

узлы, расположенные преимущественно вдоль аорты, подвздошных сосудов и в корне брыжейки кишечника. Полученные данные позволили установить увеличение размеров и изменение структуры мезентериального и забрюшинного лимфатического аппарата. Для этиологической верификации поражения произведена видеолaparоскопия с биопсией лимфатических узлов. Брюшина над лимфатическими узлами рассекалась с помощью коагуляционного крючка и ножниц, биопсированные ткани извлекались с помощью зажима или диссектора. В результате осмотра и комплексного лабораторного исследования биоптатов установлено следующее.

У 55/97 (56,7%) пациентов подтвержден туберкулезный мезаденит. Гистологическое исследование лимфатических узлов выявляло субтотальное или тотальное казеозно-некротическое поражение с выраженной лейкоцитарной инфильтрацией некротических масс, вплоть до абсцедирования, секвестрации некротических масс и формирования острых туберкулезных лимфоузелов.

У 13/97 (13,4%) пациентов диагностирован микобактериоз внутрибрюшных лимфатических узлов, при котором микроскопическая картина показала полное замещение ткани лимфатического узла мноморфными макрофагами. Гистобактериоскопия по Цилю – Нильсену выявила кислотоустойчивые микобактерии в огромном количестве, не поддающему подсчету, локализованные в цитоплазме макрофагов.

Лимфопролиферативное поражение лимфатического аппарата брюшной полости удалось подтвердить у 10/97 (10,3%) больных. Микроскопическая картина характеризовалась стертой фолликулярной картиной вплоть до полной его утраты, пролиферацией лимфобластных и лимфоцитоподобных клеток при неходжкинских лимфомах, с инвазией капсулы лимфатического узла и прилежающей жировой клетчатки.

Еще у 4/97 (4,1%) пациентов выявлены клетки аденокарциномы (метастазы железистого рака).

У 8/97 (8,3%) пациентов визуально установлена причина болевого синдрома. Перитонит на почве прикрытых перфораций туберкулезных язв тонкой кишки – у 2, флегмонозно-измененный червеобразный отросток – у 1, псевдомембранозный колит – у 3 пациентов.

У 7/97 (7,2%) пациентов гистологическая картина в биопсированной ткани не имела специфических для какой-либо патологии изменений.

Заключение. Клиническая картина поражения лимфатических узлов брюшной полости и забрюшинного пространства у больных ВИЧ-инфекцией неспецифична. Дифференциальная диагностика обязательно требует выполнения диагностической лапароскопии с биопсией и последующей лабораторной и патоморфологической верификацией.

Решетников Михаил Николаевич

(Mikhail N. Reshetnikov)

E-mail: taxol@bk.ru



[HTTP://DOI.ORG/10.21292/2075-1230-2019-97-6-67-68](http://doi.org/10.21292/2075-1230-2019-97-6-67-68)

ОХВАТ ТЕСТИРОВАНИЕМ И ЧАСТОТА ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ГРАЖДАНСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ И В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Тестов В. В.¹, Стерликов С. А.², Васильева И. А.¹, Тихонова Ю. В.³, Глебов К. А.¹, Панова А. Е.¹

¹Научно-исследовательский медицинский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, Москва, РФ

²Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, Москва, РФ

³ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет), Москва, РФ

COVERAGE WITH TESTS AND FREQUENCY OF MULTIPLE/EXTENSIVE DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS IN THE CIVILIAN HEALTH SERVICES AND PENITENTIARY SYSTEM

Testov V. V.¹, Sterlikov S. A.², Vasilieva I. A.¹, Tikhonova Yu. V.³, Glebov K. A.¹, Panova A. E.¹

¹National Medical Research Center of Phthisiopulmonology and Infectious Diseases, Moscow, Russia

²Central Research Institute for Public Health Organization and Informatization, Moscow, Russia

³I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Цель исследования: на генеральной совокупности изучить охват тестами на лекарственную чувствительность (ЛЧ) и установить долю туберкулеза с множественной (МЛУ) и широкой (ШЛУ) лекарственной устойчивостью у больных различных регистрационных групп; проверить гипотезу о боль-

шей частоте туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя в учреждениях уголовно-исполнительной системы (УИС).

Материалы и методы. Данные о выявлении туберкулеза с МЛУ/ШЛУ возбудителя у больных различных регистрационных групп за 2017 г. со-

браны в соответствии с письмом Минздрава России № 17-10/3300 от 08.05.2018 г. и письмом Управления медико-санитарного обеспечения ФСИН России № исх-22-35165 от 21.05.2018 г. Источником первичной информации для составления таблиц служил журнал 03-ТБ/у, ведение которого регламентировано приказом Минздрава России № 50 от 13.02.2004 г. В процессе сбора информации осуществлялся контроль качества путем сопоставления с ранее представленными отчетами и логическими условиями контроля. Охват тестами на ЛЧ микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) основного ряда (как минимум к изониазиду и рифампицину) рассчитывали как процентное отношение числа тестируемых лиц к числу лиц, имевших положительный результат культуральной диагностики на МБТ. Охват тестами на ЛЧ к ПТП резервного ряда [к любому фторхинолону (Fq) и одному из ПТП – амикацину (Am), канамицину (Km), капреомицину (Cm)] рассчитывали как процентное отношение числа тестируемых лиц к числу лиц с выявленной устойчивостью МБТ как минимум к рифампицину. Долю МЛУ-ТБ рассчитывали как процентное отношение числа случаев МЛУ МБТ к числу тестируемых на ЛЧ МБТ к ПТП основного ряда, долю случаев с ШЛУ МБТ – как процентное отношение случаев с устойчивостью МБТ к изониазиду, рифампицину, Fq и одному из инъекционных препаратов: Am, Km, Cm. Рассчитывали 95%-ные доверительные интервалы (95%ДИ), определяли статистическую значимость различий (p).

Результаты. Охват случаев туберкулеза тестами на ЛЧ МБТ к ПТП основного ряда в медицинских организациях гражданского здравоохранения составил в целом для всех случаев лечения туберкулеза 97,6% [95%ДИ 97,5-98,5], а в пенитенциарном – 92,8% [95%ДИ 92,0-93,5] ($p < 0,01$). Несмотря на то что показатель охвата в учреждениях УИС России достаточно высок, имеется неравномерность по субъектам: в 6 регионах он составляет менее 50%. Охват тестами на ЛЧ МБТ к ПТП резервного ряда лиц с устойчивостью к рифампицину был ниже и составил 87,7% [95%ДИ 87,3-88,1] для медицинских организаций гражданского здравоохранения и 77,0% [95%ДИ 75,2-78,8] для учреждений УИС России ($p < 0,01$). В целом в Российской Федерации имеются возможности для обеспечения фенотипического тестирования на ЛЧ МБТ к ПТП как основного, так и резервного рядов всех пациентов, которым это показано (за исключением случаев роста единичных колоний МБТ). Для этого необходимы укрепление межведомственного взаимодействия, расширение аутсорсинга услуг, для ряда регионов – привлечение региональной бактериологической лаборатории гражданского здравоохранения на безвозмездной основе.

Частота туберкулеза с МЛУ МБТ в учреждениях гражданского здравоохранения и УИС составила соответственно: для впервые выявленных больных

28,3% [95%ДИ 27,8-28,8] и 29,6% [95%ДИ 27,2-32,1] ($p = 0,3$), для случаев рецидива – 48,1% [95%ДИ 46,8-49,4] и 43,2% [95%ДИ 39,4-47,0] ($p = 0,02$), для случаев лечения после неэффективного курса химиотерапии 67,2% [95%ДИ 66,3-68,1] и 69,6% [95%ДИ 67,0-72,1] ($p = 0,08$), для случаев лечения после прерывания курса химиотерапии 56,8% [95%ДИ 55,0-58,6] и 52,8% [95%ДИ 47,7-57,8] ($p = 0,2$), для «прочих» случаев лечения 52,7% [95%ДИ 50,8-54,5] и 52,6% [95%ДИ 47,5-57,7] ($p = 0,9$). Таким образом, гипотеза о большей частоте туберкулеза с МЛУ МБТ в пенитенциарных учреждениях для однородных групп не подтверждается.

Частота туберкулеза с ШЛУ МБТ в учреждениях гражданского здравоохранения и УИС составила соответственно: для впервые выявленных больных – 9,9% [9,3-10,6] и 8,5 [5,7-11,6] ($p = 0,4$), для случаев рецидива – 13,5% [95%ДИ 12,2-14,8] и 9,2% [95%ДИ 5,9-13,2] ($p = 0,08$), для случаев лечения после неэффективного курса химиотерапии – 21,1% [95%ДИ 20,2-22,0] и 16,3% [95%ДИ 13,7-19,1], для случаев лечения после прерывания курса химиотерапии – 19,8% [95%ДИ 17,9-21,8] и 14,8% [95%ДИ 10,1-20,4] ($p = 0,1$), для «прочих» случаев лечения – 21,7% [95%ДИ 19,7-23,8] и 18,0% [95%ДИ 12,7-23,9] ($p = 0,3$). Таким образом, гипотеза о большей частоте туберкулеза с ШЛУ МБТ в пенитенциарных учреждениях для однородных групп не подтверждается. Вместе с тем в учреждениях УИС преобладает регистрация повторных случаев лечения. В данном исследовании доля впервые выявленных больных (обладающих наименьшим уровнем лекарственной резистентности) среди тестируемых на ЛЧ МБТ к ПТП основного ряда составила в гражданском здравоохранении 55,9% [95%ДИ 55,4-56,5], а в УИС – 33,5% [95%ДИ 31,6-35,4] ($p < 0,01$). Аналогичным образом, среди пациентов с лекарственной устойчивостью как минимум к рифампицину доля тестируемых на ЛЧ МБТ к ПТП резервного ряда впервые выявленных больных, обладающих наименьшим уровнем ШЛУ МБТ, в гражданском секторе составила 36,5% [95%ДИ 35,7-37,4], а в УИС – 20,9% [95%ДИ 18,4-23,6] ($p < 0,01$). Таким образом, впечатление о более высокой доле больных туберкулезом с лекарственной устойчивостью возбудителя в учреждениях УИС России обусловлено только более неблагоприятной структурой самих пациентов, а не наличием более высокого риска туберкулеза с лекарственной устойчивостью как такового.

Заключение. Частота туберкулеза с МЛУ и ШЛУ у пациентов гражданского и пенитенциарного здравоохранения в однородных группах совпадает. Более высокая частота туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя в учреждениях УИС обусловлена меньшей долей новых случаев лечения и большей долей повторно леченных пациентов.

Стерликов Сергей Александрович
(Sergey A. Sterlikov)
E-mail: sterlikov@list.ru