

селения. Так, для работы с детьми и подростками с 2008 г. Центр сотрудничает с управлением образования г. Якутска и проводит Межшкольную научно-практическую конференцию «Наше здоровье в наших руках!», которая в последние годы приняла республиканский масштаб. Участвуя в этом мероприятии, ученики с 1-го по 11-й классы готовят свои работы, самостоятельно изучая пути профилактики туберкулеза и основы здорового образа жизни. Таким образом, уже со школьной скамьи формируется приверженность к здоровому образу жизни как к эффективному средству профилактики туберкулеза. Для учащихся учебных заведений в период месячника борьбы с туберкулезом ежегодно проводятся лекции, беседы, круглые столы, в том числе по вопросам сочетанного заболевания – туберкулез и ВИЧ-инфекция.

Для изучения осведомленности населения и выявления пробелов в знаниях о туберкулезе проводится социологическое исследование методом анкетирования. Установлено, что информированность школьников и студентов о туберкулезе за последние годы значительно повысилась. Заметный вклад вносит Совет молодых специалистов и ученых НПЦ «Фтизиатрия», способствующий открытости научного общения, творческому росту и повышению статуса молодых специалистов в научной и профессиональной деятельности.

С внедрением новых инновационных и высокотехнологичных методов лечения возникла необходимость информационного просвещения больных туберкулезом по этим вопросам, что направлено на повышение культуры поведения больного в стационаре, снижение частоты отрывов от лечения и нарушений режима.

Активно разрабатывают и внедряют новые организационные меры по профилактике и выявлению туберкулеза среди населения. Издан приказ Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) о переходе на ежегодное флюорографическое обследование всего населения старше 15 лет. В результате повысился охват населения обследованием данного вида с 62,0% в 2011 г. до 75,6% в 2013 г.

С 2012 г. работает Комиссия по контролю за качеством проведения противотуберкулезных мероприятий, в республике активизирована работа по межведомственным видам сотрудничества.

Показатель первичной инвалидности трудоспособного населения по туберкулезу в динамике за последние годы в республике стабилен, в целом составляет 1,0 на 10 тыс. трудоспособного населения. На основе углубленного анализа причин инвалидности вследствие туберкулеза разработана методика прогнозирования риска выхода на инвалидность, которая успешно внедряется в практическую работу.

Поскольку основная часть контингента больных туберкулезом молодого и трудоспособного возраста, необходима работа социального работника и юриста по вопросам оформления академического отпуска, восстановления на прежнее рабочее место или переквалификации, а иногда и смены профессии, повышения юридической грамотности пациентов в вопросах трудоустройства. Планируется привлечение профессионального психолога для работы с пациентами данной категории, поскольку их социальная реабилитация является важным звеном. В 2014 г. открыт медико-социальный кабинет в диспансерном отделении, в период месячника организован «молодежный десант» в отделениях для просвещения больных, состоящий из врача-фтизиатра, врача-диспансеризатора, научного сотрудника и юриста.

Заключение. Разработка и внедрение комплексных мероприятий по информационной, пропагандисткой и просветительской работе среди населения по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза способствуют повышению ответственности и грамотному отношению к своему здоровью, формированию равнодушного отношения к самочувствию окружающих. Разработанный комплекс мероприятий направлен на снижение эпидемиологических показателей и потерь трудоспособного населения от туберкулеза в регионе с экстремальными условиями Крайнего Севера.

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАНИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА И ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ В РАЗНЫЕ ПЕРИОДЫ

Т. В. ЗЫРЯНОВА, Л. В. ПОДДУБНАЯ, В. Н. ПРЯХИНА

Новосибирский государственный медицинский университет

Число пациентов с сочетанной инфекцией – туберкулез и ВИЧ-инфекция (ТБ/ВИЧ) – в Новосибирской области с 2011 по 2013 г. увеличилось в 2 раза на фоне снижения заболеваемости туберкулезом.

Цель: установить особенности выявления и характера туберкулезного процесса у больных

ВИЧ-инфекцией в разные годы эпидемического процесса.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 127 больных сочетанной инфекцией, наблюдавшихся в ГБУЗ «НСО ГОНКТБ» в разные годы: 2011 г. – показатель заболеваемости туберкулезом составил 128 на 100 тыс. населения;

2013 г. – 108 на 100 тыс. (снижение заболеваемости). Изучили эпидемический анамнез, методы выявления больных, клинико-рентгенологические, лабораторные данные. Среди 127 больных ТБ/ВИЧ в 2013 г. лечились 84 пациента (1-я группа), а в 2011 г. – 43 (2-я группа). Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Office Excel 2007. Оценку достоверных различий средних арифметических значений – с помощью критерия Стьюдента.

Результаты. Возраст наблюдаемых больных составлял от 18 до 40 лет. Преобладали мужчины трудоспособного возраста (80%), не работающие в 88% случаев, потребители инъекционных наркотиков (85%), алкоголя (70%) и курильщики (80%), ранее находившиеся в пенитенциарных учреждениях (местах лишения свободы). Достоверных различий в группах по представленным характеристикам не отмечено. У четверти пациентов туберкулез был диагностирован на фоне ВИЧ-инфекции: у 12% – в местах лишения свободы, у 13% – в центре СПИДа в сроки от 1 до 8 лет наблюдения. У большинства же больных ($3/4$) сочетанная патология была установлена одновременно. Причем ВИЧ-инфекция выявлялась при скрининговом обследовании: в 17% случаев – в общей лечебной сети и в 58% – в противотуберкулезных учреждениях. ВИЧ-инфекция у 88% больных в 2013 г. и у

92% в 2011 г. регистрировалась на поздних стадиях 4Б – 4В и характеризовалась резким снижением иммунитета ($CD4^+$ менее 350 кл/мкл имели 83% больных в 2013 г. и 93% – в 2011 г.). Вирусная нагрузка: РНК ВИЧ более 100 000 копий/мкл имели 56% пациентов в 2013 г. и 76% в 2011 г.

Общее состояние при поступлении в стационар оценивалось как тяжелое или средней тяжести у большинства ($88,0 \pm 3,5\%$) больных 1-й группы и $75,0 \pm 6,5\%$ 2-й, удовлетворительное – у $12,0 \pm 3,5$ и $25,0 \pm 6,5\%$ соответственно ($p < 0,05$). Независимо от общей заболеваемости по туберкулезу у больных ТБ/ВИЧ диагностировали тяжелые распространенные формы туберкулеза легких с одинаковой частотой. Утяжеление структуры клинических форм в 2013 г. связано с увеличением в 2 раза доли больных с милиарным туберкулезом, кроме того, увеличилось число больных туберкулезом легких с внегочной локализацией процесса, в том числе плевры, гортани, внутригрудных лимфатических узлов (табл.). Поражение трех органов и более (генерализованный туберкулез) было отмечено у каждого десятого больного в 2013 г., что в 4 раза чаще, чем в 2011 г. ($10,7 \pm 3,3$ и $2,3 \pm 2,1\%$ соответственно), $p < 0,05$. В 2 раза увеличилась доля пациентов с поражением центральной нервной системы, что обусловлено генерализацией процесса.

Таблица

Частота клинических форм и локализация туберкулеза у больных

Формы туберкулеза и локализация	2013 г. (1-я группа, n = 84)		2011 г. (2-я группа, n = 43)		p
	абс.	%	абс.	%	
Диссеминированный	37	$44,0 \pm 5,4$	18	$41,9 \pm 7,5$	$> 0,05$
Милиарный	12	$14,3 \pm 3,8$	3	$7,0 \pm 3,2$	$< 0,05$
Инфильтративный	24	$28,6 \pm 4,8$	12	$27,9 \pm 6,8$	$> 0,05$
Казеозная пневмония	9	$10,7 \pm 3,3$	5	$11,6 \pm 4,8$	$> 0,05$
Плеврит	2	$2,4 \pm 1,5$	8	$9,3 \pm 4,4$	$< 0,05$
Фиброзно-кавернозный	–	–	3	2,3	–
В том числе внегочные поражения	46	$54,8 \pm 4,8$	15	$34,9 \pm 5,3$	$< 0,001$
Центральная нервная система	22	$26,2 \pm 4,8$	5	$11,6 \pm 4,8$	$< 0,05$
Органы брюшной полости	3	$3,6 \pm 1,8$	1	$2,3 \pm 2,1$	$> 0,05$
Периферические лимфоузлы	3	$3,6 \pm 1,8$	–	–	–
Плевра	21	$25,0 \pm 4,8$	9	$20,9 \pm 6,2$	$> 0,05$
Гортань	3	$3,6 \pm 1,8$	1	$2,3 \pm 2,1$	$> 0,05$
Внутригрудные лимфоузлы	3	$3,6 \pm 1,8$	–	–	–

При рентгенологическом исследовании у $79,0 \pm 4,4\%$ пациентов 1-й группы и у $37 \pm 7,3\%$ – 2-й группы ($p < 0,05$) определялись распространенные двусторонние процессы легких с деструкцией.

Бактериовыделители в 1-й и 2-й группах составили $85,7 \pm 3,7\%$ ($n = 72$) и $69,7 \pm 7,0\%$ ($n = 30$) соответственно, $p < 0,05$. У каждого второго из них определялась лекарственная устойчивость, множественная – также с одинаковой частотой ($46,0 \pm 7,6$ и $43,0 \pm 5,4\%$ соответственно).

Заключение. Сочетанная патология – туберкулез и ВИЧ-инфекция – чаще встречается у социально неблагополучных лиц молодого возраста и характеризуется развитием распространенного туберкулеза с склонностью к прогрессирующему течению и генерализации процесса на фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции. В динамике за 2 года у больных с сочетанной патологией отмечены утяжеление течения туберкулеза (большее число выявляется по обращению с выраженными

симптомами в тяжелом и среднетяжелом состоянии), рост частоты деструкций и бактериовыделения, увеличение доли генерализованных процессов. Диагностика ВИЧ происходит на поздних стадиях (4Б-В), $\frac{2}{3}$ пациентов выявляются в про-

тивотуберкулезных учреждениях при скрининговом обследовании на ВИЧ. В порядок оказания медицинской помощи следует включить скрининг ВИЧ у молодых мужчин и женщин фертильного возраста.

ГЕПАТОПРОТЕКТОРНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

А. К. ИВАНОВ¹, Е. В. ШЕВЫРЕВА², А. САКРА¹, О. Г. ЕМЕЛЬЯНЮК²

¹ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России

²ГБУ «Противотуберкулезный диспансер №12 Адмиралтейского района» г. Санкт-Петербург

Туберкулез (ТБ), ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты являются не только социально значимыми заболеваниями, каждое из них негативно влияет на функцию печени. ВИЧ-инфекция способствует развитию ТБ, а вирусные гепатиты с гемоконтактным путем передачи и преимущественно хроническим течением (ХВГ) на фоне применения противотуберкулезных препаратов (ПТП) и высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) формируют патологические состояния, приводящие к прекращению этиологического лечения.

Цель исследования: повышение эффективности гепатопротекторной терапии больных с «тройственной» инфекцией.

Материалы и методы. У 237 больных, страдающих ТБ, ВИЧ-инфекцией и ХВГ, применяли гепатопротекторные препараты, такие как ремаксол ($n = 59$), гептрал ($n = 19$), эссенциальные фосфолипиды ($n = 121$). У 38 больных использовали преднизолон. Ремаксол и гептрал применяли внутривенно № 10, эссенциале (эсливер форте) в течение 60 дней перорально, а преднизолон назначали с 20 мг по схеме со снижением дозы в течение 28 дней. Группу сравнения представляли такие же больные, которые не принимали данные препараты, некоторым из них назначали раствор глюкозы. У большей части пациентов отмечено повышение уровня активности трансаминаз (АлАТ, АсАТ), щелочной фосфатазы (ЩФ) и гамма-глутамилтрансферазы (ГГТ), а их средние показатели превосходили уровень у здоровых лиц (доноров) в 4-5 раз, а больных ТБ без ВИЧ-инфекции и ХВГ – в 3-4 раза.

Результаты. Установлено, что ремаксол и гептрал практически одинаково влияют на активность вышеуказанных ферментов, и представляется, что десятидневный курс этих препаратов недостаточен для нормализации показателей, так

как по сравнению со здоровыми лицами уровень активности трансаминаз и ЩФ сохраняется достоверно и значительно выше ($p < 0,001$).

У больных с ХВГС уровень АлАТ на фоне ремаксала снижается со $115,3 \pm 15,6$ до $60,60 \pm 11,11$ Ед/л, то есть почти в 2 раза, а уровень активности других ферментов снижается несколько меньше. У больных с ХВГВ + С снижения уровня активности указанных ферментов практически нет.

Применение ВААРТ негативно влияет на функцию печени: уровень активности трансаминаз, даже несмотря на применение гепатопротекторных препаратов, оставался высоким. Например, активность АлАТ изменилась несущественно – со $115,90 \pm 22,62$ до $108,50 \pm 31,39$ Ед/л (здоровые лица $14,9 \pm 1,3$ Ед/л), а ГГТ с $372,80 \pm 121,69$ до $323,60 \pm 95,63$ Ед/л (здоровые лица $16,2 \pm 1,9$ Ед/л), в то время как у больных, не получавших ВААРТ, уровень активности этих показателей исходно был несколько ниже и на фоне применения гепатопротекторных препаратов достоверно уменьшился АлАт со $105,4 \pm 14,0$ до $69,5 \pm 6,2$ Ед/л ($p < 0,001$), АсАТ с $92,40 \pm 16,13$ до $83,10 \pm 11,59$ Ед/л.

Применение эссенциальных фосфолипидов уменьшает средний показатель уровня активности трансаминаз достоверно ($p < 0,05$), но только при его изначально невысоком уровне. Применение преднизолона у больных с «тройственной» инфекцией практически не вызвало уменьшения показателей.

Заключение. У больных с сочетанием ТБ, ВИЧ-инфекции и ХВГ ремаксол и гептрал одинаково снижают активность трансаминаз (АлАТ, АсАТ), ЩФ и ГГТ, но десятидневный курс этих препаратов недостаточен для нормализации показателей, так как уровень активности трансаминаз и ЩФ сохраняется достоверно и значительно выше нормы ($p < 0,001$).