

лемы же – в 66,7% в верхней доле правого легкого и в 33,3% случаев – в левом легком. К особенностям клинической картины ТЛ при СД следует отнести развитие симптомов туберкулезной интоксикации: слабости, потливости, понижения аппетита, снижения массы тела, субфебрильной температуры, маскируемых симптомами СД, даже при ограниченных формах. У больных с деструктивным ТЛ выслушивались влажные хрипы, в 82,5% определялись микобактерии туберкулеза в мокроте. С целью оптимизации стратегии лечения пациентов с сочетанием СД и ТЛ используют структурированную программу обучения больных СД, адаптированную для ТЛ, что сопровождалось более адекватным контролем параметров углеводного обмена: уровень HbA1c спустя 6 мес. менее $7,5 \pm 0,11\%$ ($p < 0,05$); активности цитолитического и холестатического синдрома: АлАТ

менее $85,50 \pm 1,37$ ед/л, АсАТ – $79,70 \pm 1,23$ ед/л, γ -ГТП – $139,70 \pm 5,69$ ед/мл.

Заключение. СД сочетается в большей степени с инфильтративным ТЛ (выше ассоциация с СД 1-го типа) и туберкулемами (СД 2-го типа). Инфильтративный ТЛ в сочетании с СД часто локализуется в левом легком, туберкулема же – в правом. Больные СД и ТЛ удовлетворительно переносят химиотерапию с ее обязательной элонгацией до 3 мес., при инициации которой формируются цитолитический и холестатический синдромы умеренной активности. Интегрированное воздействие: оптимизация сахароснижающей терапии, модификация образа жизни и обучение пациентов с учетом наличия ТЛ способствуют более эффективному проведению курса стандартной терапии сочетанной патологии СД и ТЛ.

ПАРАЛЛЕЛИ МЕЖДУ НЕСВОЕВРЕМЕННЫМ ВЫЯВЛЕНИЕМ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ НАСЕЛЕНИЯ

ДАНИЛОВ А. Н., МОРОЗОВА Т. И.

PARALLELS BETWEEN LATE DETECTION OF CLINICAL FORMS OF PULMONARY TUBERCULOSIS AND FLUOROGRAPHY SCREENING OF THE POPULATION

DANILOV A. N., MOROZOVA T. I.

ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, RF

Выявление является составной частью борьбы с туберкулезом. Основным его методом является флюорография (ФГ). По данным официальной статистики, 60% населения России проходят плановые осмотры в установленные сроки, что способствует своевременному выявлению туберкулеза. До 40% вновь зарегистрированных больных выявляются по жалобам при обращении в медицинские учреждения. Согласно Постановлению Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. № 892 «О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"» для населения России установлен дифференцированный подход прохождения флюороосмотров. Здоровые люди обследуются данным методом 1 раз в 2 года, пациенты из групп повышенного риска заболевания туберкулезом – 1 или 2 раза в год. Учитывая ежегодное улучшение эпидемической ситуации по туберкулезу, некоторые авторы предлагают уменьшить кратность прохождения флюорографии до 1 раза в 3 года при заболеваемости на территории 50 на 100 тыс. населения и менее.

Цель: провести параллели между кратностью флюорографических обследований населения и час-

тотой несвоевременно выявленных форм туберкулеза легких с распадом и бактериовыделением.

Материалы и методы. Изучены формы № 089-у/туб на впервые выявленных больных туберкулезом легких в количестве 596 извещений. Дополнительно анализировались амбулаторные карты и истории болезни пациентов. Анализ материалов касался периода 2009-2014 гг. Выделено 4 группы наблюдения. В первую группу ($n = 178$) вошли лица, имеющие медико-биологические факторы риска возникновения туберкулеза, – состоящие на учете по сахарному диабету, хронической обструктивной болезни легких, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки и др. Вторая группа ($n = 124$) была представлена больными, имеющими социальные факторы риска, – лица, освобожденные из мест лишения свободы, больные ВИЧ-инфекцией, состоящие на учете в наркологических диспансерах и др. В третью группу ($n = 38$) включены пациенты, имеющие эпидемиологические факторы риска – бытовой контакт с больным с бактериовыделением. Четвертая группа ($n = 138$) была представлена практически здоровыми людьми, которые до выявления у них туберкулеза не состояли

под медицинским наблюдением узких специалистов и не относились к социально-незащищенной группе населения. Для статистической обработки применяли пакеты программ Microsoft Excel и Statistica-6.0. Анализ полученных данных с помощью теста Колмогорова – Спирова показал нормальность их распределения. Показатель достоверности оценивали по Студенту. Различия оценивали как достоверные при вероятности 95% ($p < 0,05$) и выше.

Результаты. Установлено, что у больных с впервые выявленным туберкулезом легких частота встречаемости деструктивных туберкулезных изменений в легких и частота бактериовыделения нарастает пропорционально уменьшению кратности флюорографических обследований. В первой группе наблюдения при ежегодном прохождении ФГ распад легочной ткани определялся у 40,3% больных, а бактериовыделение (МБТ+) – у 41,2%. При прохождении последней ФГ 2 года назад распад встречался у 45,2%, МБТ(+) – у 45,7%. При последнем ФЛ-осмотре четырехлетней давности деструкция определялась у 50,2%, МБТ(+) – у 60,8% ($p < 0,05$). В группе больных с социальными факторами риска при ежегодной ФГ распад отмечен у 35,3% больных, МБТ(+) – 35,1%; при давности последнего ФЛ-обследования 3 года распад зафиксирован в 46,8% случаев, МБТ(+) – в 46,7% ($p < 0,05$). При прохождении ФГ четыре года назад распад установлен у 45,2%, МБТ(+) – у 57,4% ($p < 0,05$). У контактных по бытовому признаку

возникновение туберкулеза сопровождалось распадом в легочной ткани в 38,7% случаях, МБТ(+) – в 37,6%. При отказе от регламентированных сроков прохождения ФГ 2 раза в год распад при выявлении туберкулеза отмечен у 51,7% больных, МБТ(+) – у 44,9% ($p < 0,05$). У практически здоровых контингентов при кратности ФЛ-обследования 1 раз в 2 года при возникновении туберкулеза распад регистрировался в 32,6% случаев, МБТ(+) – в 35,5%. При пропуске очередного обследования распад определялся в 42,6% случаев, МБТ(+) – в 46,4% ($p < 0,05$).

Получены регрессионные уравнения, определяющие зависимость между кратностью ФЛ-обследований и частотой бактериовыделения у пациентов с впервые выявленным туберкулезом легких. Например, для лиц, вошедших в четвертую группу наблюдения, регрессионная зависимость имела следующий вид: $y = 3,6x + 24,5$, где y указывает на частоту встречаемости МБТ+, а x – интервал в годах между ФЛ-осмотрами.

Заключение. Частота несвоевременно выявленных форм туберкулеза легких с наличием распада и бактериовыделением находится в прямой зависимости от кратности прохождения ФЛ-обследований. Изменение регламента прохождения ФГ здоровым населением до ежегодных осмотров поможет улучшить структуру заболеваемости туберкулезом в регионах, что будет способствовать снижению его бремени.

КРИТИЧЕСКАЯ КОНЦЕНТРАЦИЯ ЦИКЛОСЕРИНА ДЛЯ ТЕСТА ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* В ЖИДКОЙ СРЕДЕ НА BACTEC MGIT 960

ДЮЖИК Е. С.¹, СМЕРНОВА Т. Г.², РАДУКИНА И. В.¹

CRITICAL CONCENTRATION OF CYCLOSERIN FOR DRUG SUSCEPTIBILITY TESTING OF *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* ON LIQUID MEDIUM OF BACTEC MGIT 960

DYUZHNIK E. S.¹, SMIRNOVA T. G.², RADYUKINA I. V.¹

¹ГБУЗ Владимирской области «Центр специализированной фтизиопульмонологической помощи», г. Владимир

²Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

¹Center for Specialized of Phthisiopulmonary Care, Vladimir, RF

²Central Research Institute of Tuberculosis, Moscow, RF

Ситуация по туберкулезу в России в настоящее время остается напряженной. В 2013 г. общая заболеваемость туберкулезом в России составила 63,0 на 100 тыс. населения. В 2013 г. отмечается стабилизация распространенности множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП) среди контингентов, состоящих

на учете на окончание года: 24,3 на 100 тыс. населения в 2012 г. и 24,2 на 100 тыс. населения в 2013 г. Продолжается рост доли больных с МЛУ МБТ среди бактериовыделителей – с 37,5 до 40,0%.

Успех излечения больных, выделяющих лекарственно-устойчивые МБТ, зависит от своевременного выявления, быстрого и точного определения лекарственной чувствительности (ЛЧ) выделенных