лишь в 16,3 % случаев. Дети получали химиопрофилактику преимущественно в домашних условиях. Большинство закончили 3-х месячный курс, 1/5 — не закончили.

Таким образом, обследование детей, впервые инфицированных туберкулезом, в общей лечебной сети проводится не в полном объеме. В качестве проведения химиопрофилактики имеются значительные дефекты, что способствует росту заболеваемости локальными формами туберкулеза, а также развитию лекарственной устойчивости к АБП.

\* \* \*

## ТУБЕРКУЛЕЗ – ЭТО СОЦИАЛЬНАЯ БОЛЕЗНЬ

Ш. ДюБуа, И.Б. Репич (MSF-Бельгия), Г.И. Бабичук

MSF-Бельгия,

Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово

**М**ы все хорошо знаем, что проблема туберкулеза во всем мире неуклонно растет, тогда как еще недавно мы думали, что порядком продвинулись в ее решении. Обзор статистических данных по России свидетельствует о масштабности этой проблемы в стране. Поиск медицинских путей решения создавшейся эпидемиологической ситуации зачастую стоит огромных усилий. Апробируются новые комбинации препаратов и программа ДОТС, разработанная ВОЗ, приветствуется в качестве возможного решения проблемы.

Однако все дорогостоящие препараты и наилучшая в мире система оказания медицинской помощи (включая контролируемое лечение) малоэффективны, если пациенты не завершают курс лечения. Большинство случаев заболевания туберкулезом излечимы, но только при условии соблюдения пациентом предписанного курса лечения. Неполный или неправильно предписанный курс лечения, равно как и перерывы в приеме препаратов, могут послужить причиной

формирования туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Несоблюдение пациентом предписанного курса лечения является сегодня самой серьезной проблемой в осуществлении контроля над туберкулезом.

Туберкулез принадлежит к числу так называемых социальных болезней, развитие которых связывают с условиями жизни населения, подвергшегося этим заболеваниям. Группы населения, имеющие определенные психо-социальные факторы риска, как, например, заключенные, бездомные, наркоманы и алкоголики, безработные, психически больные, а также одинокие люди, подвержены наибольшему риску заболевания туберкулезом. Среди бездомных и алкоголиков уровень отрыва от лечения достигает 90 % случаев [1].

В целом, от 20 до 50 % больных туберкулезом не завершают лечение. Почему же эти пациенты, более всего подверженные риску заболевания, не завершают курс лечения? Трудно думать о своем здоровье и соблюдать режим лечения,

требующий частого посещения медицинских учреждений, когда нет жилья, работы, еды или одежды; когда нет даже документов, подтверждающих прописку в данном городе, или когда больной злоупотребляет алкоголем или страдает психическим заболеванием. При весьма ограниченных финансовых возможностях, даже плата за частый проезд на автобусе до места проведения лечения представляется неразрешимой проблемой.

К примеру, в Кировском районе, на базе которого действует Демонстрационный Пилотный Проект МСФ, 70 % больных находятся в группе риска по отрыву от лечения. Невозможно искоренить туберкулез или начать проводить мероприятия по предупреждению развития МЛУ ТБ, пока не будут созданы условия для завершения больными противотуберкулезного лечения.

Пребывание в стационаре должно проходить в приемлемых для пациента условиях: с туалетом и ванной, соответствующими санитарным нормам, комнатами отдыха и организованным досугом. Если больница не благоустроена, или представляется опасным для пребывания местом, пациенты наверняка уйдут. А как же те больные, которых выгоняют из больницы за нарушение внутреннего распорядка? Они еще не вылечились от туберкулеза, а их лечение прервано. Например, в отделениях ОКПТД в п. Ягуновском 30-40 % больных туберкулезом выписывают именно по причине нарушения режима.

Санитарно-просветительская работа с пациентами играет ключевую роль в обеспечении соблюдения ими предписанного курса лечения. Пациенты должны знать все о своей болезни, понимать, что от них требуется для того, чтобы завершить курс лечения, а также понимать последствия отрыва от лечения. Необходимо обучить медицинских сестер тому, как проводить эту столь необходимую санитарно-просветительскую работу. Необходимо также вовлекать семьи пациентов в процесс лечения в целях охраны их собственного здоровья, а также с целью оказания поддержки больному туберкулезом.

Планирование должно осуществляться до самого факта выписки/освобождения из противотуберкулезного диспансера/колонии. Данный план должен включать конкретные указания в отношении амбулаторного этапа лечения. Социальные проблемы пациента, такие как отсутствие жилья, еды, денег на проезд, должны решаться до фактической выписки/освобождения. Как мы все знаем, психосоциальная оценка пациента является частью его истории болезни. Поэтому мы должны обеспечить своевременный перевод всех данных больного из мест заключения (включая СИЗО) в противотуберкулезные службы гражданского сектора, чтобы пациент, например, не

пропускал важные для лечения дни или не прерывал лечение окончательно. 30-40 % больных туберкулезом, вышедших из мест заключения, так никогда и не становятся на учет в ОКПТД. Они теряются, их лечение прерывается.

Возможно, нам нужно рассмотреть возможность предоставления каких-либо поощрений, чтобы помочь пациентам завершить курс лечения. После удачного осуществления перехода пациента из одного учреждения в другое, мы должны сделать все возможное, чтобы помочь ему завершить курс лечения. Ему, возможно, потребуются психосоциальная помощь. Возможно, противотуберкулезное лечение пациента должно будет проводиться на дому, если речь идет об инвалиде или дисфункциональном больном (к примеру, хронический алкоголик).

В некоторых западных странах активно используется система "аутрич". В качестве работников "аутрич" могут выступать медсестры, социальные работники или люди, не имеющие профессионального медицинского образования, но прошедшие специальную подготовку для ведения такого рода деятельности. Обучите, например, людей, членов местного сообщества, чтобы они ежедневно отслеживали алкоголиков в общежитиях, расположенных в беднейших районах города.

Программы поощрений, обеспечение продуктами питания в качестве поощрения за продолжение курса лечения, доказали свою эффективность. До внедрения такой программы поощрений в Ивановской области, уровень отрыва от лечения составлял 21 %. В ходе реализации программы, включающей еженедельные продуктовые наборы, контролируемое лечение на дому и улучшение системы отслеживания пациентов, не посещающих поликлинику, уровень отрыва от лечения снизился до 5 %. Льготный проезд также может иметь важное значение в повышении дисциплинированности пациентов в отношении соблюдения курса лечения.

Если же все эти меры безрезультатны, необходимо проводить активное отслеживание пациентов, которые прервали курс лечения. Отслеживать тех, кто самовольно ушел из больницы либо был выписан за нарушение режима, а также тех, кто потерялся на этапе перехода из стационара/колонии.

Несоблюдение курса лечения — это не причина, а следствие. Безусловно, для минимального отслеживания пациентов в дальнейшем, конечной целью является создание программы, с самого начала учитывающей психосоциальные проблемы пациентов и предусматривающей планы мероприятий по их решению. Туберкулез излечим и подвластен контролю, но только если мы



рассматриваем пациента как целостную личность, которая испытывает реальные жизненные проблемы. Больным нужно помочь получить необходимую медицинскую и социальную помощь. Социальная поддержка является механизмом успешного осуществления имеющейся медицинской помощи.

И кто же будет осуществлять эту столь необходимую социальную поддержку? Совершенно очевидно, что ОКПТД, учреждения Социальной Защиты, а также ОЛС, должны тесно сотрудничать в целях оказания населению в группе риска той социальной помощи, которая необходима для завершения пациентами курса лечения.

Для того чтобы защитить общество в целом и, в частности, помочь больным, мы должны создать систему, гарантирующую завершение больными курса лечения, излечение их от туберкулеза и нераспространение заболевания в обществе. В более широкой перспективе мы должны выступать за проведение необходимых

реформ, которые обеспечат защиту заключенным и сделают социально незащищенные слои населения менее уязвимыми. С помощью санитарно-просветительской работы в обществе мы должны бороться с негативным общественным мнением в отношении больных туберкулезом. Мы должны выступать за создание системы поддержки беднейших слоев населения. За доступность социальной и медицинской помощи. Только таким образом мы можем защитить общество от распространения туберкулезной инфекции.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Венди Д. Кунео, Дикси Е. Шнайдер. Повышение Дисциплинированности Пациентов в Соблюдении Курса Противотуберкулезного Лечения.
2. Медведева О.А., Ключе Х. и др. Программа Поощрений Пациентов в Целях Повышения Дисциплинированности Пациента в Соблюдении Курса Лечения в Ивановской области, РФ.

\* \* \*

## РАЗВИТИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.В. Горбунова

*Кемеровский областной клинический противотуберкулезный диспансер,  
г. Кемерово*

В рамках пересмотренной региональной программы по контролю над туберкулезом в Кемеровской области микробиологическим исследованиям придается важнейшее значение в выявлении и диагностике туберкулеза, мониторинге за ходом лечения, эпидемиологическому и клиническому мониторингу лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

В условиях современной эпидемиологической ситуации с туберкулезом в Кемеровской области существующая сеть микробиологических лабораторий противотуберкулезной службы не обеспечивает необходимый объем, диапазон и качество исследований вследствие отсутствия необходимого оборудования, стандартизированных мето-

дик, отсутствия практических знаний у персонала лабораторий противотуберкулезных диспансеров. Отмечается низкое выявление наиболее эпидемически опасных случаев заболевания в медицинских учреждениях общей лечебной сети (таблица).

Ситуация в значительной мере усугубляется тем, что на протяжении последних лет микробиологическая служба противотуберкулезных учреждений Кемеровской области финансировалась по остаточному принципу. Это привело к физическому и моральному износу оборудования, отсутствию необходимых реактивов и расходных материалов, что, в свою очередь, послужило причиной к необоснованному переходу ряда противотуберкулезных лабораторий

**Таблица**  
**Количество исследований, проведенных в лабораториях ОЛС Кемеровской области за 2001 год**

| Лаборатории                                               | Кол-во лабораторий | Количество врачей-лаборантов | Количество исследований в год | Количество исследований на 1 специалиста |                  | % положительных результатов |        |
|-----------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------------------|------------------|-----------------------------|--------|
|                                                           |                    |                              |                               | Фактич.                                  | Норма            | Фактич.                     | Норма  |
| Лаборатории в учреждениях ОЛС (микроскопия мазка мокроты) | 196                | 1170                         | 62534                         | От 1 в неделю до 4 в день                | 20 мазков в день | 0,03-0,9                    | 5-10 % |



области на упрощенные и неинформативные методы исследования, разрушению в регионе системы курации и отчетности, отсутствию четкой системы инспектирования и контроля качества.

Вертикаль управления фтизиобактериологической службы разрушена практически полностью.

В связи с этим назрела необходимость пересмотра структуры и функций лабораторных подразделений противотуберкулезных учреждений, создания 3-х уровневой системы лабораторной службы, согласно рекомендациям ВОЗ, с целью повышения эффективности работы лабораторий.

Для исправления создавшегося положения были предприняты меры по стандартизации применяемых на территории Кемеровской области микробиологических методов исследования на туберкулез и их внедрению, т.к. существующие регламентирующие документы предлагают широкий диапазон методик микробиологических исследований. Центром усовершенствования контроля над туберкулезом при ОКПТД г. Кемерово проведен ряд обучающих курсов для персонала Центральной лаборатории по микроскопии мазка мокроты, а также для заведующих лабораториями противотуберкулезных учреждений по программе "Лаборатория в региональной программе по контролю над туберкулезом". Тематической рабочей группой "Микробиологическая диагностика туберкулеза", в состав которой вошли специалисты ОКПТД г. Кемерово, Новокузнецкой туберкулезной больницы № 19, ГУИН, "Врачи без границ"-Бельгия, были определены стандарты микроскопических и культуральных методов исследования для микробиологических лабораторий разного уровня. В ее работе также принимали участие российские и международные эксперты. Разработан перечень оборудования, реактивов, расходных материалов для лабораторий разного уровня с различным объемом ежегодных исследований.

Принято решение о создании единой микробиологической лаборатории в ОКПТД г. Кемерово, в которой будут проводиться микроскопия мазка мокроты, посев на МБТ, видовая идентификация микобактерий, определение лекарственной устойчивости. Совместно с Институтом им. Горгаса Алабамского Университета в Бирмингеме, разработан проект по укреплению Центральной лаборатории ОКПТД и увеличению ее возможностей по улучшению контроля над туберкулезом в Кемеровской об-

ласти, в рамках которого предполагается дополнительное обеспечение необходимым оборудованием Центральной лаборатории ОКПТД и обучение персонала лаборатории современным методам микробиологической диагностики туберкулеза, инспектирования и проведения контроля качества, обучения персонала других лабораторий, проведения исследовательской деятельности.

Достигнуто соглашение с международной гуманитарной организацией "Врачи без границ" - Бельгия по проведению реконструкции помещений Центральной лаборатории.

Разработана система мероприятий для дальнейшего решения следующих организационно-методических задач:

- улучшение безопасности и эффективности работы Центральной лаборатории посредством обеспечения необходимым оборудованием для проведения микроскопии, культуральных исследований и определения лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам;
- развитие людских ресурсов через повышение технических, управленческих, исследовательских навыков и умения осуществлять надзор;
- дальнейшая разработка и внедрение стандартизированных методик и мероприятий;
- укрепление материально-технической базы лабораторий противотуберкулезных диспансеров и клиничко-диагностических лабораторий ОЛС, занимающихся выявлением и диагностикой туберкулеза;
- создание системы контроля качества применяемых в лабораториях Кемеровской области микроскопических и культуральных методов лабораторных исследований на туберкулез, включающей как внутрилабораторный контроль, так и внешний контроль качества;
- создание системы обучения сотрудников лабораторий и системы инспектирования;
- разработка стандартизированных форм учета и отчетности для лабораторий различных уровней;
- разработка баз данных для создания систем микробиологического мониторинга;
- совершенствование системы первичного выявления наиболее эпидемически опасного контингента больных туберкулезом (массивных бактериовыделителей) путем активного вовлечения клиничко-диагностических лабораторий общей лечебной сети в выявление больных туберкулезом методом прямой микроскопии мазка мокроты.

\* \* \*

## МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКИМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И СОБСТВЕННЫЕ ДАННЫЕ)

А.Л. Ханин, В.Д. Жидецкая, Н.А. Недяк

*Городская клиническая туберкулезная больница № 19,*

*ГИДУВ, кафедра фтизиопульмонологии,*

*г. Новокузнецк*

**Т**уберкулез является одной из острейших и нерешенных проблем современности [5, 13, 23, 30], в которой сфокусированы медицинские, эпидемиологические, социально-экономические, экологические и иные факторы [1, 4, 12, 16, 25, 34]. В последних документах ВОЗ делается акцент на инфекционный, эпидемиологический аспект контроля над ТБ [30, 34], хотя с времен открытия первых противотуберкулезных диспансеров в 1887 г. в г. Эдинбурге (Шотландия, Р. Филлип) и в г. Лиле (Франция, А. Кальмет) была известна мощная социальная составляющая ТБ [18]. Выдающийся отечественный врач С.П. Боткин называл туберкулез “участью живущих в подвалах” [3]. А.Е. Рабухин в своих многочисленных работах подчеркивал важную роль таких социальных факторов как питание, злоупотребление алкоголем, образ жизни [17, 18].

В конце 60-х годов XX столетия Brocard указывал, что риск заболеть ТБ в Париже среди иммигрантов из Португалии и Югославии в 25, а из Африко-Азиатских стран в 30-50 раз выше, чем у коренных французов [27]. В тот же период заболеваемость ТБ цветного населения США была в 4-5 раз выше, чем белого [33]. Четкая связь увеличения заболеваемости и смертности от ТБ с войнами, революцией, голодом, репрессиями и социально-экономическими кризисами в России на протяжении XX столетия представлена в исследовании Л.П. Капкова [29].

В наше время риск заболеть ТБ значительно выше среди иммигрантов и социально обездоленных людей. Так, в Германии и Израиле 50-60 % всех больных ТБ составляют иммигранты из стран бывшего Советского Союза [28, 32], причем они чаще болеют тяжелым лекарственно-устойчивым ТБ [32]. В некоторых штатах США на наркоманов, иммигрантов из стран с высоким ареалом ТБ и социально-экономических маргиналов приходится до 50-69 % всех больных ТБ [31]. Аналогичные данные приводятся по другим странам мира [5, 16]. В России последний всплеск ТБ пришелся на социально-экономический кризис конца XX столетия [13, 16, 21, 23, 25].

Однако кроме общей социально-экономической и эпидемиологической ситуации риск

заболеть ТБ зависит от индивидуальных особенностей личности и образа жизни человека. Как сказал А. Печчеи, один из членов Римского клуба, “истинная проблема человеческого вида на данной стадии его эволюции состоит в том, что он оказался неспособным в культурном и социальном отношении идти в ногу и полностью приспособиться к тем изменениям, которые он сам внес в этот мир” [14].

По данным мировых исследований, уровень здоровья населения на 49-53 % зависит от образа и условий жизни, на 18-22 % — от наследственности, на 20 % — от экологии и лишь на 8-10 % — от организации медицины [14]. Особенно ярко это положение подтверждается при ТБ. Распространенность ТБ среди хронических алкоголиков в 18-21 раз превышает показатели у остального населения [19, 20], причем у 85-92,7 % больных алкоголизм предшествует ТБ [15, 20] и является основной причиной формирования хронического, прогрессирующего ТБ и летальных исходов от этого заболевания [11].

Заболеваемость ТБ среди социально-дезапатрированных групп населения в России (безработных, лиц БОМЖ, контингентов исправительно-трудовых учреждений и бывших заключенных) в 15-30 раз выше средних показателей по регионам [12, 13, 16, 25, 26]. Отмечено отрицательное влияние курения на течение и исходы ТБ [2, 9, 22]. В конечном итоге, социально-психологические особенности личности и образ жизни пациента во многом определяют характер заболевания ТБ, отношение к лечению, исходы ТБ. Поэтому в последние годы появились отдельные работы, исследующие психо-социальные и медико-социальные особенности личности больного ТБ [1, 6, 8], предлагаются методы психо-терапевтической коррекции поведения больных ТБ [7, 10], социальной поддержки [4, 16], которые позволяют удерживать пациентов на курсе лечения и повышают его эффективность.

Нами проведен анализ медико-социальных факторов у 100 больных хроническим туберкулезом, которые находились на лечении в специальном отделении для “хроников” в 2001-2002 г.г. Больные поступали после безуспешного

лечения из отделений больницы для впервые выявленных, а также из других лечебных учреждений, нередко после лечения в спецбольницах ИТУ.

Прежде чем приступить к изложению материала, необходимо определиться с дефинициями, поскольку имеются некоторые различия между определением “хроников” по концепции ВОЗ и тем, что понимают под этим отечественные фтизиатры.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ [30], термином “хронический случай” обозначают такой случай ТБ, когда полный курс лечения под непосредственным контролем оказался неэффективным. Больной хронической формой ТБ получил не менее двух полных курсов химиотерапии, а иногда и более двух курсов (полных или неполных). Больные с хронической формой ТБ обычно (но не всегда) выделяют резистентные МБТ, причем нередко МБТ являются полирезистентными.

В справочном руководстве по ТБ для медицинских работников Кемеровской области (Кемерово, 2002) дается более краткое определение: “хронические больные” — это пациенты с положительным результатом анализа мокроты (ММ +) по окончании повторного курса лечения [26]. В этих определениях за основу взято сохранение бактериовыделения (ММ +) после повторных стандартных курсов химиотерапии без учета клинико-рентгенологической формы ТБ и наличия МЛУ, хотя в определении ВОЗ и говорится о том, что нередко у хроников встречается полирезистентная ЛУ, при этом известно, что последняя (ЛУ к двум и более АБП без сочетания Н + R) достаточно хорошо преодолевается коррекцией схемы АБТ [24, 30].

По национальной концепции (приказ МЗ РФ № 324 от 22.10.1995 г.) “хроники” — это больные у которых вследствие неэффективного лечения (антибактериального или хирургического) при наблюдении их не менее 2-х лет сформировался хронический ТБ процесс, прогрессирующий, либо не имеющий тенденции к заживлению: больные с сохраняющимся ВК (+) без полости распада; больные с ВК (+) и каверной; больные, не выделяющие МБТ (с наличием осумкованной эмпиемы, туберкуломы с распадом). В данном определении вообще нет указаний на наличие не только МЛУ, полирезистентной ЛУ, но и вообще ЛУ, делаются акценты на определенные клинико-рентгенологические формы ТБ: фиброзно-кавернозный, цирротический, туберкуломы с распадом и т.д. В готовящемся новом приказе МЗ РФ (доклад главного фтизиатра России, проф. М.И. Перельмана на Международной конференции по

ТБ, г. Новосибирск, июль 2002 г.) будет предусмотрено две подгруппы “хроников”: 2 “А” — потенциально излечимые и 2 “Б” — неизлечимые.

В данном исследовании мы пользовались существующим официальным определением (приказ МЗ РФ № 324), но практически все больные соответствовали и определению ВОЗ.

Среди наших пациентов было 86 мужчин и 14 женщин (6 : 1), в возрасте от 20 до 49 лет было 73 %, от 50 и старше — 27 % больных.

У всех больных был распространенный деструктивный ТБ, у 90 — с обильным бактериовыделением (ММ +), у 7 — с ВК (+) только методом посева, у троих бактериовыделения на момент обследования не было. Лекарственная устойчивость выявлялась у 79 % больных, причем у 63 % была МЛУ (ЛУ к Н + R + другие препараты).

У 70 больных ТБ был выявлен при профилатической флюорографии, когда они находились в ИТУ; 20 человек обратились за медицинской помощью в поликлинику ОЛС; 10 — доставлены “скорой” в больницы ОЛС. Ни одному больному в учреждениях ОЛС до перевода в специализированную больницу не было сделано исследования мазка мокроты на КУБ (кислото-устойчивые бактерии), хотя у 17 из 30 больных, выявленных по обращению, в клинике доминировал кашель с отделением мокроты, у 8 — преобладал синдром интоксикации, у 3 — одышка, слабость, снижение работоспособности.

Ни один из пациентов с клиническими симптомами, выявленных по обращению, не смог назвать точный срок от появления симптомов ТБ до обращения к врачу, но все указали, что от диагностики ТБ до начала химиотерапии прошло 1-2 дня, в единичных случаях 1-2 недели.

Все больные на предыдущих этапах получали антибактериальную терапию: 81 человек — от двух до пяти (неполных или полных) курсов химиотерапии по индивидуальным схемам, 16 — полный курс лечения по II-й категории ДOTS, трое — один полный курс по индивидуальной схеме. 78 % больных многократно прерывали курс химиотерапии, нарушали режим лечения. До поступления в отделение для “хроников” 31 больной были абациллированы по мазку мокроты, у 69 сохранилось бактериовыделение (ММ +). У всех больных выявлялось по 1-2 клинически значимых сопутствующих заболевания: у 81 % — алкоголизм, у 4 % — наркомания, у 54 % — хронический обструктивный бронхит, реже диагностировались желудочно-кишечные (10 %), эндокринные и сердечно-сосудистые заболевания.

Из 85 больных ТБ, страдающих алкоголизмом и наркоманией, у 78 (92 %) это серьезно мешало лечению и было основной причиной перерывов в химиотерапии, выписки из стационара за нарушение режима.

В отделении для “хроников” 84 больных получали стандартизованную контролируемую химиотерапию по II-й категории DOTS, 16 — симптоматическую терапию, поскольку до поступления в отделение они уже прошли полный курс терапии по II-й категории DOTS и продолжали выделять МБТ, у всех была МЛУ.

Результаты стандартизированной контролируемой химиотерапии у этой категории больных были очень скромными: из 84 больных, получавших АБТ, негитивация мокроты наступила лишь у 12 (14,3 %), 7 больных (8,3 %) закончили курс терапии, но они изначально были абациллированы на предшествующих этапах. У остальных 65 больных (77,4 %) ТБ процесс прогрессировал, и основной причиной неэффективности лечения была полирезистентная или мультирезистентная ЛУ. Умерли от ТБ 33 больных (33 % летальность).

Что же представляла из себя эта группа тяжелых хронических больных в социальном плане? Из 100 больных, лишь один работал, 63 — были инвалидами по ТБ, 5 — пенсионерами по возрасту, 31 — не работали, являясь фактически инвалидами по ТБ, и не могли оформить инвалидность из-за отсутствия документов (паспорт, прописка и т.д.). Естественно, это были люди с очень низкими доходами: у 60 больных месячный доход составлял 702 рубля (социальная пенсия), у троих — до 2000 рублей, 37 — вообще не имели никакого дохода.

52 % больных имели жилье: 20 — отдельную благоустроенную квартиру, 24 — жили в своем доме, 8 — неблагоустроенное жилье. 44 % пациентов были БОМЖ, 4 % — жили в общежитии. Не имели семьи 80 % больных.

Всех этих пациентов объединяло пристрастие к алкоголю: 81 — страдали алкоголизмом, 14 — были умеренно пьющими (не теряли контроль из-за приема алкоголя и не было синдрома абстиненции), из пяти непьющих четверо больных были наркоманами. 96 больных являлись злостными курильщиками со стажем 20 и более лет, выкуривая по 1-2 пачки сигарет в сутки. У 72 больных в анамнезе было указание на пребывание в местах лишения свободы. При этом надо отметить, что 11 % больных имели высшее или средне-техническое образование, 52 % — общее среднее, и лишь 37 % закончили 8 классов средней школы. У всех пациентов в прошлом была определенная специальность.

Несмотря на длительный туберкулезный анамнез и многократное лечение в различных больницах, трое больных не знали, что ТБ — разное заболевание. Большинство больных (64 %) не знали, где они могли заразиться ТБ, остальные (36 %) указали, что имели контакт с больными ТБ во время пребывания в местах лишения свободы. Неизлечимым ТБ считали 67 больных, лишь 33 человека предполагали, что при правильном лечении можно вылечиться. Абсолютное большинство больных хроническим ТБ (90 %) предпочитали лечиться в стационаре на протяжении всего курса терапии, 5 % — хотели бы лечиться в санатории, для остальных место лечения не имело значения. В отношении контролируемого лечения — 78 % больных высказались положительно, а 22 % — резко отрицательно, считая, что это ущемляет их интересы и права.

Таким образом, больные с хроническими формами ТБ легких — это люди преимущественно с ярко выраженными чертами социально-маргинального поведения. Это во многом определяет характер заболевания, отношение к лечению, исходы ТБ и делает практически невозможным, а нередко и бессмысленным их лечение в обычных учреждениях минздрава. Неуправляемость поведения таких пациентов создает условия для формирования лекарственной устойчивости и распространения ЛУ ТБ в популяции населения. Это пациенты, которые нуждаются, прежде всего, в социальной и психологической поддержке специальных социальных служб и гуманитарных организаций. По сложившейся в нашей стране практике, отделения для хронических больных ТБ фактически превратились в социальные приюты и хосписы для обездоленных, социально-дезадаптированных больных ТБ, но они не могут выполнять эти функции, поскольку не имеют социальных работников, психологов, финансирования, не обеспечивают изоляцию заразных больных.

Лечение больных хроническими формами ТБ перспективных и управляемых (излечимых) возможно в обычных противотуберкулезных учреждениях, а для неизлечимых и неуправляемых пациентов необходимо создание специальных отделений сестринского ухода (хосписов), обеспечивающих социальную поддержку, медицинский уход и изоляцию для предупреждения распространения инфекции в обществе.

## Выводы:

1. Большинство больных хроническим ТБ (73 %) — это люди работоспособного воз-

- раста, являющиеся инвалидами по заболеванию (94 %), имеют ярко выраженные черты социально-маргинального поведения — 81 % страдают алкоголизмом, 4 % — наркоманией; 99 % — злостные курильщики; 72 % были в заключении; 60 % — имеют доход ниже 1 тыс. руб./мес., а 37 % — вообще не имеют средств к существованию; 44 % — бездомные, 4 % — живут в общежитиях, абсолютное большинство не имеют семьи.
2. Многократные попытки лечения этих больных в разных отделениях и больницах не приводили к эффекту из-за нарушений режима, досрочного прекращения приема лекарств (78 %), поэтому, несмотря на преимущественное, выявленное при флюорографии (70 %), у них сформировался хронический ТБ: у 79 % имеется ЛУ, у 63 % — МЛУ.
  3. Больные хроническими формами ТБ с социально-маргинальными чертами поведения нуждаются в социальной и психологической помощи, а для их лечения необходимо создание специальных отделений сестринского ухода (хосписов), где они должны быть обеспечены медицинской и социально-психологической поддержкой и изолированы для предотвращения распространения инфекции в популяции населения.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. Абашев И.М., Рзай О.В., Козлова А.И. и др. Биоэтические аспекты по анкетному опросу больных ТБ // Пробл. туб. — 2001. — № 6. — С. 35-37.
2. Афанасьев И.В., Ивановский В.Б. Курение и ТБ // Пробл. туб. — 1979. — № 4. — С. 45-48.
3. Боткин С.П. Курс клиники внутренних болезней и клинические лекции. — М., 1950. — 180 с.
4. Березовский Б.А. Влияние социальных факторов на заболеваемость ТБ // Пробл. туб. — 1991. — № 12. — С. 5-7.
5. Вартанян Ф.Е., Шаховский К.П. Туберкулез: проблема и научные исследования в странах мира // Пробл. туб. — 2002. — № 2. — С. 48-50.
6. Гнездилова Е.В., Сухов В.М. Биопсихосоциальная модель хронического ТБ легких // Пробл. туб. — 2002. — № 2. — С. 3-7.
7. Долгих Н.О. Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленных больных ТБ и их специфическое лечение с использованием психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2000. — 23 с.
8. Ламбаев Т.С., Невзоров В.П. Медико-социальный портрет больного ТБ в Забайкалье // Пробл. туб. — 2001. — № 6. — С. 37-39.
9. Липатова Л.С. Проблема курения и борьба с ТБ // Пробл. туб. — 1980. — № 6. — С. 3-6.
10. Ломаченков В.Д., Кошелева Г.Я. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших ТБ легких и социальная адаптация // Пробл. туб. — 1997. — № 3. — С. 9-11.
11. Малофеев А.Н., Смирнов Т.А. Причины смерти больных туберкулезом, страдавших алкоголизмом // Пробл. туб. — 1981. — № 12. — С. 13-18.
12. Нечаева О.Б. Туберкулез органов дыхания у лиц, находящихся в ИТУ // Пробл. туб. — 1994. — № 1. — С. 8-12.
13. Перельман М.И. Туберкулез в России // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 12. — С. 564-568.
14. Печчи А. Человеческие качества. — М., 1984. — 167 с.
15. Пилипчук Н.С. Лечение больных ТБ и алкоголизмом // Пробл. туб. — 1990. — № 7. — С. 67-68.
16. Пунга В.В. и др. Современные проблемы выявления и лечения больных ТБ // Пробл. туб. — 1998. — № 5. — С. 7-9.
17. Рабухин А.Е. ТБ органов дыхания у взрослых. — М.: Мед., 1976. — 328 с.
18. Рабухин А.Е. Руководство по туберкулезу. — М.: Медгиз, 1959. — С. 9-54.
19. Рудой Н.М., Чубаков Т.Ч. Туберкулез легких и алкоголизм. — М.: Мед., 1985. — 176 с.
20. Рудой Н.М., Пилипчук Н.С., Стадникова А.В. и др. Распространенность ТБ легких в сочетании с хроническим алкоголизмом и комплексное лечение этих заболеваний // Пробл. туб. — 1989. — № 10. — С. 3-9.
21. Шилова М.В. Туберкулез в России в конце XX века // Пробл. туб. — 2001. — № 5. — С. 8-13.
22. Шпрыков А.С., Жданов В.С. и др. Изменение структуры МБТ под воздействием конденсата табачного дыма // Пробл. туб. — 2002. — № 2. — С. 39-41.
23. Хоменко А.Г. Туберкулез как глобальная и национальная проблема здравоохранения // БЦЖ. — 1998. — № 1. — С. 8-12.
24. Хоменко А.Г. Современная терапия туберкулеза // Клин. фармакология и терапия. — 1998. — № 4. — С. 16-20.
25. Итоговая коллегия МЗ РФ (отчет) // Пробл. туб. — 2001. — № 6. — С. 55-59.
26. Справочное руководство для врачей и среднего медицинского персонала. (коллектив авторов). — Кемерово, 2002. — 46 с.
27. Brocard H. et al. (цит. по А.Е. Рабухину Туберкулез органов дыхания у взрослых. — М.: Мед., 1976. — 328 с.)
28. Chemtob D., Goldblatt D. et al. // Intern. J. Tubercul. and Lung Dis. — 2001. — V. 5, № 11. — P. 36-38.
29. Kapcov L.P. Tuberculosis in the 20-th century Russia // Abstr. XI ERS Annul. Congress. — Berlin, 2001. — № 2158. — S. 323.
30. Crofton John et al. / Методические рекомендации по лечению резистентных форм туберкулеза. WHO/TB/96.210(1 редакция).
31. Mangura B.T., McSherry G., Napolitano E. et al. // Intern. J. Tubercul. and Lung Dis. — 1998. — Vol. 2, № 11. — P. 232-233.
32. Forssborn M., Sagebie D., Hauer B., Loddhemp R. // Intern. J. Tubercul. and Lung Dis. — 2001. — Vol. 5, № 11. — P. 83-84.
33. Report tuberculosis data, 1967. — Washington, 1969. — P. 39.
34. Treatment of tuberculosis. — WHO-Geneva, 1993. — P. 43.





## РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОЕКТА "ОБРАЗОВАНИЕ ЦЕНТРА ПО УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ КОНТРОЛЯ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ, РОССИЯ"

**Н.Н. Вежнина, В. Юркувенас, М.Т. Чернов, М. Кимерлинг**

*Кемеровский областной противотуберкулезный диспансер, г. Кемерово*

*Институт им. Горгаса Алабамского Университета, США*

*Международная гуманитарная ассоциация "Врачи без границ", Бельгия*

**С**о времени распада Советского Союза уровень заболеваемости туберкулезом (ТБ) в Российской Федерации значительно возрос. Вызывают тревогу высокие текущие показатели смертности среди больных ТБ, которые отражают неспособность системы здравоохранения излечивать от этого хорошо поддающегося лечению заболевания. Существенно увеличился процент заболеваемости лекарственно-устойчивым ТБ.

В 1996 году, в ответ на запрос руководства медицинской службы уголовно-исполнительной системы Кемеровской области (УИС КО), организация "Врачи без границ"-Бельгия (MSF-B) начала программу борьбы с туберкулезом в Колонии № 33, исправительном учреждении для заключенных, больных ТБ. Медперсонал колонии начал применять методику DOTS, что привело к позитивным результатам, уровень смертности резко упал [1]. В 2000 г. эта программа была значительно расширена, охватив всю УИС КО. В результате этой деятельности пролечено более 8 тысяч больных ТБ; уровень смертности среди заключенных снизился в 7 раз, а заболеваемость — в 2,5 раза.

Несмотря на улучшение эпидемиологической ситуации в УИС КО, уровень заболеваемости среди гражданского населения Кузбасса увеличился с 70,9 в 1997 г. до 118,2 в 2001 г. (на 100000 человек; все формы) [2]. Процент излечения по региону упал с 67 % в 1987 г. до 44 % в 1997 г., при этом смертность резко возросла (с 9,0 до 39,0) хотя число освобождающихся из мест лишения свободы остается неизменным [3]. Больные, начав лечение в УИС, не продолжают его после освобождения. Отсутствует преемственность между медицинскими службами ведомств. Сложившаяся ситуация с ТБ в Кемеровской области могло бы улучшить принятие общего, как для системы гражданского здравоохранения, так и для медицинской службы УИС стандарта диагностики и лечения туберкулеза, а также создание единой информационной базы данных.

Однако такой подход требовал изменений в политике руководства гражданской противоту-

беркулезной службой, пересмотра областной стратегии, организации курсов обучения и мощной технической поддержки.

Началом деятельности в данном направлении стало проведение на базе Алабамского Университета в Бирменгеме института им. Горгаса (АУБ-Г) в ноябре 2000 г. обучающих курсов для восьми медицинских руководителей различных ведомств Кемеровской области. Эти курсы были профинансированы АУБ-Г и заключались в изучении методов контроля над ТБ, применяемых в Алабаме, была оценена ситуация и изучен международный опыт и опыт УИС КО в контроле над ТБ.

Представителями Администрации области, АУБ-Г и MSF был подписан "Протокол о Намерениях", в котором были ясно выражены намерения объединения усилий всех партнеров — национальных и международных организаций — для создания комплексной межведомственной областной Программы по контролю над туберкулезом, основанной на всемирно признанной стратегии, и предусмотрена необходимость создания Центра Усовершенствования Контроля над ТБ (ЦУКТ) и Демонстрационного обучающего участка (ДОУ).

### Краткое представление проекта

Необходимостью усовершенствования действующей системы подготовки профессионалов различных категорий для противотуберкулезной службы, общей медицинской сети, социальной службы; объединения усилий по проведению прикладных исследований с целью повышения эффективности использования имеющихся ограниченных ресурсов; выработки общих предложений для решения возникающих медицинских и немедицинских проблем обусловлено создание Центра усовершенствования контроля над туберкулезом. Разработчиками проекта являются ОКПТД, MSF-B и АУБ-Г. В деятельности проекта принимают участие высшие медицинские школы Кузбасса (КГМА, ГИДУВ, КОМК), административные медицинские структуры области, медицинские службы ГУИН и ГУВД, общес-



твенные и международные организации, федеральные и региональный НИИ ТБ. Основной направленностью проекта является распространение передовых знаний в области диагностики, лечения и управления ТБ для разработки моделей сотрудничества и взаимодействия между различными системами (пенитенциарной и гражданской), учреждениями (ТБ и не-ТБ) и организациями правительственными (ПО) и неправительственными (НПО).

**ЦЕЛЬ ПРОЕКТА:** создание в Кемеровской области условий для улучшения контроля ТБ с использованием всемирно признанной стратегии.

#### Задачи проекта:

- а) укрепить местные ресурсы в сфере подготовки кадров, повышения квалификации и проведения прикладных исследований в контроле над ТБ посредством создания Центра усовершенствования контроля над туберкулезом (ЦУКТ);
- б) поддержать развитие различных правил и рекомендаций по контролю над туберкулезом в соответствии со стратегией, рекомендованной ВОЗ;
- в) способствовать развитию сотрудничества и связей между различными учреждениями и организациями: ПО и НПО, гражданскими и пенитенциарными, федеральными и региональными, научно-образовательными и организациями практического здравоохранения для реализации пересмотренной стратегии контроля над ТБ.

Для решения задач проект руководствуется следующими принципами:

- максимальное вовлечение местных партнеров в планирование и реализацию проекта;
- широкое использование разработанных ВОЗ и других признанных учебных модулей, материалов и методов;
- тесное сотрудничество с федеральными учреждениями и другими проектами по контролю над ТБ в России.

#### Проведенные мероприятия:

В марте 2001 г. в трех городах Кузбасса более 450 фтизиатров и врачей общей практики посетили семинары по эффективному контролю над туберкулезом, организованные проектом. Специалистами АУБ-Г, ВОЗ, MSF-B был представлен международный опыт контроля над ТБ.

Тогда же организованы 5-ти дневные курсы интенсивного обучения “Усовершенствование контроля над ТБ в Кемеровской области”, 15 участников которых (в основном, главные врачи

тубдиспансеров) были ознакомлены со стратегией DOTS.

Следующим шагом стало оказание помощи администрации области в обновлении стратегии управления и развития региона. В марте 2001 г. распоряжением областной Администрации собрана Рабочая группа специалистов-руководителей ведомств, которая после теоретических обучений создала проект Программы по контролю над ТБ в КО. Региональная межведомственная Программа по контролю над ТБ утверждена Областной Администрацией в 2002 г.

В ОКПТД были сформированы 6 тематических рабочих групп для разработки отдельных компонентов областной стратегии. Результатом деятельности рабочих групп стало прошедшее федеральную (МЗ РФ, ЦНИИТ, ННИИТ) и международную (ВОЗ, АУБ) экспертную оценку “Справочное руководство для медицинских работников Кемеровской области” по внедрению мероприятий новой стратегии и пересмотру деятельности медицинских служб.

В июне 2002 г. “Справочное руководство” утверждено ДОЗН и рекомендовано к внедрению, как свод правил, стандартизирующих деятельность по выявлению, диагностике и лечению ТБ медицинскими работниками как гражданского, так и пенитенциарного здравоохранения, а также налаживания единой информационной системы, что позволит обеспечить возможность мониторинга и оценки, создания унифицированной базы данных.

При поддержке MSF-B, в Кемеровской области подготовлен и внедряется, связанный с ЦУКТ, проект по созданию ДОУ, для апробации пересмотренной областной стратегии.

#### Результаты деятельности проекта:

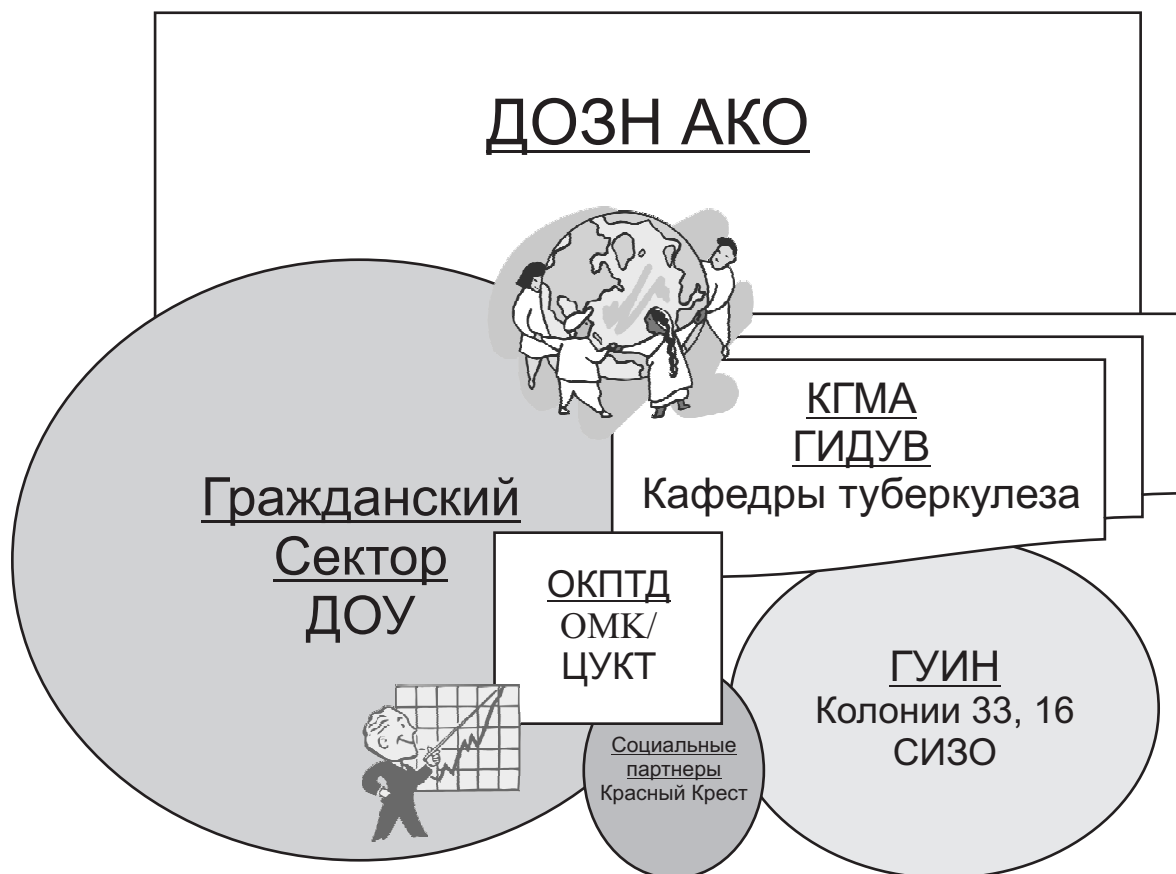
Для дальнейшей реализации намерений партнеров потребовалось: укрепление инфраструктуры, определение слабых мест в знаниях, подготовка учебных материалов, проведение обучений.

В декабре 2001 г. в ОКПТД, по соседству с кафедрой фтизиатрии КГМА, начал свою деятельность ЦУКТ, который фактически является частью организационно-методического кабинета (ОМК) ОКПТД и состоит из офисного помещения, учебного класса — методического центра. ЦУКТ оснащен самым современным оборудованием и демонстрационной техникой.

Открытие ЦУКТ связано с подписанием соглашения между ведомствами и организациями, участвующими в контроле над ТБ в Кемеровской области (рисунок).

Данное соглашение определило работу по созданию Экспертного Совета (ЭС) при

Рисунок  
Соглашение о создании Центра усовершенствования контроля над туберкулезом



ОКПТД, совещательного органа, имеющего право принимать решения рекомендательного характера. Приказом ДОЗН АКО, в марте 2002 г. утвержден состав ЭС. Разработано положение, регламентирующее его деятельность. По решению ЭС, организуются временные тематические рабочие группы. Подготовлен и реализуется проект реорганизации организационно-методического кабинета ОКПТД. Пересмотрены задачи, функции, определена ответственность сотрудников, планируется их обучение.

Разработанные в ОКПТД обучающие программы и материалы получили поддержку и одобрены ННИИ ТБ. Проведено 25 курсов обучения медицинских работников области (организаторов, врачей тубучреждений и общей практики, лаборантов, заведующих лабораториями, медицинских сестер, преподавателей КОМК и КГМА), участвующих в контроле над ТБ. Обучение прошли 373 человека. Подготовлены преподаватели из числа сотрудников ОКПТД, ГУИН, КГМА, ГИДУВ (некоторые из них прошли обучение на курсах АУБ). Кроме того, привлекались преподаватели из ИК-33, ОККК, российских институтов фтизиатрии и

международных организаций. При разработке учебных программ использовались имеющиеся ресурсы (предоставленные АУБ-Г, MSF-B, ВОЗ) и новые материалы, созданные при участии партнерских организаций. Определены правила подготовки обучений.

Программы обучения составлены таким образом, что информационные презентации чередуются с работой в группах и практическими занятиями с посещением лабораторий, стационарных отделений, комнат забора мокроты, участием в проведении наблюдаемого лечения, ролевыми играми, работой с документацией.

В результате обучения преподавателями и участниками обучения достигались договоренности по реорганизации деятельности и качественного выполнения тех элементов выявления диагностики и лечения ТБ, за которые ответственны обучаемые на своих рабочих местах. Эффективность обучений оценивается по результатам специальных тестов, после обучений проводится инспектирование по разработанным протоколам. Персонал тубслужб третьего (областной диспансер) и второго (городские и межрайонные диспансеры) уровней прошли

обучение. Предполагается, что прошедшие обучение, в свою очередь, займутся подготовкой своих коллег, равно как и работников подразделений первого уровня (районные тубкабинеты и поликлиники).

Проект содействовал обучению сотрудников ОКПТД, ГКТБ № 19, КГМА, ГИДУВ в РФ и за рубежом (знакомство с проектами, работающими в других регионах РФ; участие в конференциях и международных конгрессах; обучение на курсах).

### Обсуждение результатов:

Для укрепления местного потенциала и создания возможностей; проведения обучений и переподготовки, прикладных исследований; взаимодействия между различными системами, учреждениями и организациями в Кемеровской области осуществляется проект “Образование центра по усовершенствованию контроля над туберкулезом в Кемеровской области, Россия”.

В результате совместных усилий российских и иностранных партнеров пересмотрена стратегия контроля над ТБ в Кемеровской области. Группа разработчиков областной программы по контролю над ТБ разработала проект региональной программы. Программа утверждена Областной Администрацией. Рабочими группами подготовлена методологическая основа программы — “Справочное руководство для медицинского персонала”, которое будет усовершенствоваться по мере накопления опыта, в процессе реализации программы. Справочное руководство утверждено ДОЗН и внедряется в Кузбассе. Подписано и действует Соглашение между ПО, НПО по созданию ЦУКТ, ЦУКТ функционирует. Создан и действует Экспертный Совет, что дает возможность на высоком профессиональном уровне, коллегиально обсуждать актуальные вопросы, связанные с проблемой ТБ в Кузбассе,

отрабатывать тактические шаги, в соответствии с избранной областью стратегией. Установлены контакты с центральными, региональным НИИ ТБ и ВОЗ. Подготовлены условия для организации обучений. Проведено 25 обучающих курсов для различных категорий медицинских работников, по разработанным проектом обучающим программам и материалам. Разработан проект и идет создание принципиально нового ОМК ОКПТД — организационно-методической базы областной противотуберкулезной службы.

В рамках региональной программы контроля над ТБ, партнерами подготовлен проект “Укрепление лаборатории и увеличение ее возможностей для улучшения контроля над ТБ в Кемеровской области”. Создается система обучения, основанная на лучшем опыте, имеющемся в Кузбассе и в мире, с использованием академических возможностей в практическом здравоохранении области и практических наработок ДОУ. Планируется интеграция нужд областной Программы в программы обучения ВУЗов и медицинских колледжей посредством реализации проекта “Создание условий для профессионального усовершенствования и проведения прикладных исследований по вопросам ТБ в Кемеровской области”.

Дальнейшая деятельность проекта “ЦУКТ” будет основываться на планировании мероприятий, координированных действиях для выполнения всех 3-х задач, постоянной оценке ситуации и внесении нужных изменений.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Вежнина Н. и др. Опыт сотрудничества между Колонией № 33 и МСФ по контролю над туберкулезом // Проблемы туберкулеза. — 1999. — № 2. — С. 15-17.
2. Отчет ОКПТД за 2000 г. — Кемерово, Россия.
3. Kimerling cM.E. The Russian equation: an evolving paradigm in tuberculosis control // Intl. J. Tubercul. Lung Dis. — 2000. — V. 4, № 12. — P. 160-167.

\*\*\*

