

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«Тверская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Министерство здравоохранения Тверской области  
Государственное казенное учреждение здравоохранения Тверской области  
«Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер»

## **АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА**

Материалы  
III межрегиональной научно-практической  
и учебно-методической конференции  
с международным участием

19 марта 2014 года

*Под общей редакцией  
доктора медицинских наук А. В. Асеева*



Тверь  
Редакционно-издательский центр  
Тверской государственной  
медицинской академии

2014

УДК 616-002.5  
ББК 55.4  
А 901

Редакционная коллегия: А. В. Асеев, Д. С. Рясенский, Ю. Ф. Платонов.

Рецензенты:

Стаханов В. А., д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиатрии ГБОУ ВПО «Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н. И. Пирогова»;

Богадельникова И. В., д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии, ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И. М. Сеченова.

**А 901** **Актуальные проблемы туберкулеза** [Текст]: материалы III межрегиональной научно-практич. и учебно-методич. конф. с междунар. участием / под общ. ред. А. В. Асеева. — Тверь: Ред.-изд. центр Твер. гос. мед. акад., 2014. — 153 с.

ISBN 978-5-8388-136-4

В сборнике рассмотрены актуальные вопросы современной фтизиатрии и преподавания фтизиатрии в вузах: лекарственная резистентность туберкулеза, ассоциация с ВИЧ-инфекцией, рост числа остро прогрессирующих и осложненных форм туберкулеза, необходимость внедрения ускоренных методов детекции туберкулеза и определения лекарственной чувствительности микобактерий, повышение эффективности педагогического процесса во фтизиатрии.

Материалы конференции будут полезны врачам-фтизиатрам, хирургам, инфекционистам, педиатрам педагогическим работникам высших профессиональных учреждений, учащимся медицинских вузов.

УДК 616-002.5  
ББК 55.4

ISBN 978-5-8388-136-4

© ГБОУ ВПО Тверская ГМА Минздрава России, 2014

© Оформление. Редакционно-издательский центр Тверской государственной медицинской академии, 2014

## Содержание

Предисловие.....	5
АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., МАЛЕИНА Ю. В., МИРАКИ Р. И. Туберкулез репродуктивной системы у женщин .....	6
АДЖАБЛАЕВА Д. Н., МУХТАРОВ Д. З., АБИЛОВ А. У. Активное выявление туберкулеза у детей и подростков в условиях общей лечебной сети и противотуберкулезной службы .....	19
АЛЕКСАНДРОВА Е. Н., МОРОЗОВА Т. И. Принципы противотуберкулезной работы педиатрической службы .....	24
АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., ЧЕРНЫШЕВА Ю. В., РЯСЕНСКИЙ Д. С., МАЗУР В. В. Пневмоперитонеум во фтизиатрической клинике: Экстраперитонеальные эффекты .....	25
АСЕЕВ А. В. Результаты длительного хирургического ателектаза легкого при туберкулезе .....	27
АСЕЕВ А. В. Искусственный пневмоторакс в лечении больных туберкулезом легких: соотношение рентгенологических и барометрических характеристик .....	30
БАЖОРА Ю. И., МАЦЕГОРА Н. А., ЧЕСНОКОВА М. М., СМЕТЮК Е. А., БАБУРИНА Е. А. Влияние полиморфизма генов человека на функциональное состояние печени и почек у больных туберкулезом .....	32
БЕЛОВА Е. В., СТАХАНОВ В. А. Изучение влияния иммунологической реактивности на чувствительность к туберкулину у детей и подростков в условиях общей лечебной сети .....	33
БОЙКО А. В. Организация выявления и диагностики химиорезистентного туберкулеза в Украине на современном этапе .....	34
ВАРЧЕНКО Ю. А., БЕГОУЛЕВ О. Е., ГАЛАН И. О., КРАСЮК В. Э. Последствия использования индуктора интерферона на клинические показатели у больных с инфильтративным впервые диагностированным туберкулезом легких .....	39
ГАЛАН И. О., ВАРЧЕНКО Ю. А., ДОНЕЦ Д. Г. Динамика некоторых показателей белкового обмена и гепатобилиарной системы у больных с впервые выявленным туберкулезом легких .....	40
GERMAN A. A. Уровень кортизола, как показатель адаптации организма к стрессовым факторам .....	43
ЕВМЕНЧИК О. Е. Эффективность лечения первично выявленных больных туберкулезом в Тверской области в 2012 году .....	44

ЕРЕМЕНЧУК И. В., ШАПОВАЛОВ В. П. Характеристика профиля резистентности и медицинских факторов риска мультирезистентного туберкулеза легких .....	46
ДАДАБАЕВ В. К., ШЕМОНаЕВ Ю. В. Деонтология в профессиональной подготовке врача .....	47
КАТИЧЕВА А. В., БРАЖЕНКО О. Н., ЧУЙКОВА А. Г. Влияние табакокурения на течение туберкулеза легких .....	48
КОРИЧКИНА Л. Н., ВИЛКОВА Ю. В., ШАРЛАПОВА Т. Н., РОМАНОВА Н. П., КОМАРОВ И. И. Частота выявления туберкулеза у медицинских работников Тверской области .....	52
КРЫЛОВ В. В., АСЕЕВ А. В., МАКАРОВ В. К., КОРОЛЮК Е. Г., ГРИШКИНА Н. А., РЯСЕНСКИЙ Д. С., СТАРИКОВ В. С. Борьба с туберкулезом в Твери и Тверской области в XX–XI столетиях .....	54
ЛАПШИНА И. С., МЯКИШЕВА Т. В. Изучение эффективности работы противотуберкулезной службы с учетом эпидемиологической ситуации .....	58
МАРАСАНОВ С. Б. Лекарственно устойчивый туберкулез: проблемы лечения .....	63
МИЛЯЕВ А. А., АСЕЕВ А. В. Влияние метода выявления туберкулеза легких на структуру новых случаев туберкулеза .....	64
МИЛЯЕВ А. А., АСЕЕВ А. В. Применение ретростеральной лимфотропной химиотерапии у больных туберкулез/ВИЧ-ассоциированной инфекцией .....	66
МОРДЫК А. В., СИТНИКОВА С. В., ПУЗЫРЕВА Л. В., ИВАНОВА О. Г. Проблемы диагностики и повышения эффективности терапии туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией .....	67
МОРДЫК А. В., ПУЗЫРЕВА Л. В., ВАЛЕЕВА Г. А. Особенности течения туберкулеза, связанные с беременностью .....	69
ПИКАС О. Б. Содержание жирных кислот в плазме крови больных казеозной пневмонией .....	70
ПОЗДНЯКОВА Е. И., СЕНЧИХИН П. В., БОГАДЕЛЬНИКОВА И. В. Диагностика латентной туберкулезной инфекции у студентов .....	72
РЫЖКОВА О. А., СТРЕЛЬЦОВА Е. Н., САЙФУЛИН М. Х., ПОПОВА Н. А. Оценка переносимости противотуберкулезных препаратов больными туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя .....	73

РЯСЕНСКИЙ Д. С., АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., ЧЕРНЫШЕВА Ю. В. Современные подходы к определению липидного спектра у больных туберкулезом .....	76
РЯСЕНСКИЙ Д. С., АСЕЕВ А. В., ПЛАТОНОВ Ю. Ф., ЧЕРНЫШЕВА Ю. В. Использование оцифрованных рентгеновских изображений грудной клетки и электронной почты в преподавании фтизиатрии в медицинском вузе .....	78
САЛИНА Т. Ю., МОРОЗОВА Т. И., ДАНИЛОВ А. Н. Микробиологическая и молекулярно-генетическая характеристика возбудителя у больных диссеминированным туберкулезом легких .....	79
САФАРЯН М. Д., НИКОЛАЯН Л. Т., ПЕТРОСЯН Р. С. Результаты лечения туберкулеза половых органов у мужчин .....	81
СЛИВКА В. И. Патогенетическая роль простагландинов в нарушении функции внешнего дыхания у больных мультирезистентным туберкулезом легких .....	84
СЛИВКА В. И. Изменение функционального состояния почек у больных деструктивным туберкулезом легких .....	86
СМОКВИН В. Д. Некоторые аспекты обучения интернов пульмонологов-фтизиатров при реформе здравоохранения .....	89
СМОКВИН В. Д., БЕСЕДА Я. В. Сочетанное применение патогенетических средств при лечении больных туберкулезом легких .....	91
СМОЛЬСКАЯ И. Н., БАБУРИНА Е. А., ШПОТА Е. Е. Современные технологии высшего медицинского образования в преподавании фтизиатрии .....	93
СТЕПАНЕНКО В. А. Диагностическое значение изменений в системе крови при туберкулезе различной локализации .....	94
СТЕПАНОВА Н. А., СТРЕЛЬЦОВА Е. Н., САЙФУЛИН М. Х. Мотивация к лечению впервые выявленных больных туберкулезом легких .....	99
ТОДОРИКО Л. Д. Особенности течения туберкулеза у женщин .....	100
ТОДОРИКО Л. Д., ПОДВЕРБЕЦКАЯ Е. В., ПОДВЕРБЕЦКИЙ О. Я. Синдром мальабсорбции, как одна из составляющих формирования химиорезистентности при туберкулезе .....	104
ТОДОРИКО Л. Д., ПОДВЕРБЕЦКАЯ Е. В., ЕРЕМЕНЧУК И. В. Особенности преподавания фтизиатрии в высшей медицинской школе .....	106

снижение индекса СД3+/СД8+, у 5 человек снижение индекса СД19 и у 4 детей снижение индекса СД3+/СД16. Выявлено повышение индекса СД4+/СД8+ у 10 детей и подростков и у 5 человек нарушение фагоцитарного звена. Из 28 обследованных детей и подростков у 20 человек туберкулиновая чувствительность изначально была низкой (не более 7 мм) и угасала ко второму-третьему году после вакцинации вакциной BCG до анергии, по сравнению с контрольной группой из 30 здоровых детей, где она была изначально 8-15 мм и угасала к шестому-седьмому году после вакцинации вакциной BCG.

Выводы: Патогенетической основой частых заболеваний являются изменения иммунологической реактивности в виде: снижение индексов СД3+/СД8+, СД19, СД3+/СД16 и нарушения фагоцитарного звена. Изменения при этом разнонаправлены и могут затрагивать все звенья иммунитета. Низкая туберкулиновая чувствительность является показателем снижения иммунологической реактивности, возможно, свидетельствует и о более низком ответе на вакцинацию вакциной BCG. Таким образом, врачам общей лечебной сети педиатрической службы важно помнить, что у детей и подростков с низкой иммунологической реактивностью возможен риск развития туберкулеза.



УДК 616-002.5-07-08

А. В. Бойко

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

### **ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В УКРАИНЕ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

Введение. Вопрос борьбы с туберкулезом (ТБ), как социально опасной болезнью, остается одним из приоритетов государственной политики в сфере здравоохранения и требует программно-целевого метода и предполагает внедрение комплексного подхода к противодействию эпидемии. Следует отметить, что наиболее уязвимыми к инфицированию микобактериями туберкулеза (МБТ) являются люди в возрасте от 20 до 49 лет — основная часть трудоспособного населения, составляющая экономический потенциал страны.

Основная часть. В Украине создана нормативно-правовая база, реализация которой позволяет существенно повлиять на эпидемический процесс, значительно уменьшая его интенсивность. Механизм реализации государственной политики в сфере противодействия ТБ направлен на выполнение Закона Украины № 4565-17 от 22.03.2012 «О внесении изменений в Закон Украины «О борьбе с заболеванием туберкулезом»», на основании

которого утверждена «Общегосударственная целевая социальная программа противодействия заболеванию ТБ на 2012–2016 годы» [3]. Основные задачи программы:

- укрепление системы здравоохранения в области противодействия заболеванию ТБ, в т. ч. и химиорезистентным (ХРТБ);
- усиление системы мониторинга и оценки мероприятий выполнения Программы;
- организация выявления и диагностики ТБ;
- противодействие мультирезистентному туберкулезу (МРТБ) и ТБ с расширенной медикаментозной резистентностью (РРТБ);
- реализация совместных мер противодействия ко-морбидной патологии туберкулез и ВИЧ-инфекция/СПИД;
- создание благоприятной социальной среды для деятельности институтов гражданского общества для преодоления эпидемии ТБ.

В рамках реализации Общегосударственной целевой социальной программы противодействия заболеванию ТБ в Украине достигнуто существенных положительных сдвигов по эпидемической ситуации. В 2012 году показатель заболеваемости впервые диагностированным активным туберкулезом (ВДТА) составил 68,1 на 100 тыс. населения, который меньше аналогичного в 2007 году. Уровень смертности снизился с 2006 года на 31 % — с 22,3 до 15,3 на 100 тыс. населения в 2012 году. Реализация Региональной программы противодействия заболеванию ТБ в Черновицкой области демонстрирует тенденцию к снижению показателя заболеваемости ВДТА в 2012 году, который является ниже показателя эпидемического порога (50 на 100 тыс. населения) (рис. 1).

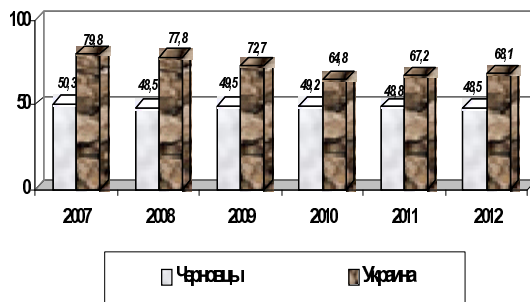


Рис. 1. Заболеваемость всеми формами впервые диагностированного активного туберкулеза за 2007–2012 годы (на 100 тыс. населения)

Одновременно, на фоне постепенной стабилизации эпидемического процесса относительно ТБ, угрозой представляет распространение химиорезистентных его форм. По распространенности МРТБ можно выделить Индию,

Китай, Российскую Федерацию, Южную Африку, на которые приходится почти 60% случаев МРТБ в мире [5].

В настоящее время каждый четвертый больной ТБ в Украине имеет МРТБ, требующий своевременно поставленного диагноза и проведения длительного (20 месяцев по сравнению с 6-ю при сохранении чувствительности МБТ) лечения дорогостоящими и, в то же время, малоэффективными и высокотоксичными препаратами. По данным ВОЗ [1], в Украине МРТБ имеют 16 % больных, которым впервые установлено диагноз туберкулеза, и 44 % больных с рецидивом заболевания. Среди подтвержденных случаев МРТБ наибольшая часть приходится на новые случаи ТБ легких (27 %), затем на лечение после неудачи повторного курса (19 %), меньшую часть занимают «другие» случаи (17 %). Среди всех пациентов, зарегистрированных в 4 категории за 6 месяцев 2012 года, количество больных с подтвержденными случаями МРТБ составляет 79 %, соответственно, случаев с подозрением на МРТБ — 21 %.

В Черновицкой области, как и в целом по стране, регистрируется тенденция к росту показателя заболеваемости МРТБ с 4,1 на 100 тыс. населения в 2011 году до 5,9 в 2012 году (на 14,3 %,  $p < 0,05$ ) (рис. 2).

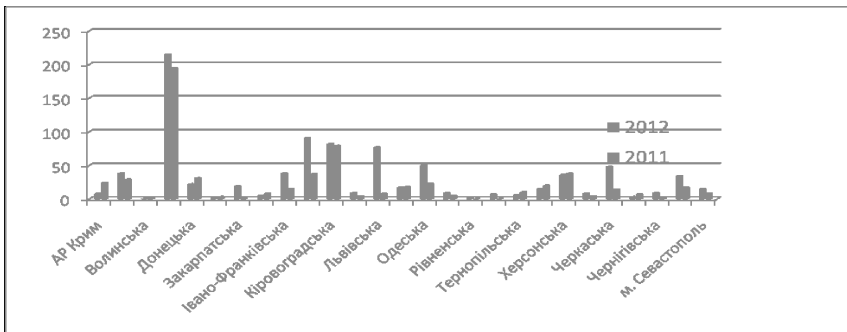


Рис. 2. Количество случаев с подозрением на МРТБ, зарегистрированных за 6 мес 2012 по сравнению с аналогичным периодом 2011 года в разрезе регионов Украины

Анализ источников литературы [2] и собственные исследования показали, что высокий уровень распространенности ТБ в Украине обусловлен: социально-экономическими проблемами и низким уровнем жизни населения; недостаточным финансированием службы здравоохранения; несовершенством законодательства или невыполнением его постановлений; несовершенной социальной профилактикой туберкулеза; распространением ко-инфекции ТБ/ВИЧ и химиорезистентного ТБ; несовершенной диагностикой внелегочного туберкулеза (ВЛТБ) на фоне просчетов в программе контролируемого лечения; широким распространением ТБ в пенитенциарной систе-



ме; ростом темпов внешней и внутренней миграции и количества медицинских и социальных факторов риска возникновения этой болезни.

Результаты научного анализа показали, что основная причина ухудшения эпидемиологической ситуации по ХРТБ заключается в изменении биологических свойств МБТ — способности к изменению внешних и внутренних признаков микроорганизма под действием мутагенных факторов, закрепленных генетически (изменчивость) и наличии возможности спонтанного процесса генетических изменений, возникающих под действием каких-либо внешних факторов (мутация) с селекционным отбором наиболее жизнеспособных микроорганизмов.

Причины развития лекарственной устойчивости МБТ делятся на:

- биологические — недостаточная концентрация, индивидуальные особенности организма (скорость инактивации препарата индивидуальна), сопутствующие заболевания, препятствующие образованию адекватной концентрации противотуберкулезного препарата в крови и в очаге туберкулезного поражения;
- поведенческие и психологические особенности пациента (контакт с больным МРТБ, нерегулярный прием лекарств, досрочное прекращение приема препаратов, плохая переносимость лекарств);
- обусловленные заболеванием — при изменении доз препаратов при большом количестве МБТ в участках пораженной ткани может возникать изменение рН, которая препятствует активному воздействию лекарственного вещества; монотерапия; недостаточная доза или длительность лечения, применение препаратов с перекрестной резистентностью, неправильное назначение режима лечения, несоответствие доз препаратов;
- организационные просчеты и неадекватное финансирование противотуберкулезной программы и других заинтересованных ведомств, отсутствие необходимого ассортимента и количества лекарственных средств, неправильное хранение препаратов.

Залогом успеха в борьбе с ТБ является своевременная его диагностика. В рамках реализации Программы 9 раунда Глобального Фонда приобретены автоматические анализаторы (Bactec). Теперь на всех административных территориях Украины, есть возможность проводить ускоренную диагностику, в том числе постановку теста медикаментозной чувствительности на жидких средах.

В рамках реализации общегосударственной программы предусмотрена закупка оборудования для молекулярно - генетической диагностики ТБ. Новейшая молекулярная платформа Xpert MTB/RIF, которая прошла апробацию в странах с низким и средним уровнем экономического развития, признана тестом первого ряда для лиц с подозрением на МРТБ или ВИЧ-ассоциированный ТБ и тестом для дальнейшего исследования негативных мазков мокроты других пациентов. Внедрение Xpert MTB/RIF в нашем

государстве и, в частности, в нашей области не требует ни длительной подготовки медицинского персонала, ни современные лаборатории, ни новейших методов биологической защиты и является чрезвычайно перспективным.

Основные недостатки традиционной прямой микроскопии мазка (низкая чувствительность и специфичность), а также культурального исследования (большая продолжительность получения результата) преодолены в новом методе, известном как микроскопический метод выявления медикаментозной чувствительности [2].

В поисках биомаркеров активного процесса в крови или моче, для диагностики непродуктивного и внелегочного ТБ, как потенциальный биомаркер, предложено применение микобактериального липоарабиномана — термостойкий глюкопротеид. Его выделяют метаболически активные МБТ, и после фильтрации почками он попадает в мочу [6].

Одним из методов иммунодиагностики ТБ является известный тест освобождения  $\gamma$ -интерферона. Маркер позволяет отличить инфицирование от болезни и определить различные фазы заболевания, может быть полезным не только для диагностики, а также для оценки эффективности вакцинации.

Новой разработкой является эндобронхиальное ультразвуковое исследование, которое позволяет в реальном времени визуализировать структуры средостения. В сочетании с чрезбронхиальной игольной аспирацией — это безопасный метод аспирации лимфатических узлов средостения и корня легких под сонографическим контролем.

Выводы. Решение проблем фтизиатрии в Черновицкой области и стране в целом возможно путем реализации государственной политики, основанной на принципах обеспечения всеобщего и равного доступа населения к качественным услугам по профилактике, диагностике и лечению туберкулеза.

#### **Литература**

1. Александріна Т. А. Особливості епідемії туберкульозу в Україні / Т. А. Александрина // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. — 2012. — № 2. — С. 7–13.
2. Analysis of the efficacy of chemotherapy of multidrug-resistant tuberculosis under the conditions of the spread HIV/AIDS epidemic / L. D. Todoriko, A. V. Boiko, I. V. Yeremenchuk, U. M. Lesuk // Буковинський медичний вісник. — 2011. — Т. 15, № 3 (59). — С. 249–253.
3. Закон України № 4565-VI від 22.03.2012 «Про протидію захворюванню на туберкульоз».
4. Наказ МОЗ України від 21. 12. 2012 № 1091 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної медичної допомоги. Туберкульоз».
5. Центр медичної статистики МОЗ України. Туберкульоз в Україні (аналітично-статистичний довідник за 2000–2011 роки) / за ред. О. К. Толстонова. — К., 2012. — 98 с.

6. Thaiss C. A. Toward novel vaccines against tuberculosis: current hopes and obstacles / C. A. Thaiss, S. H. E. Kaufmann // *Yale Journal of Biology and Medicine*. — 2010. — Vol. 83. — P. 209–215.
7. World Health Organization. Global Tuberculosis Control report. WHO report. — 2012. — Geneva, Switze.



УДК 616.24-002.5-097

Ю. А. Варченко, О. Е. Бегоулев, И. О. Галан, В. Э. Красюк

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

**ПОСЛЕДСТВИЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНДУКТОРА ИНТЕРФЕРОНА  
НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЛЬТРАТИВНЫМ  
ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

В настоящее время интерферон-гамма используется в диагностике и лечении больных туберкулезом. Положительная роль препаратов индукторов интерферона представлена во многих исследованиях. Нами исследовано эффективность использования индуктора интерферона кагоцела у больных с впервые диагностированным инфильтративным туберкулезом легких (ВДТЛ). Проанализирована динамика закрытия полостей распада, биохимических показателей, прекращение бактериовыделения у 58 пациентов с ВДТЛ. Основная группа пациентов с ВДТЛ, которая получала индуктор интерферона кагоцел, состояла из 28 лиц. Контрольная группа пациентов, которая лечилась по стандартному режиму противотуберкулезной терапии, состояла из 30 лиц. Препарат назначался в первый месяц лечения сроком на 4 недели по 2 таблетки (0,024 г) два дня подряд, после чего делался перерыв на 5 дней. Использование кагоцела в основной группе пациентов повышало частоту закрытия полостей распада после четырех месяцев лечения на 32,2 %, что сопровождалось увеличением частоты закрытия полостей распада на момент окончания лечения на 29,8 % в сравнении с больными контрольной группы. А именно, после 4 месяцев лечения у 14 лиц основной группы закрылись полости распада, что составляло 53,85 % из 26 лиц этой группы с наличием полостей распада. Тогда как у лиц контрольной группы, соответственно, у 8 (28,58 %) из 28. На момент окончания курса лечения у 20 (86,96 %) из 23 лиц этой группы (3 лица основной группы были исключены из дальнейшего обследования после 2-х месяцев лечения по причине нарушения режима лечения) полости распада закрылись. И только у 16 лиц (57,14 %) контрольной группы наблюдалось закрытие полостей распада. Частота прекращения бактериовыделения у пациентов основной группы возросла на 21,15 % на втором месяце лечения в сравнении с контрольной группой больных (57,15% и 36,0% соответственно). В дальнейшем частота