

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 ретростернальной 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

инфильтративных явлений в лёгочной ткани, закрытие полостей распада и прекращение бактериовыделения (методом микроскопии).

Как показали результаты исследования, мотивация к излечению способствует повышению эффективности специфической химиотерапии. На низкий уровень приверженности лечению оказывают влияние такие факторные признаки социального характера, как отсутствие работы в трудоспособном возрасте 46,5 % пациентов, наличие инвалидности на момент выявления туберкулёза (4,1 %), больной не состоит в браке (57,3 %), отсутствие детей (16 %), проживание в неблагоустроенных условиях (общежития и т.д.) — 34,9 % ( $r=0,97$ ;  $p<0,05$ ). Кроме того, факторные признаки медико-биологического характера: курение более 10 сигарет в день (92,8 %), злоупотребление алкоголем (39,2 %), употребление наркотиков (12,4 %), давность флюорографического обследования свыше 2–3 лет (47,8 %), распространённость туберкулёзного процесса (54,7 %) ( $r=0,88$ ;  $p<0,01$ ). Рассасывание инфильтративных явлений в легких у пациентов 1 группы определялось в 89,2 % против 69,2 % (2 группа). Закрытие полостей распада в 84,4 % против 66,7 %; прекратили выделять МБТ 100 % против 97,7 % соответственно. Пациенты с высоким уровнем приверженности лечению, по всем критериям оценки имели высокий потенциал преодоления болезни ( $r=0,99$ ).

Таким образом, анализ результатов исследования показал, что на эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулёзом лёгких, несомненно, оказывает влияние «качество жизни» (медико-социальная ориентация), от которого зависит наличие или отсутствие мотивации к излечению.



УДК 616.24-002.5-084-055.2

Л. Д. Тодорико

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

### **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА У ЖЕНЩИН**

В 2010 году 3,6 млн женщин болели туберкулезом (ТБ) и более 0,5 млн умерли от этой болезни, преимущественно в репродуктивном возрасте (от 15 до 44 лет). По данным ВОЗ (2012) туберкулез является третьей причиной по частоте смертности женщин во всем мире. Нужно отметить, что 70 % женщин мира, страдающих ТБ, проживают в развивающихся странах с низким уровнем доходов, и почти 98 % всех случаев смертей женщин от ТБ ежегодно регистрируется в этих регионах. Высказывается мысль, что бедность является главным фактором, способствующим развитию ТБ у женщин (Rider Н. L., 1995; Long N. et al., 2001; Getahun H. et al., 2007).

Статистический анализ показал, что женщины болеют туберкулезом легких в 2,2 раза реже мужчин, однако, это касается возрастной категории от 20

до 49 лет, представляющей существенную социально-экономическую проблему (ВОЗ, 2011). В социальной структуре впервые диагностированного туберкулеза (ВДТБ) преобладают неработающие лица трудоспособного возраста (40–45 %), удельный вес студентов, заболевших ТБ, приравнивается к лицам, освободившимся из мест лишения свободы, и лицам без постоянного местожительства. Японские авторы отмечают, что, не смотря на социальные, медицинские и другие меры в стране, туберкулез среди молодого населения является ключевым и движущим фактором развития новых его случаев. Подтверждением вышеизложенного являются исследования, которые проведены за последние годы в Бразилии, Испании, России, США, Турции, Украине.

Анализ литературных источников показал, что на сегодняшний день недостаточно раскрыты вопросы заболеваемости, болезненности и смертности от ТБ у женщин репродуктивного возраста, не выявлена структура болезни по возрасту, клинической форме, частоте бактериовыделения и деструкций в легких, не выяснены особенности клиники и диагностики. Без таких данных невозможно выделить наиболее уязвимые туберкулезом контингенты, разработать эффективные методы его выявления и диагностики, определить группы риска для проведения профилактических мер. Итак, вопрос гендерных особенностей патоморфоза ТБ легких на сегодняшний день остается актуальным и не до конца исследованным.

Анализ отечественных источников литературы показал, что максимум заболеваемости туберкулезом у женщин приходится на репродуктивный возраст 18–44 года, и в этой возрастной категории наметилась тенденция к уменьшению показателя заболеваемости на 3,3 % (6117 лиц в 2010 году против 5917 — в 2012 году). Однако в возрастном диапазоне 25–44 года сохраняется тенденция к приросту заболеваемости ТБ на 1,2 % (4700 лиц в 2010 против 4758 — в 2012 году). Таким образом, уменьшение заболеваемости ТБ легких у женщин происходит за счет уменьшения этого показателя в возрастном диапазоне от 18 до 24 лет.

Следует отметить, что высокий уровень заболеваемости ТБ у женщин репродуктивного возраста в регионах с неблагоприятной социально-экологической средой обитания характеризуется преобладанием деструктивных и распространенных клинических форм, удельный вес которых достигает 80 %, особенно за счет семейно-родственных очагов инфекции. Среди женщин, которые заболели на ТБ, преобладают социально адаптированные с достаточно высоким образовательным уровнем (среднее и среднее специальное образование имели большинство женщин). Бессимптомно ТБ протекал у каждой третьей женщины, бацилловыделение определялось у половины заболевших; у 66 из 100 женщин констатирована деструкция легочной ткани. Прогностически с 2012 г. возможным является рост заболеваемости среди данной категории населения.

В последнее время чаще появляются сообщения о случаях химиорезистентного туберкулеза у беременных женщин, что значительно затрудняет лечение в связи с эмбриотоксичностью многих химиопрепаратов. Описывают случаи врожденного ТБ, генерализованного туберкулеза у беременных женщин после оплодотворения *in vitro* и пересадки эмбриона. Туберкулез, который развился во время беременности, часто протекает малосимптомно, поэтому в современной эпидемиологической ситуации необходимо сохранить профилактическую флюорографию в родильном доме. После родов ТБ чаще развивается с выраженными клиническими симптомами и имеет склонность к формированию деструкций и бактериовыделению.

В результате продолжительного применения специфической химиотерапии у женщин, больных ТБ, и в частности при наличии мультирезистентной его формы, меняется стойкость физиологических барьеров влагалища, возрастает количество инфекций, которые передаются половым путем, и весомую часть в структуре нарушений репродуктивного здоровья составляют воспалительные заболевания половых путей. Результаты целого ряда исследований показали, что микрофлора влагалища у женщин, больных ТБ легких, преимущественно носит характер дисбиоза. В содержимом влагалища формируется выраженный дефицит, а в отдельных случаях (37,0 %) — элиминация автохтонных облигатных лактобактерий, возрастает контаминация влагалища условно патогенными и патогенными микроорганизмами, достигающими высоких популяционных уровней, которая требует соответственного наблюдения и назначения местного лечения гинекологами. Установлено, что степень поражения гениталий в значительной мере коррелирует с тяжестью туберкулезного процесса легких, продолжительностью специфического лечения и иммунодефицитным состоянием организма, которое существенно снижает резистентность слизистых оболочек влагалища. Имеет место утверждение, что у более 30 % женщин изменения в половой системе предшествуют выявлению туберкулезного процесса в легких или проявляются одновременно, что подтверждает патогенетическую связь между нарушениями репродуктивной функции и туберкулезной инфекцией.

Целый ряд исследователей проводили молекулярно-генетическое исследование вагинальных выделений у женщин репродуктивного возраста, больных ВДТБ легких. Полученные результаты удостоверили наличие значительной ассоциации между инфицированием микобактериями *M. tuberculosis* генотипа Beijing легких и поражением половых путей указанным штаммом, который имеет весомое практическое значение для выбора лечебной тактики нарушений репродуктивной функции у данного контингента женщин с учетом продолжительной противотуберкулезной терапии у пациенток с активной формой ТБ легких. В результате исследований выявлено, что фактором распространения указанных штаммов на половые пути, очевидно, есть медикаментозная резистентность к противотуберкулезным препаратам

(ПТП), которая обусловлена свойствами хромосомной ДНК и наличием значительного количества (от 15 до 26) вставных элементов IS6110.

На сегодняшний день показано, что любое заболевание, вызывающее значительную потерю веса и связанное с системной воспалительной реакцией, может сопровождаться аменореей. Таким образом, распространенный туберкулезный процесс, сопровождающийся признаками системного воспаления у женщин детородного возраста, может привести к нерегулярным и беспорядочным менструациям и аменорее. Следует отметить, что в очень редких случаях ТБ может поражать надпочечные железы (в прошлом он был одной из распространенных причин болезни Аддисона), гипофиз и яичники.

Анализ литературных источников свидетельствует, что *hypomenorrhea* или аменорея была описана у значительного количества больных ТБ легких женщин. Почему негенитальный туберкулез вызывает нарушение менструального цикла неизвестно, но гормональные изменения, которые могут повлиять на характер менструации, наблюдались у таких пациенток, и антигонадотропный эффект МБТ был продемонстрирован в экспериментальном исследовании. Tripathy и др. показали, что у 13 % больных ТБ легких женщин имели место изменения эндометрия. Шефер (2007) высказал мысль, что все случаи аменореи из-за ТБ, вероятно, происходят вследствие участия эндометрия.

Результаты ряда исследований показали, что один из наиболее активных противотуберкулезных препаратов — рифампицин — может вызвать менструальные расстройства. Рифампицин повышает ферментативный катаболизм эстрогенов, который может повлиять на всплеск продукции лютеинизирующего гормона, в результате чего возбуждается цикл овуляции. Анализ целого ряда историй болезни показал, что аменорея была не редкостью после противотуберкулезной терапии. Таким образом, противотуберкулезная терапия может способствовать развитию менструальных расстройств.

Большинство исследователей констатирует, что выраженные нарушения менструального цикла наиболее возможны, когда женские половые органы поражены туберкулезным процессом. Заболевание чаще всего поражает маточные трубы (92–100 %), яичники (10–30 %), эндометрий (50 %), шейку матки (5 %) и редко влагалище или вульву (менее 1 %). При анализе историй болезни 120 пациентов с генитальным туберкулезом Самал и др. показали, что олигоменорея возникает в 54 % случаев, менорагия — в 19 %, аменорея — в 14,3 %, и в постменопаузе кровотечения возникают в 1,6 % случаев. Подобная распространенность нарушения менструального цикла была описана и другими авторами.

Результаты целого ряда исследований показали, что гормональный фон женщин репродуктивного возраста, больных ТБ легких, характеризуется относительной эстрогемией, склонностью к андрогенизации, гиперпролактинемии и повышению уровня «стрессовых» гормонов. Туберкулезная интоксикация у женщин с ВДТБ легких способствует снижению уровня эстрадиола и

повышению уровня лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов, которые, в некоторой мере, можно рассматривать как прогностический критерий неэффективности лечения специфического процесса. Применение гормональной терапии у большинства женщин, больных ТБ легких, способствует нормализации менструального цикла, снижению болевого синдрома, нормализации уровня эстрадиола и гонадотропных гормонов.

Таким образом, анализ научных источников показал, что туберкулез существенно снижает качество жизни у женщин репродуктивного возраста и приводит к нарушениям гормонального статуса. Эффективность лечения туберкулеза зависит не только от основного заболевания, но и гормональных нарушений, в том числе и половой сферы.



УДК 616-002.5:615.015.8]-085:616.341-008.6

Л. Д. Тодорико, Е. В. Подвербецкая, О. Я. Подвербецкий

Буковинский государственный медицинский университет, г. Черновцы, Украина

### **СИНДРОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ, КАК ОДНА ИЗ СОСТАВЛЯЮЩИХ ФОРМИРОВАНИЯ ХИМИОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ**

Введение. Эпидемия туберкулеза (ТБ) остается актуальной проблемой современной медицины на протяжении многих лет. Вследствие нарушения приема противотуберкулезных препаратов (ПТП), назначения заниженных доз ПТП, наличия тяжелой сопутствующей патологии, нарушение всасывания в желудочно-кишечном тракте в последние годы в мире начали распространяться химиорезистентные формы микобактерий. Это стало причиной возникновения новой угрозы для человечества — начинающейся эпидемии мультирезистентного ТБ (МРТБ), при котором наблюдается устойчивость микобактерий к основным ПТП — к изониазиду и рифампицину.

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире доля мультирезистентного ТБ составляет около 3,6 % всех впервые диагностированных случаев, а среди больных с повторным лечением — около 20 %.

Наиболее высокие темпы прироста количества случаев МРТБ, наряду с Индией и Южной Африкой, были зафиксированы в Украине, где в 2012 году было подтверждено 6934 диагноза МРТБ и 1477 случаев подозрения МРТБ. Эффективное лечение МРТБ в Украине составляет около 30 % случаев (ВОЗ).

Методы и материалы. Проведен анализ отечественных и зарубежных научных публикаций (MEDLINE и ISI Web of Science).

Результаты и их обсуждение. Анализ данных литературы показал, что, несмотря на то, что большинство противотуберкулезных препаратов принимаются перорально, исследованию пищеварительного тракта у больных туберкулезом уделяется мало внимания.