

В 2012 г., по данным ЕМЦ, выявляемость ТБ у мигрантов составила 1,54; в 2013 г. – 0,99 на 1 000 обследованных; на 25.10.2014 г. – 1,47 на 1 000. При этом среди постоянных жителей г. Санкт-Петербурга, обследованных методом флюорографии в 2012 г., – 0,33 (по РФ – 0,51); в 2013 г. – 0,30 (по РФ – 0,47) на 1 000.

Учитывая, что ЕМЦ выявляет до 98% больных ТБ среди всех обследованных в городе мигрантов, полученные данные могут быть экстраполированы на всю категорию освидетельствуемых документированных мигрантов, прибывающих в г. Санкт-Петербург.

По полученным данным, выявляемость ТБ у внешних мигрантов за последние 3 года тенденции к снижению не имеет. При этом показатель выявляемости ТБ у мигрантов почти в 5 раз превосходит таковой среди обследованных постоянных жителей г. Санкт-Петербурга.

Заключение. Для повышения эпидемической безопасности жителей г. Санкт-Петербурга представляется целесообразным:

- мигрантов, прибывших из государств с относительно высокой распространенностью ТБ (прежде

всего, бывших республик СНГ), отнести к группе высокого риска по ТБ, особо выделяя недокументированных мигрантов;

- усилить контроль распространения ТБ среди мигрантов, расширяя межведомственное взаимодействие с учреждениями общей лечебной сети, с органами УВД, УФМС, Роспотребнадзора, с организациями, решающими проблемы социальной защиты населения;

- считать высокоэффективной созданную в городе систему централизованного выявления и диагностики ТБ и социально значимых заболеваний у мигрантов по принципу «одного окна» и рекомендовать ее для использования в других мегаполисах; в населенных пунктах с меньшим миграционным притоком исходить из эпидемической ситуации;

- создать в г. Санкт-Петербурге механизмы свободного доступа к услугам здравоохранения для детей мигрантов;

- согласно концепции государственной миграционной политики России ускорить в г. Санкт-Петербурге разработку и внедрение доступных для мигрантов схем медицинского страхования.

СОЧЕТАННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ГОРТАНИ И ЛЕГКИХ

КАБАНЕЦ Н. Н.¹, ФИЛИНЮК О. В.², АХМЕДОВА Ю. Н.²

CO-MORBID TUBERCULOSIS OF THE LARYNX AND LUNGS

KABANETS N. N.¹, FILINYUK O. V.², AKHMEDOVA YU. N.²

¹ОГБУЗ «Томский фтизиопульмонологический медицинский центр», г. Томск

²ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Томск

¹Tomsk Phthisiopulmonology Medical Center, Tomsk, RF

²Siberian State Medical University, Tomsk, RF

Туберкулез (ТБ) верхних дыхательных путей (ВДП) часто встречается в практике отоларингологов. Специфическое воспаление может возникнуть в любом отделе ЛОР-органов (при гематогенном/лимфогенном распространении микобактерий туберкулеза (МБТ), а также спутогенно через мокроту), примерно в 90% случаев страдает гортань, как правило, является осложнением легочного процесса, с частотой встречаемости от 0,3 до 1,4%. Возникновение ТБ гортани связано с рядом неблагоприятных факторов, как общих, так и местных. К числу общих факторов относят сниженную реактивность организма, что способствует гематогенному или лимфогенному распространению МБТ и заносу возбудителя ТБ в подслизистый слой чаще всего надгортанника и черпаловидных хрящей. Спутогенно (в результате инфицирования мокротой), как правило, поражается внутреннее кольцо гортани (ложные и истинные голосовые складки, подскладочное и межчерпало-

видное пространства, морганиевы желудочки). Это связано прежде всего с топографо-анатомической особенностью гортани. Расположение ее таково, что мокрота из бронхов и трахей, попадая в гортань, может надолго задерживаться в межчерпаловидном пространстве, гортанных желудочках, вызывая мацерацию поверхностного слоя слизистой оболочки гортани, разрыхление и слущивание эпителия. В результате МБТ проникают в замкнутое лимфатическое пространство субэпителиального слоя голосовых складок и межчерпаловидного пространства и вызывают там специфический процесс.

Цель: анализ заболеваемости сочетанного ТБ гортани среди пациентов с легочным ТБ, находящихся на лечении в стационарных отделениях ОГБУЗ «ТФМЦ» в 2010-2014 гг., с оценкой клинических проявлений.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни больных ТБ

легких в сочетании с ТБ гортани, прошедших лечение в ОГБУЗ «ТФМЦ» за последние 5 лет (2010-2014 гг.). В исследования не включали больных хроническим ТБ легких.

Результаты. ТБ гортани был выявлен у 8 из 2 159 больных ТБ легких, что составило 0,4%. Туберкулезное поражение гортани подтверждено гистологически у всех пациентов, у 2 – цитологически. Впервые выявленный ТБ легких наблюдался у 6 (75%), рецидив – у 2 (25%) человек. Сочетанное специфическое поражение легких и гортани чаще всего встречается у мужчин – 6 (75%), реже у женщин – 2 (25%). По возрасту больные распределились следующим образом: 36-45 лет – 4 (50%), 46-55 лет – 3 (37,5%), 55 и более – 1 (12,5%).

Высокий риск развития ТБ гортани у больных ТБ легких с табакокурением (100%) и злоупотребляющих алкоголем – 6 (75%). Хроническая неспецифическая инфекция ВДП встречалась у каждого третьего пациента – 3 (37,5%), при этом каждый четвертый был из контакта с больным, страдающим ТБ легких. У всех больных ТБ гортани был заподозрен фтизиатром на основании жалоб на осиплость голоса, боли в горле и дисфонию. ТБ гортани в половине случаев сопровождал диссеминированный ТБ легких – 4 (50%), в остальных случаях фиброз-

но-кавернозный туберкулез – 2 (25%) и казеозная пневмония – 2 (25%). У всех больных определялись МБТ (микроскопия, посев), чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам была сохранена у 5 (62,5%) пациентов, полирезистентность возбудителя (устойчивость к H, S) наблюдалась у 3 (37,5%).

По локализации и распространенности ТБ гортани у больных ТБ легких встречается в виде специфического поражения: голосовых складок – 3 (37,5%), надгортанника – 1 (12,5%), черпаловидного хряща – 2 (25%), подголосового пространства – 1 (12,5%) и тотального поражения гортани – 1 (12,5%). При этом у 2 больных было сочетание локализаций. В основном – 6 (75%) – заболевание протекало в инфильтративно-язвенной форме, специфические изменения в форме перихондрита черпаловидные хрящей встречались у 2 (25%) больных.

Заключение. Специфическое поражение гортани наблюдается у 0,4% больных легочным ТБ МБТ(+) (в половине случаев диссеминированная форма), чаще у мужчин с впервые выявленным процессом в возрасте от 36 до 45 лет, курильщиков и злоупотребляющих алкоголем. Поражение голосовых складок – наиболее часто встречаемая локализация ТБ гортани у больных ТБ легких.

ВИРУСНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОВРЕМЕННЫХ ЭПИДЕМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

КАБИРОВ Б. Р.¹, ЯГАФАРОВА Р. К.²

VIRAL LESIONS OF LIVER IN TUBERCULOSIS PATIENTS UNDER CURRENT EPIDEMIC SITUATION

KABIROV B. R.¹, YAGAFAROVA R. K.²

¹ОГБУЗ РБ «Стерлитамакский межрайонный противотуберкулезный диспансер», г. Стерлитамак

²Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

¹Serlitamak Inter-Regional TB Dispensary, Serlitamak, RF

²Bashkirsky State Medical University, Ufa, RF

В последние годы все чаще появляются сообщения о сочетании туберкулеза с хроническими вирусными гепатитами, что связано с непрерывным повышением частоты этих заболеваний. По данным В. А. Краснова и др. (2003), специфические маркеры вируса гепатита в сыворотке крови больных туберкулезом выявляются в 25-30 раз чаще, чем у населения в целом.

Цель: повышение эффективности диагностики и лечения поражения печени вирусным гепатитом у больных туберкулезом.

Материалы и методы. Проведен анализ 104 больных туберкулезом органов дыхания, име-

ющих сопутствующее инфекционное заболевание – вирусные гепатиты (87,5%), а 12,5% имели тройственную инфекцию (вирусный гепатит и ВИЧ-инфекцию). Большинство больных наблюдались по активным группам диспансерного учета (55,8%). Преобладал инфильтративный туберкулез легких (81,7%). Бактериовыделение было установлено у 49% больных, лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) выявлена у 26 больных (50,9% от всех бактериовыделителей). Неработающие лица составили 73,1%. Лица, состоящие на учете у нарколога, составили 22,1%, состоящие на учете у нарколога по поводу