

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР
ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
МИНЗДРАВРОССИИ
КЕМЕРОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТОМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУЗБАССА
КУЗБАССКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ И.Ф. КОПЫЛОВОЙ
ОБЩЕСТВО ФТИЗИАТРОВ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ-КУЗБАССА**



***МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА***

**Материалы II межрегиональной конференции молодых ученых с
международным участием**

31 мая 2023 года

КЕМЕРОВО

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

УДК [616-002.5+616.9](082)

ББК 55.4+55.14я43

М 430

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА : материалы II Межрегиональной конференции молодых ученых с международным участием (Кемерово, 31 мая 2023 г.) – Кемерово: КемГМУ, 2023. – 73 с.

В сборнике представлены материалы Межрегиональной конференции молодых ученых с международным участием, состоявшейся 31 мая 2023 г. в Кемеровском государственном медицинском университете. Участники конференции студенты, ординаторы, аспиранты и молодые ученые – представители вузов и научных организаций России и стран зарубежья, разработки которых посвящены актуальным вопросам фтизиатрии и инфекционных заболеваний.

Редакционная коллегия выпуска:

д.м.н., доцент Пьянзова Т.В.

д.м.н., проф. Паролина Л.Е.

д.м.н., проф. Мордык А.В.

Ответственный секретарь выпуска: Брюхачева Е.О., Холодов А.А.

Материалы публикуются в авторской редакции.

ISBN 978-5-8151-0309-2

© *ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный
медицинский университет» Минздрава России, 2023*

СОДЕРЖАНИЕ

АБДРАХМАНОВ М.Д., БОЛАТҚАЗЫ М.Б., БАЙГАЗИНА Д.Н., ИЗГУТТИНОВА А.Д., ОРНАБИДЕН Э.Р. ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	7
АЛЕКСИШИНЕЦ А.А., ЕРМАЧЕНКО П.П., ГЛАДКИЙ С.А. ОСОБЕННОСТИ И ИСХОДЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ- АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА	9
БАЙНАКОВА Ю.Р. ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	12
БРЮХАЧЕВА Е.О. ФИЛИМОНОВА Е.А. СРАВНЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	14
ВАЙЛЕНКО Д.С., ШМАТКОВ В. И. ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА НА МОРФОЛОГИЮ ПЕЧЕНИ КРЫС	16
ВЕЛИЧКО С.А. ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ	20
ГРИЦЫНА А.А. ВОЗМОЖНО ЛИ ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	22

ТХОРЕНКО Б.А., КАРАБЧУКОВ К.Б.	26
ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА <i>VDR</i>	
КАТАСОНОВА А.А., КУЗЬМИН Е.А.	29
ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ)	
ДЕМЕНТЬЕВА Е.К.	32
ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАЮЩИХ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ	
МАШАНОВА А.В.	34
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА И ТОКСОПЛАЗМОЗА	
КУВШИНОВА А.П.	39
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КУЗБАССЕ	
КУЗЬМИН Е.А., ДАВЫДОВА Т.Н.	41
ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ПРОТОКОЛОВ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ)	
ЛОГАЧЕВА Ю.Ю., ПОРКУЛЕВИЧ Н.И.	44
ОЦЕНКА ДОЛИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПО ОСНОВНОМУ И СОПУТСТВУЮЩЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ У ПАЦИЕНТОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА	
ЛОГИНОВА Ю.А.	48

**АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-
АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ**

НОВИЧКОВА Т. В., КОЛМАКОВ Е. Д. 50

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА
В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД 2022-2023 ГОДА**

ПАНТЕЛЕЕВА Н.С., СМЕТАНИН А.Г., СМЕТАНИНА Е.А. 53

**ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ
ДИАГНОЗА ТУБЕРКУЛЕЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ
СТАЦИОНАРЕ**

ПАХАРЬКОВА.Я.П. 56

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ, ЗАБОЛЕВШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

СЕЙВАЛЬД Я.Е. 60

**ПРОБЛЕМА НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АРВТ У БОЛЬНЫХ
ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ТБ**

СОЛОДОВНИКОВА А.О., РУБАШКО А.В, ВИТОВСКИЙ А.А. 62

**ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, КАК КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНЫЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19**

УШАНЕВ В.Е. 65

**КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА У ПАЦИЕНТОВ С
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В СХЕМУ
ПАРААМИНОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ**

ФИЛИНКОВ Д.А. 68

**ПРОБЛЕМА ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ
УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К
ФТОРХИНОЛОНАМ**

ШИРЯЕВА А.А., РЮМКИНА И.В., БЕЛОУСОВА Е.В., ШЕСТАКОВ
Н.А. 70

**ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ НАВЫКА ДИАГНОСТИКИ
ТУБЕРКУЛЕЗА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа**

АБДРАХМАНОВ М.Д., БОЛАТҚАЗЫ М.Б., БАЙГАЗИНА Д.Н.,
ИЗГУТТИНОВА А.Д., ОРНАБИДЕН Э.Р.

**ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНЫХ ФОРМ ТУБЕРКУЛЕЗА У
ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*кафедра сердечно-сосудистой и торакальной хирургии им. Б.С. Буланова
НАО "Медицинский университет Семей", г. Семей, Республика Казахстан*
Научный руководитель – ассистент кафедры Сагат Б.К.

ABDRAKHMANOV M.D., BOLATKAZY M.B., BAYGAZINA D.N.,
IZGUTTIANOVA A.D., ORNABIDEN E.R.

**FEATURES OF SECONDARY FORMS OF TUBERCULOSIS IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS**

*Department of Cardiovascular and Thoracic Surgery named after B.S. Bulanov
NPJSC "Semey Medical University", Semey, Republic of Kazakhstan*
Supervisor – Assistant of the Department Sagat B.K.

В настоящее время одним из сложных вопросов является рассмотрение эпидемиологии инфекционных заболеваний, выявление очагов заболевания. Чтобы найти точные механизмы передачи, необходимо запросить исчерпывающую историю болезни. Вторичный туберкулез чаще всего встречается у подростков и пожилых людей. Его первопричинам также способствует низкий иммунитет, контакт с людьми, которые в детстве болели туберкулезом. Вторичные формы туберкулеза также часто могут возникать из-за осложнений предыдущего заболевания. В ходе исследования мы рассмотрели виды вторичных форм, частоту распространения и общие особенности. К основным видам относятся инфильтративный туберкулез, очаговый туберкулез. Пути передачи болезни часто могут развиваться в общественных местах, в людных, узких по воздуху помещениях или в детском саду. В этой связи основным вопросом является соблюдение санитарно-гигиенических мер.

Цель исследования. Рассмотреть формы вторичного туберкулеза у детей и подростков, выявить основные особенности развития заболевания.

Материалы и методы исследования. Основной дизайн исследования – ретроспективный анализ. В ходе работы были проанализированы истории болезни пациентов, госпитализированных в период с 2019 по 2022 год. В исследование были включены критерии включения – возраст пациентов, Пол, Основной рентгенологический диагноз, результаты анализов мокроты из

лабораторных исследований, результаты теста Gxpert, результаты пробы Манту, пути заражения, принципы лечения. Критериями, не включенными в исследование, являются данные истории жизни, факторы наследственности. По полученным данным рассчитаны процентные показатели.

Результаты и их обсуждения. При изучении истории болезни пациентов анализировались данные, собранные за разные годы. В том числе данные за 2019 год: общий пол пациентов девочки – 52 % (12), мальчики – 43,5 % (10), подростки – 56,5 % (13), пути заражения: пациенты с неустановленными путями заражения – 43,4 % (10), контактировавшие с больным туберкулезом – 43,4 % (10) установлено, что гематогенный путь заражения составляет 13% (3). Результаты анализа мокроты составили: отрицательный результат – 73,9% (17), положительный результат – 26% (6). GXpert имел положительный результат – 69,5% (16), отрицательный результат – 30,4% (7). По данным истории болезни за 2020 год общий пол пациентов девочки – 66% (8), мальчики – 33% (4), бактериальный посев мокроты положительный – 16,6% (2), отрицательный результат – 91,6 % (11), результаты анализа мокроты: отрицательный результат – 83,3% (10), положительный результат – 25% (3). GXpert имел положительный результат – 33,3% (4), отрицательный результат – 58,3% (7). По данным истории болезни за 2021 год общий пол пациентов: девочки – 36% (4), мальчики – 63% (7), бактериальный посев мокроты положительный – 27% (3), отрицательный результат – 45 % (5), результаты анализа мокроты: отрицательный результат – 81 % (9), положительный результат – 45% (5). Gxpert имел положительный результат – 36% (4), отрицательный результат – 45% (5), неопределенный результат – 9% (1). По данным истории болезни 2022 года общий пол пациентов: девочки – 31% (4), мальчики – 81% (9), бактериальный посев мокроты положительный результат – 7,7% (1), отрицательный результат – 92,3 % (12), результаты анализа мокроты: отрицательный результат – 81 % (9), положительный результат – 45% (5). Положительный результат по GXpert составил 38,6 % (5), отрицательный результат – 61,5 % (8). В целом по полученным данным рассчитали формы вторичного туберкулеза за 2019-2022 годы. Инфильтративный туберкулез составил 25 случаев, очаговый туберкулез – 2, туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – 4, туберкулезный плеврит – 1, первичный туберкулезный комплекс – 2, диссеминированный туберкулез – 1. Общие вторичные формы туберкулеза могут вызывать осложнения. В том числе туберкулезный менингит. Данное осложнение может развиваться при поражении коры головного мозга, а также при туберкулезе позвоночника.¹ Кроме того, одним из основных факторов,

влияющих на осложнения туберкулеза, является низкая иммунная система. Одно из условий, которое следует учитывать, заключается в том, что степень осложнений и особенности развития также могут зависеть от типов туберкулеза.

2

Выводы. По результатам исследования была выведена статистика выявленных заболеваний за 4 года. Мы видим, что формы вторичного туберкулеза различаются. На развитие каждого вида существенно влияет общее состояние пациентов, образ жизни, контакт с больными. Поскольку половина 2019-2022 годов совпадает с пандемией COVID-19, коронавирусная инфекция также может иметь собственное влияние на развитие туберкулеза. Часто мы замечаем, что большинство пациентов контактировали с пациентами в семье. Учитывая эти обстоятельства, вместе с детьми родители должны ежегодно проходить медицинские осмотры. Кроме того, очень важно проводить мероприятия противотуберкулезной профилактики.

Список литературы

1. Озода Н.С. Воспаление мозговой оболочки. Science and education Scientific journal / impact factor 3.848 (SJIF). February 2023/ volume 4 Issue 2. Ст. 469.
2. Ибрагимов М.А., Алиев А.Н., Оруджев А.В., Ибрагимова Л.К. Туберкулез в практике семейного врача и стоматолога. Science of Europe # 110, (2023) ст. 39.

**АЛЕКСИШИНЕЦ А.А., ЕРМАЧЕНКО П.П., ГЛАДКИЙ С.А.
ОСОБЕННОСТИ И ИСХОДЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО МАТЕРИАЛАМ КРАСНОЯРСКОГО КРАЕВОГО
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА**

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Красноярского государственного медицинского университета

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

Научный руководитель – к.м.н., заведующий кафедрой туберкулеза с курсом ПО
Омельчук Д.Е.

**ALEKSISHINETS A.A., ERMACHENKO P.P., GLADKY S.A.
FEATURES AND OUTCOMES OF CENTRAL NERVOUS SYSTEM
DAMAGE IN PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED TUBERCULOSIS
ACCORDING TO THE MATERIALS OF THE KRASNOYARSK REGIONAL
TB DISPENSARY**

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Department of Tuberculosis with PO course

Krasnoyarsk State Medical University. prof. V. F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk
Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Head of the Department of Tuberculosis
with a PO course Omelchuk D.E.

В настоящее время ВИЧ-инфекция является основным фактором риска заболевания туберкулезом, который у пациентов с ВИЧ-инфекцией в несколько раз выше, чем в целом в популяции. Туберкулез у пациентов с ВИЧ-инфекцией имеет свои клинико-иммунологические и патоморфологические особенности, что затрудняет своевременную его диагностику.

Цель исследования: изучить медико-социальные, клинические и диагностические особенности, а также исходы поражения центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный когортный анализ 51 медицинской карты стационарного больного, пациентов с поражением центральной нервной системы и ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, которые находились на лечении в Красноярском краевом противотуберкулезном диспансере (КГБУЗ ККПТД №1) в 2020 и 2021 гг.

Результаты и их обсуждения. Возраст пациентов колебался от 29 до 51 года и в соответствии с классификацией возраста ВОЗ от 2022 года 47/51 из них (92,2%) были молодого возраста. Средний возраст – 37 лет. Мужчин – 37/51 (72,5%), женщин – 14/51 (27,5%). Большинство жители города – 37/51 (72,5%), из них жителей мегаполиса 27/51 человек (52,9% от всех больных). В сельской местности проживало 14/51 (27,5%) больных. На момент поступления в районный противотуберкулезный диспансер 39/51 (76,5%) человек состояли на диспансерном учете по поводу ВИЧ-инфекции, из них 26/51 (51,05) наблюдались 4 и более лет. На момент выявления туберкулеза подавляющее большинство пациентов – 42 из 51 (82,4%) антиретровирусную терапию не получали. У подавляющего большинства пациентов – 91,5% (43/47) на момент выявления туберкулеза в результате прогрессирования ВИЧ-инфекции развился тяжелый иммунодефицит (содержание CD4+ лимфоцитов менее 200 кл/мкл) при этом у 21 из них уровень CD4+ лимфоцитов был ниже 50 кл/мкл, а нормальный иммунный статус только у одного больного. Не смотря на наличие ВИЧ-инфекции и симптомов подозрительных на туберкулез при обращении за медицинской помощью специфический процесс заподозрен только у 18/51 (35,3%) пациентов. При поступлении в краевой противотуберкулезный диспансер в тяжелом

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

состоянии находился 41/51 (80,4%) больной, 7/51 (13,7%) из них с нарушением сознания в виде сопора или комы, средней степени тяжести 6/51 (11,8%), удовлетворительном - 4/51 (7,8%). ПЦР тест на ДНК МБТ был положительным у 25 из 42 (59,5%) обследованных. У 44/51 (86,3%) больных туберкулёз легких сочетался с поражением других органов и систем, то есть носил генерализованный характер. Кроме туберкулезного поражения у 34/51 (66,7%) человек диагностирован хронический вирусный гепатит С, у 3/51 (5,9%) - хронический вирусный гепатит В, по 1 случаю саркома Капоши и кандидозный эзофагит.

Выводы.

1. Поражение центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом чаще развивается у людей молодого возраста (92,2%), не работающих (84,3%), курящих, злоупотребляющих алкоголем или употребляющих психоактивные вещества, преимущественно проживающих в городе (72,5%), чаще мужского пола (72,5%), на фоне тяжелого иммунодефицита (91,5%), обусловленного прогрессированием ВИЧ-инфекции из-за небрежного отношения пациентов к своему здоровью.

2. Отмечается недостаточная настороженность врачей общей лечебной сети в отношении туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией, в том числе с поражением центральной нервной системы, что приводит к запоздалой диагностике заболевания и неудачам в лечении.

3. Поражение центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом характеризуется тяжелым клиническим течением (80,4%) и высокой летальностью – 80,4%.

4. У всех исследуемых больных поражение центральной нервной системы сочеталось с легочным туберкулезом, который выявлен по обращению за медицинской помощью (100%) с преобладанием диссеминированного туберкулеза (86,3%) над другими формами, частым развитием генерализованных форм туберкулеза (86,3%), бактериовыделением у 76,5% и большой распространенностью лекарственной устойчивости микобактерий к противотуберкулезным препаратам - 58,8%.

5. Наиболее частая причина поражения центральной нервной системы у пациентов с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом - туберкулезный менингоэнцефалит - 70,6%, при этом более чем у половины данных пациентов характерных для туберкулезного поражения центральной нервной системы изменений состава ликвора не наблюдается.

6. Самым чувствительным и "быстрым" методом диагностики туберкулезной этиологии менингоэнцефалита у пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, являются молекулярно-генетические методы обнаружения ДНК микобактерий туберкулеза (ПЦР тест) - 67,7%.

7. У 60% больных при туберкулезном поражении центральной нервной системы из-за выраженного иммунодефицита, вызванного прогрессированием ВИЧ-инфекции, при гистологическом исследовании тканей головного мозга специфические для туберкулезного воспаления изменения не выявляются.

БАЙНАКОВА Ю.Р.

**ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЁЗОМ С РИСКОМ РАЗВИТИЯ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

Кафедра фтизиатрии

Астраханского государственного медицинского университета, г. Астрахань

Научный руководитель – д.м.н., профессор Стрельцова Е.Н.

BAYNAKOVA YU.R.

**PORTRAIT OF A TUBERCULOSIS PATIENT AT RISK OF DEVELOPING
ALCOHOL DEPENDENCE**

Department of Phthisiology

Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Supervisor: MD, Professor Streltsova E.N.

Согласно литературным данным, лица с алкогольной зависимостью относятся к группе риска по развитию туберкулёза. К данной лёгочной патологии может привести нарушение местного иммунитета (при повреждении мукоцилиарного клиренса, растворения сурфактанта, снижения функции альвеолярных макрофагов развития пневмосклероза, эмфиземы, бронхитов), а также снижения общей и специфической резистентности вследствие депрессии грануло-лимфопоэза, угнетения фагоцитоза, уменьшения антителообразования, снижения синтеза иммуноглобулинов.

Цель исследования – изучить социальный статус, особенности выявления, клинического течения у больных туберкулёзом лёгких, находящихся в группе риска развития алкогольной зависимости.

Материалы и методы исследования

С помощью теста «AUDIT» (Alcohol Use Disorders Identification Test) проведено анкетирование 76 больных туберкулёзом лёгких, находившихся на лечении в стационаре №1 Областного противотуберкулёзного диспансера г. Астрахани. Тест содержит серию из 10 вопросов: 3 вопроса по потреблению, 4 вопроса по зависимости и 3 вопроса по проблемам, связанным с употреблением алкоголя. Интерпретация результатов проводится по балльной системе: 1-7 баллов – безопасное употребление алкоголя (риск алкоголизма минимальный), 8-14 баллов – чрезмерное или рискованное потребление алкоголя, который ещё не привел к зависимости (группа риска), люди с баллом больше 15, скорее всего, отвечают критериям имеющейся в настоящее время алкогольной зависимости. На основании результатов тестирования были выделены 16 человек, что соответствует группе риска по развитию алкогольной зависимости. Проведен сбор и обработка информации по медицинским картам стационарного больного (форма №003/у).

Результаты и их обсуждения

Все пациенты были мужского пола, в возрасте от 28 до 54 лет. Сельских жителей - 56%, городских - 44%, проживают в квартире с удобствами или в доме с частичными удобствами (по 44% соответственно), 12% - на чабанской точке. Только 19% состоят в браке, остальные или разведены (37%), или холосты (44%). Все респонденты имеют вредные привычки в виде табакокурения, и не отрицают приём алкоголя (25% признали, что злоупотребляют), 37% были судимы. Никто из пациентов не имеет высшего образования, только средне-специальное или общеобразовательное (9 классов), 81% не работает. Туберкулез в большинстве случаев (81%) был выявлен при обращении к терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 37,5-38⁰С, кашель с выделением мокроты, одышку. Причем в 62,5% был рецидив процесса. Контакт с больным туберкулёзом (чаще им являлся друг) установлен в 19%. Не проходили профилактическую флюорографию (ФЛГ) более трёх лет 81% пациентов. Из клинических форм туберкулёза выявлены инфильтративная, фиброзно-кавернозная и диссеминированная (по 44%, 25% и 19% соответственно), а также по 6% - множественные туберкулёмы и состояние после лобэктомии. В 94% случаях процессы в лёгких были распространенными и деструктивными. У 88% пациентов обнаружены лекарственно-устойчивые микобактерии туберкулёза (МБТ), из них с полирезистентностью – 21,5%, множественной – 35,7%, широкой – 42,8%. Осложнения туберкулёзного процесса, такие как дыхательная недостаточность, эндобронхит, экссудативный плеврит, бронхонодулярный

свищ, эмфизема, отмечены у 69% больных. Почти все тестируемые (88%) имели сопутствующую патологию (хронический гепатит С, ангиосклероз сетчатки, гиперметропия, нейросенсорная тугоухость, гнойный отит, простатит, энцефалопатия).

Заключение. Таким образом, портрет больного туберкулёзом лёгких с риском развития алкогольной зависимости следующий: мужчина среднего возраста, не имеет семьи, без высшего образования, не работающий, курит и употребляет алкоголь, не проходил ФЛГ несколько лет, выявлен с рецидивом туберкулёза при обращении в лечебное учреждение, при обследовании установлена распространенная деструктивная форма туберкулёза с наличием выделения МБТ и лекарственной устойчивостью, течение туберкулёзного процесса усугубляется сопутствующей патологией и развитием осложнений.

БРЮХАЧЕВА Е.О., ФИЛИМОНОВА Е.А.

**СРАВНЕНИЕ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОДРОСТКОВ И
ВЗРОСЛЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

Кафедра фтизиатрии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель – д.м.н. Пьянзова Т.В., д.м.н. Захарова Ю.В.

BRYUKHACHEVA E.O., FILIMONOVA E.A.

**COMPARISON OF INTESTINAL MICROFLORA OF ADOLESCENTS AND
ADULTS WITH TUBERCULOSIS INFECTION**

Department of Phthisiology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: MD Pyanzova T.V., MD Zakharova Yu.V.

Резюме: Проведено сравнение кишечной микрофлоры пациентов, которые получали лечение в Кузбасском клиническом фтизиопульмонологическом медицинском центре им. И.Ф. Копыловой. В 1-ю группу вошли дети с 11 до 18 лет (n=24), во 2-ю – пациенты старше 18 лет (n=12). Таким образом при сравнении двух групп микробный биоценоз пациентов имел различия по таким показателям как *Lactobacillus spp.*, *E.coly lac+*, *E.coly lac-*, *S.epidermidis*.

Ключевые слова: микробный биоценоз, лечение туберкулеза, выявление туберкулеза.

Summary: The comparison of intestinal microflora of two groups of patients who received treatment at the Kuzbass Clinical Phthisiopulmonological Medical Center named after I.F. Kopylova was carried out. The 1st group included children from 11 to 18 years old (n=24), the 2nd group included patients over 18 years old (n=12). Thus, when comparing the two groups, the microbial biocenosis of patients had differences in such indicators as *Lactobacillus spp.*, *E.coly lac+*, *E.coly lac-*, *S.epidermidis*.

Key words: microbial biocenosis, treatment of tuberculosis, detection of tuberculosis.

Согласно научной литературе, имеются данные что противотуберкулёзные препараты негативно влияют на состояние микробиоценоза кишечника пациентов [1,2]. Недостаточно изучено влияние лечения лекарственно устойчивого туберкулеза на состав микробиоты у подростков.

Цель исследования - сравнить микробный ландшафт толстокишечного содержимого у подростков и взрослых, получающих противотуберкулезную терапию

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное исследование кишечной микрофлоры больных туберкулезом подростков и взрослых, за 2022 год. Материалом исследования служил кал, забранный в стерильный контейнер, доставленный в бактериологическую лабораторию кафедры микробиологии и вирусологии ФГБОУ ВО КемГМУ. В 1-ю группу вошли дети с 11 до 18 лет (n=24), во 2-ю – пациенты старше 18 лет (n=12).

Результаты исследования. Проведено сравнение двух групп с установленным диагнозом туберкулеза органов дыхания, получающих лечение по IV, V режиму химиотерапии в 2022 году, в 1-ой - наблюдались 24 ребенка, во 2-ой - 12 взрослых пациентов.

В ходе исследования у всех пациентов выявлено снижение количества *Lactobacillus spp.*, *Bifidobacterium spp*, в сравнении с регионарными нормами В 1-ой группе титр *Lactobacillus spp.*, составил 7 [6; 8] lg КОЕ/г, во 2-ой – 5 [4; 6], (p=0,016). *Bifidobacterium spp.* наблюдали с одинаковой частотой не зависимо от возраста пациента, в 1-ой – 7 [6; 9] lg КОЕ/г, и во 2-ой группе – 7 [7: 9], (p=0,643).

Clostridium обнаруживались в титрах, не превышающих значения нормы в сравниваемых группах, (p=0,543). Также отличий не было выявлено в содержании *Enterococcus spp.* в двух группах наблюдалось снижение титров (p=0,267). У всех исследуемых выявлены в невысоких титрах грибы рода *Candida*, статистических отличий в группах не было (p=1,000).

Статистически значимыми отличиями в группах явилось изменения в факультативной грамм микрофлоры, *E.coli lac+* выше нормы в 1-ой группе – 8 [6; 8], и снижение титров во 2-ой – 6,5 [4,75; 7] lg КОЕ/г. *E.coli lac-* в 1-ой группе встречалось в нормальном количестве – 4 [4; 4], во 2-ой – обнаруживались в повышенных титрах – 5,5 [4; 7] lg КОЕ/г. Факультативная Грам + микрофлора были снижены титры в обеих группах, в 1-ой группе *S.epidermidis* – 2 [2; 4] lg КОЕ/г, во 2-ой – 1 [1; 1,25].

При исследовании РН материала статистически значимых различий найдено не было, в 1-ой группе наблюдали слабокислую реакцию с Me 6,5 [6,0; 6,63], во 2-ой группе она составила 6 [6,0; 6,25], ($p=0,388$).

Выводы. Таким образом, при сравнении двух групп микробный биоценоз пациентов имел различия по таким показателям как *Lactobacillus spp.*, *E.coly lac+*, *E.coly lac-*, *S.epidermidis*.

Список литературы:

1. Холодов, А. А. Характеристика кишечного микробиоценоза больных туберкулезом с различным ВИЧ статусом // Scientist (Russia). – 2022. – № 3. – С. 13.
2. Stewart C. J., Ajami N. J., O'Brien J. L., Hutchinson D. S., Smith D. P., Wong M. C., Ross M. C., Lloyd R. E., Doddapaneni H., Metcalf G. A. Temporal development of the gut microbiome in early childhood from the TEDDY study // Nature. – 2018. – No. 562. P. 583-588.

ВАЙЛЕНКО Д.С., ШМАТКОВ В. И.

**ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА
НА МОРФОЛОГИЮ ПЕЧЕНИ КРЫС**

*Кафедра фтизиатрии, клинической иммунологии и медицинской генетики,
кафедра медицинской химии*

*Луганского государственного медицинского университета имени. Святителя
Луки, г. Луганск*

Научный руководитель – к.м.н., доцент Баранова В.В.

VAILENKO D.S., SHMATKOV V. I.

**INFLUENCE OF COMBINED TUBERCULOSIS CHEMOTHERAPY ON
LIVER MORPHOLOGY OF RATS**

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Department of Phthisiology, Clinical Immunology and Medical Genetics, Department of Medical Chemistry

Saint Luka Lugansk State Medical University, Lugansk

Supervisor: PhD in Medical sciences, Assoc. Prof. Baranova V.V.

Туберкулёз (ТБ) является глобальной проблемой, стоящей перед обществом и практическим здравоохранением. По стратегии ВОЗ для достижения целей контроля над инфекцией необходимо повысить эффективность лечения больных до 95% при чувствительном туберкулезе и не менее 85 % у пациентов химиорезистентного туберкулеза. Одной из проблем лечения туберкулеза является вынужденная полипрагазия – одновременный прием 4-6 противотуберкулезных препаратов (ПТП), которые, помимо терапевтического эффекта, нередко оказывают повреждающее действие на многие органы и системы [1, 2]. Кроме того, курс химиотерапии (ХТ) больных туберкулёзом требует длительного времени и непрерывного приема всех препаратов (от 6 до 20 месяцев).

Цель исследования - изучить на патоморфологическом уровне лекарственно–индуцированные изменения печени на фоне длительного приема 4-6 лекарственных средств, на модели противотуберкулезной терапии при приеме экспериментальными животными различной комбинации ПТП: используемых для лечения лекарственно-чувствительного (I ряд) и химиорезистентного туберкулеза (II ряд).

Материалы и методы исследования

Животные были разделены на группы по 10 особей: контрольная группа (КГ), опытная группа 1 (ОГ 1), получающая I ряд ПТП (HREZ), опытная группа 2 (ОГ 2) получающая II ряд ПТП (LfxLzdBdqCsPtKm). Препараты вводились ежедневно внутривентрально. Канамицин вводился внутримышечно. Дозы рассчитывались в соответствии с руководством по проведению экспериментальных исследований (Хабриев Р.У., 2005): ПТП I ряда (H) – 14 мг, (R) – 28 мг, (E) – 56 мг, (Z) – 70 мг; ПТП II ряда (Lfx) – 42мг, (Lzd) – 24 мг, (Bdq) – по схеме: 2 недели ежедневно (16 мг), затем 3 раза в неделю (8 мг), (Cs) – 42 мг, (Km) – 42 мг, (Pto) – (42 мг).

Исследования проведены с соблюдением принципов Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментов или в иных научных целях (Страсбург, 1986). Патоморфологическое исследование проведено на 120 сутки эксперимента. Материалом исследования

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

послужила печень крыс контрольной и опытных групп интактных от специфической инфекции (туберкулеза). Препараты окрашивали гематоксилином и эозином. Для объективизации визуальных изменений проводились стереометрическое исследование ткани печени при увеличении $\times 100$. Выраженность этих патологических процессов оценивалась в баллах: 1 балл – изменения занимают $<25\%$ поля зрения, 2 балла – изменения в $25-50\%$ общей площади поля зрения, 3 балла – изменения выявлены в $50-75\%$ от общей площади поля зрения. Сумма баллов по каждому критерию составила общее количество баллов в каждой исследуемой группе.

Результаты и их обсуждение

Гистологическое исследование печени экспериментальных животных к четвертому месяцу ХТ выявили полиморфизм структурных изменений, при этом, в целом структура дольки была сохранена (таблица).

Таблица.

**Результаты морфометрического исследования печени крыс,
получавших противотуберкулезные препараты в сроке 120 суток**

Показатель	КГ, n=10 Me [25%-75%]	1 ОГ I, n=10 Me [25%-75%]	2 ОГ II, n=10 Me [25%-75%]
Гепатоциты с признаками дистрофических изменений	0,00 [0,00-0,00]	2,50* [1,00-3,00]	2,50# [2,00-3,00]
Гепатоциты с признаками регенерации	0,00 [0,00-0,00]	1,00* [1,50-1,00]	1,00# [0,00-1,00]
Некроз гепатоцитов	0,00 [0,00-0,00]	2,00* [1,00-2,00]	1,50# [1,00-1,00]
Центральные вены (просвет)	0,00 [0,00-0,00]	1,00 [0,00-1,00]	0,50 [0,00-1,00]
Фиброз в портальных трактах	0,00 [0,00-0,00]	0,50 [0,00-1,00]	1,00# [1,00-1,00]
Воспалительная инфильтрация в портальных трактах	0,00 [0,00-0,00]	0,50* [0,00-1,00]	1,00# [0,00-0,00]

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

*Примечание: * – $p_1 < 0,05$, достоверное отличие между контрольной группой (КГ) и первой опытной (1 ОГ I); # – $p_2 < 0,05$, достоверное отличие между КГ и второй опытной (2 ОГ II).*

У животных 1 опытной группы (ОГ 1) отмечались расстройства гемодинамики полнокровие и стаз сосудов и синусоидов, которые были выражены умеренно и не достигали достоверных результатов в сравнении с группой контроля. В большей части были достоверные отличия наблюдались при оценке просветов центральных вен ($p=0,043$). Также определялась умеренная воспалительная инфильтрация, преимущественно в портальных трактах со статистически значимым показателем ($p = 0,043$). Гепатоциты выглядели увеличенными в состоянии паренхиматозной дистрофии. Клетки с внутриклеточными включениями были с глыбчатой цитоплазмой и вакуолями разных размеров. Показатель выраженности дистрофических изменений достигал статистически значимых отличий ($p=0,005$). Также достоверно чаще определялись фокусы некроза гепатоцитов по сравнению с крысами группы контроля ($p=0,005$). В таких участках границы клеток выглядели размытыми, радиарное строение было нарушено, балочный рисунок и просветы синусоидов не определялись. Наряду с сохраняющимися дистрофическими и некротическими изменениями отмечались признаки регенерации печеночных клеток, преимущественно в зоне терминальной пластинки.

У животных, получавших резервные ПТП (ОГ 2) при патоморфологическом исследовании препаратов печени выявлено, что в после приема 120 доз регистрировались признаки гепатоцеллюлярного поражения. Последние проявлялись в виде выраженной жировой дистрофии ($p=0,01$). У всех подопытных животных определялись очаги альтерации ($p=0,01$) и мезенхимально-клеточная реакция. Вокруг очагов некроза и в расширенных портальных трактах наблюдалось пролиферация соединительнотканых клеток. Достоверно чаще регистрировались фиброзные изменения печени ($p=0,04$).

Заключение. При приеме комбинации противотуберкулезных препаратов на протяжении 120 дней в обеих опытных группах, в печени животных, получавших препараты и первого и второго ряда, определяются признаки токсического повреждения печеночной паренхимы в виде дистрофических изменений и некроза печеночных клеток. При условии отсутствия симптоматической терапии нейтрализующей гепатотоксическое действие ПТП, у крыс, получавших препараты второго ряда, некрозы определялись во всех трех зонах ацинуса, что можно расценить как глобализацию токсического воздействия.

На этом фоне регистрировались слабые признаки регенерации, что также является маркером токсического воздействия препаратов и снижением способности печени к самостоятельному восстановлению печеночной паренхимы.

Список литературы

1. Еремина Е.Ю. Лекарственные поражения печени // Поликлиника. – 2020. - №6. - С.34-40.
2. Буеверов А.О., Буеверова Е.Л. Эволюция представлений о лекарственных поражениях печени // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2019. - №163 (3). - С. 89-96.

ВЕЛИЧКО С.А.

**ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ, СОЧЕТАННОГО С ВИЧ-
ИНФЕКЦИЕЙ И ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В ОМСКОЙ ОБЛАСТИ**

Кафедра фтизиатрии, пульмонологии и инфекционных болезней

Омского государственного медицинского университета, г. Омск

Научный руководитель - ассистент Гусина В.И.

S. A. VELICHKO

**DETECTION OF PULMONARY TUBERCULOSIS COMBINED WITH HIV
AND VIRAL HEPATITIS C IN THE OMSK REGION**

Department of Phthisiology, Pulmonology and Infectious Diseases

Omsk State Medical University, Omsk

Scientific adviser - assistant Gusina V.I.

Три хронических инфекционных заболевания, имеющие высокую социальную значимость и наибольшую распространенность: туберкулез, ВИЧ-инфекция и вирусный гепатит С наносят значительный экономический ущерб бюджету Российской Федерации.

Цель исследования - изучить особенности выявления больных с сочетанной патологией туберкулез, ВИЧ- инфекция и гепатит С.

Материалы и методы исследования. Исследование простое ретроспективное одномоментное. Проанализированы данные тридцати медицинских карт больных стационара БУЗОО «Клинический противотуберкулезный диспансер № 4» за 2021 (1-я группа сравнения) и тридцать медицинских карт за 2022 год (2-я группа сравнения) с занесением в регистрационные карты. В группы исследования были включены больные старше

18 лет с впервые выявленным туберкулезом легких, с ВИЧ-инфекцией и хроническим гепатитом С. Данные были обработаны с помощью программного средства Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе исследования впервые выявленный туберкулез легких диагностирован при обращении за медицинской помощью у 28 больных: 5 из них в поликлинике, 23 в других лечебных учреждениях и 2 человека выявлено при профилактическом осмотре. Во 2-й группе исследования впервые выявленный туберкулез легких был диагностирован при обращении за медицинской помощью у 16 больных: 9 из них в поликлинике, 7 в других лечебных учреждениях и 3 человека выявлено при профилактическом осмотре ($p=0.379187$). В обеих группах исследования туберкулез легких выявлялся чаще в общесоматических стационарах. Основным методом выявления туберкулеза в первой и во второй группе исследования являлась лучевая диагностика в 93% случаев. В первой группе у 21 больного изменения в легких занимали более 2-х сегментов, у 8 – выявлен распад легочной ткани в виде мелких полостей, у 21 больного специфический процесс был двухсторонним. Бактериологические методы исследования мокроты выявили у 17 больных выделение микобактерий туберкулеза (МБТ), из них у 12 бактериовыделение с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ). Диагностическая ценность туберкулиновых проб на фоне ВИЧ-инфекции была невысока. Положительная реакция на пробу Манту наблюдалась в 27%, на пробу с диаскинтестом в 48%. Во второй группе у 11 больных изменения в легких занимали более 2-х сегментов, у 5 – выявлен распад легочной ткани в виде мелких полостей, у 16 больных специфический процесс был двухсторонним. Бактериологические методы исследования мокроты выявили у 15 больных выделение МБТ, из них у 13 бактериовыделение с МЛУ. Диагностическая ценность туберкулиновых проб на фоне ВИЧ-инфекции так же была невысока. ($p=0.725857$), то есть туберкулез выявлялся несвоевременно в обеих группах.

Заключение. Впервые выявленный туберкулез легких чаще выявлялся в общесоматических стационарах, в которые обращались больные с наличием интоксикационного и бронхопульмонального синдрома. Согласно проведенному исследованию, можно сделать вывод, что среди больных с ВИЧ-инфекцией туберкулез выявлялся не своевременно, так как специфический процесс захватывал оба легких, имелись полости распада легочной ткани и бактериовыделение. Основным методом диагностики туберкулеза являлась обзорная рентгенография органов грудной клетки. Туберкулиновые пробы на

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

фоне поздних стадий ВИЧ-инфекции были малоинформативны. Бактериологические методы исследования мокроты в большинстве случаев обнаружили МБТ, причем в 70 % с наличием МЛУ.

ГРИЦЫНА А.А.

ВОЗМОЖНО ЛИ ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Кафедра фтизиопульмонологии

Новокузнецкий ГИУВ - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

Научный руководитель – профессор Ханин А.Л.

GRITSYNA A.A.

IS IT POSSIBLE TO INCREASE THE EFFICIENCY OF THE WORK OF TB SERVICE IN THE DIAGNOSIS AND DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TUBERCULOSIS UNDER MODERN CONDITIONS

Department of Phthisiopulmonology

*Novokuznetsk GIUV - branch of FGBOU DPO RMANPO of the Ministry of Health
of Russia*

Scientific adviser - Professor Khanin A.L.

Цель исследования: показать, используя опыт кафедры фтизиопульмонологии Новокузнецкого ГИУВа, как можно улучшить диагностику туберкулеза и других заболеваний легких на основе алгоритмизированной системы организации лечебно - диагностического процесса.

Материалы и методы исследования: анализ литературных данных, использование и интернет-ресурсов, изучение официальных документов: Федеральных законов, Приказов МЗ РФ и Федеральных Методических рекомендаций, изданных в последние десятилетия.

Результаты и их обсуждение. В современных условиях произошло значительное разделение специальностей (терапевт, пульмонолог, фтизиатр, врачи общей практики), при этом основной поток пациентов с бронхолегочной симптоматикой обращаются к врачам поликлиник или госпитализируются в терапевтические (пульмонологические) стационары. Работа по выявлению и

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

диагностики туберкулеза регламентирована ФЗ - 77 от 18.06.2001г " О предупреждении распространения туберкулеза в РФ" с последующими многочисленными дополнениями. 21.03. 2003 г. был введен Приказ МЗ РФ №109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ". По этому Приказу выявление (в том, числе и профилактическое), диагностика туберкулеза передана медицинским работникам общей лечебной сети. Все медики, независимо от специальности и ведомственной принадлежности должны заниматься диагностикой туберкулеза (3-х кратное исследование КУМ, прямая и боковая ЦФГ) при наличии бронхолегочной симптоматики, подозрительной на ТБ. К сожалению, низкая укомплектованность кадрами общей лечебной сети, отсутствие необходимого оборудования, комнат для забора мокроты, быстрого выполнения флюорографии, частая потеря пациентов после флюорографии (треть пациентов с выявленной патологией в легких остаются не дообследованными) — всё это приводит к тому, что на протяжении десятилетий половина больных туберкулезом выявляется при обращении, затягивается полноценное обследование. Ситуация резко усугубляется тем, что РФ входит в число стран с высокой распространенностью ВИЧ, ТБ и ЛУ (МЛУ, ШЛУ) - туберкулеза. Это приводит к низкой эффективности лечения впервые выявленных больных ТБ, высокой заболеваемости детей и подростков.

Кузбасс входит в число регионов с высокой распространенностью болезней легких (ХОБЛ, БА, пневмонии, рак легкого, пневмокониозы). Заболеваемость туберкулезом (ТБ), туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, туберкулезом с ВИЧ-инфекцией в КО соответственно в 2,0; 2,4; 6,75 раза выше общероссийских показателей.

При этом, несмотря на появление новых методов диагностики: СКТ, УЗИ, МГМ, усовершенствование иммунологической и бактериологической диагностики число ошибок при ТБ и других распространенных заболеваниях не уменьшается.

На наш взгляд это связано с тем, что выявление и верификация диагноза при легочных процессах неизвестной этиологии разорвано между различными специализированными службами (пульмонологической, онкологической, профпатологической, фтизиатрической и пр.), каждая из которых занимается "своей патологией". Федеральные стандарты по данным специальностям не предусматривают разделов дифференциальной диагностики, правил поведения при неясной патологии, и такие пациенты нередко многие месяцы и годы ходят "по кругу в поисках своего врача."

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Ещё в конце семидесятых годов прошлого века на кафедре фтизиопульмонологии профессором В.М. Тавровским был разработан и внедрен общий алгоритм действий врача, позволяющий четко организовать лечебно-диагностический процесс в любом из разделов здравоохранения. Эта методология была внедрена в 80 различных лечебных учреждениях 11 городов России, но её первое внедрение началось с фтизиатрической службы г. Новокузнецка. Это позволило существенно улучшить все показатели по туберкулезу, а также высвободить ресурсы для организации диагностического фтизиопульмонологического, а затем плеврального центров в базовой больнице кафедры фтизиопульмонологии (Приказ Облздрава КО №322, 06.06.1987 г.). С 2005г. пульмоцентр был «оптимизирован» в консультативный прием при поликлиническом отделении №2, с 2009г. практически прекратил полноценно заниматься этими пациентами.

Тем не менее кафедра занималась разработкой и внедрением в работу частных алгоритмов по фтизиатрии и пульмонологии. На данную тему опубликовано 160 научных работ, защищены кандидатские диссертации по фтизиатрии и пульмонологии А.А. Вариним, И.Б. Викторовой, С.А. Долгих, Т.И. Чернушенко. В докторской диссертации И.Б. Викторовой «Диагностика и лечение ТБ и других заболеваний легких у больных ВИЧ – инфекцией», Москва, 2022г. большой раздел посвящен алгоритмизированной диагностике и лечению пациентов с коморбидной патологией. Коротко о результатах этой работы:

- За 25 лет существования этого центра было проконсультировано 45 тысяч пациентов с неясной легочной патологией.

- Структура пациентов менялась: в первое десятилетие преобладали пациенты с разнообразной не туберкулезной патологией. В последнее пятилетие (2004 – 2009гг). среди прошедших через консультативный прием: пациенты с разнообразной неспецифической патологией составляли 47,7%, ТБ – 9,7%, РЛ – 9,7%, прочие – 22,6%. Только 7% больных были госпитализированы для уточнения диагноза.

- Кафедрой обобщен опыт, касающийся анализа 2842 случаев диагностики РЛ. У 47% больных РЛ в г. Новокузнецке и на юге Кузбасса диагноз впервые установлен в Пульмоцентре, причем, у 94% верифицирован (цитологически при ФБС) в первые сутки обращения. Госпитализировали, лишь 7% больных средний срок верификации был 7 дней.

- Уникален опыт работы плеврального центра, куда направлялись пациенты с неясными поражениями плевры (1200 больных). Средний срок верификации

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

составлял $\pm 10-12$ дней. Этиологическая структура поражений плевры была: ТБ - 41,5%, опухолевые – 23,3%, пневмонические – 15,3%, редкие - 10,4%, идиопатические - 3,7%. Среди редких плевритов преобладали посттравматические, поражения плевры при ТЭЛА, при абдоминальной патологии.

- Одна из трудных проблем в пульмонологии и фтизиатрия – диагностика интерстициальных и диссеминированных поражений (113 пациентов): составлен алгоритм, организована диагностика (СКТ, ФБС, ЧБЛ, морфологическое и цитологическое исследование). Срок верификации диагноза был $\pm 9-18$ дн. Структура заболеваний: саркоидоз – 25,7%, диссеминированный ТБ – 19,7%, пневмокониозы – 12,9%, карциноматоз – 12,9%, идиопатические интерстициальные пневмонии - 9%. Редкие диссеминации- 18,8% (гистиоцитоз-Х, лимфоангиоматоз, ЛАП и др.).

Заключение: Длительный опыт работы фтизиопульмонологического центра на базе противотуберкулезной больницы показал свою высокую эффективность и может быть эталоном для внедрения в другие учреждения.

Список литературы

1. Тавровский В.М. Алгоритмизация лечебно - диагностического процесса (Первые результаты) / В.М. Тавровский, А.Р. Шик, В.Г. Козлов, Л.П. Чумакова, А.Л. Ханин //Сб. научных трудов СО Академии наук СССР. Математические задачи управления здравоохранением города. - Новосибирск, 1978. - С. 156 - 167.
2. Ханин А.Л. Эффективность работы фтизиатрической службы крупного промышленного города в условиях алгоритмизации врачебной деятельности. / А.Л. Ханин, Л.П. Чумакова, А.Р. Шик// Сб.: Актуальные вопросы медицины в Кузбассе. Новокузнецк, 1983. -С..74-77.
3. Ханин А.Л. Ошибки диагностики и лечения внелегочных заболеваний во фтизиопульмонологической клинике. // Проблемы туберкулеза. 1986. - №6. С..15-19
4. Ханин А.Л. Выявление больных раком легкого в туберкулезной больнице. /А.Л. Ханин, Е.Е. Янцен // Проблемы туберкулеза, 1990. - №2. -С.20-23.
5. Варин А.А. Поражение плевры: клиника, диагностика, врачебная тактика. // автореферат диссертации. к.м.н., Томск. - 2002. - 30с.
6. Викторова И.Б. Диссеминированные заболевания легких: клиника, диагностика, лечение. автореферат диссертации. к.м.н., Томск. - 2005. - 27 с.
7. Ханин А.Л. Консультативно-диагностическая помощь больным бронхолегочной патологией//А.Л. Ханин, Г.А. Шутникова// Медицина в

Кузбассе: материалы межрегиональной научно-практической конференции. - Новокузнецк. - 2006. - Спецвыпуск.-№5. – С.189 -190.

8. Долгих С.А. Организация лечения и диспансерного наблюдения больных лекарственно - устойчивыми формами туберкулеза. автореферат диссертации. к.м.н., Екатеринбург. - 2012. - 23 с.

9. Ханин А.Л. Болезни органов дыхания в промышленном регионе Сибири: анализ заболеваемости на примере Кемеровской области. / Ханин А.Л., Шабина О.П. – Вестник Современной Клинической Медицины. – 2019. (12). -№ 3. - С. 47 -53.

10. Тавровский В.М Полвека цифрой трансформации лечебно-диагностического процесса в России (1973 – 2022), Новокузнецк, 2022 – 287с.

ТХОРЕНКО Б.А., КАРАБЧУКОВ К.Б.

**ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ
ИНФЕКЦИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТ ПОЛИМОРФНЫХ
ВАРИАНТОВ ГЕНА VDR**

Кафедра фтизиатрии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово

Научный руководитель: д.б.н., проф., заведующая кафедрой молекулярной и клеточной биологии Лавряшина М.Б.

TKHORENKO B.A., KARABCHUKOV K.B.

**GENETIC ASPECTS OF THE PROBLEM OF TUBERCULOSIS INFECTION:
INVESTIGATION OF THE FREQUENCIES OF POLYMORPHIC VARIANTS
OF THE VDR GENE**

Department of Phthisiology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Supervisor: Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Department of Molecular and Cellular Biology Lavryashina M.B.

Витамин D через рецептор VDR запускает внутриклеточный сигнальный путь, обеспечивающий дифференциальную экспрессию широкого спектра генов, продукты которых необходимы для эффективного иммунного ответа на микобактериальную инфекцию. Активация данного пути происходит при распознавании *M. tuberculosis* рецепторами клеток врожденного иммунитета –

TLR1, TLR2, TLR4, TLR7 и TLR9). Однако способность VDR лигандировать витамин D может определяться полиморфизмом, кодирующего его гена, в котором поданным NCBI установлено более 25 тысяч однонуклеотидных замен (snv), в том числе, полиморфные варианты *FokI* (rs2228570), *BsmI* (rs1544410), *ApaI* (rs7975232) и *TaqAI* (rs731236) в отношении которых есть противоречивые данные о возможной ассоциации с туберкулезом (Ахметова, 2018; Беляева, Сташкевич, 2019; Lee, Song, 2015; Panda et al., 2019).

Цель исследования: сравнение аллельных частот полиморфных вариантов *VDR FokI* (rs2228570), *ApaI* (rs7975232) и *TaqAI* (rs731236) в группах пациентов с латентной туберкулезной инфекцией и больных туберкулезом.

Материал и методы исследования. Материалом служила геномная ДНК, выделенная из образцов крови, полученных от 47 пациентов с установленным диагнозом туберкулез легких (ТБ) и 25 пациентов с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ). В качестве группы сравнения использован популяционный контроль (50 человек). Все выборки формировались из жителей Кемеровской области с учетом национальности. Получение биологических материалов (кровь) осуществлялось под контролем этического комитета КемГМУ Минздрава РФ и сопровождалось подписанным информированным согласием. Суммарный объем составил 122 человека. ДНК из крови выделяли методом фенол-хлороформной экстракции. Генотипирование проводили ПЦР в режиме реального времени. Результаты генотипирования вносили в базу данных, организованную в пространстве Statistica и анализировали стандартными популяционно-генетическими и статистическими методами.

Результаты исследования. Величины χ^2_{H-W} свидетельствуют о соответствии распределения частот в исследованных группах соотношению Харди-Вайнберга. Сравнение частот аллелей и генотипов по исследованной панели SNV не выявило статистически значимых отличий между группами пациентов с ЛТИ и ТБ. Сопоставление аллельных частот полиморфных вариантов *VDR FokI* (rs2228570), *ApaI* (rs7975232) и *TaqAI* (rs731236) (таблица) показало, что, в целом, выявленные в группах значения близки популяционным частотам, свойственным русскоязычному населению России и Сибири.

Таблица.

Частоты аллелей полиморфных вариантов *VDR FokI* (rs2228570), *ApaI* (rs7975232) и *TaqAI* (rs731236) в исследованных группах

SNV группы	<i>FokI</i> (rs2228570)		<i>ApaI</i> (rs7975232)		<i>TaqAI</i> (rs731236)	
	T	C	C	A	A	G
ТБ	0.42	0.58	0.50	0.50	0.68	0.32
ЛТИ	0.44	0.56	0.46	0.54	0.66	0.34
Контроль	0.48	0.52	0.52	0.47	0.62	0.36

Заключение. Проведенное нами исследование частот генотипов и аллелей полиморфных вариантов *VDR FokI* (rs2228570), *ApaI* (rs7975232) и *TaqAI* (rs731236) в группах не подтверждает гипотезу об ассоциативной связи между изученным комплексом SNV и туберкулезной инфекцией. Отметим только, что сформированные на данном этапе исследования выборки можно охарактеризовать как малочисленные. Мы не исключаем, что увеличение их объема может скорректировать полученные на настоящий момент результаты, так как позволит учесть вклад гендерных особенностей и клинических форм туберкулеза.

Исследование проведено при финансовой поддержке гранта РФФИ № 22-25-20209 и Министерства науки и высшего образования Кузбасса.

Список литературы.

1. Ахметова А.А. Полиморфизм *foki*, *taqi*, *bsmi*, *apai* и *cdx2* рецептора витамина д (*vdr*) с восприимчивостью к туберкулезу легких: сравнительный анализ // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. - 2018. - № 4. - С. 17-23.
2. Беляева С. В., Сташкевич Д. С. Роль полиморфизма гена рецептора витамина d (*vdr foki*) в развитии туберкулеза легких у русских Челябинской области // Российский иммунологический журнал. - 2019, том 13 (22). - №2. с. 159-161
3. Lee YH, Song GG. Vitamin D receptor gene *FokI*, *TaqI*, *BsmI*, and *ApaI* polymorphisms and susceptibility to pulmonary tuberculosis: a meta-analysis. *Genet Mol Res.* 2015 Aug 7;14(3):9118-29.
4. Panda S, Tiwari A, Luthra K, Sharma SK, Singh A. Association of *FokI* *VDR* polymorphism with Vitamin D and its associated molecules in pulmonary tuberculosis patients and their household contacts. *Sci Rep.* 2019 Oct 24;9(1):15251.

КАТАСОНОВА А.А., КУЗЬМИН Е.А.

**ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ У
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ (НА ПРИМЕРЕ АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ)**

Кафедра фтизиатрии

ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет

Минздрава России, г. Астрахань

Научный руководитель – д.м.н., доцент Тарасова Л.Г.

KATASONOVA A.A., KUZMIN E.A.

**FACTORS CONTRIBUTING TO THE LETHAL OUTCOME IN PATIENTS
WITH TUBERCULOSIS
(ON THE EXAMPLE OF THE ASTRAKHAN REGION)**

Department of Phthisiology

Astrakhan State Medical University, Astrakhan

Supervisor: PhD Tarasova L.G.

Введение. По итогам 2021 г. Астраханская область (АО) впервые с 2001 г. вышла из списка десяти регионов Российской Федерации с высоким уровнем смертности от туберкулеза. Сегодня территориальная смертность от туберкулеза в регионе составляет 6,3 на 100 тыс. населения, что на 55,5% меньше, чем в 2019 г. Эффективность противотуберкулезной терапии, излечение с минимальными остаточными изменениями, снижение смертности от туберкулеза связаны со многими факторами, к которым относят своевременное выявление и раннее начало лечения с учетом данных о лекарственной чувствительности / резистентности возбудителя, соблюдение схем химиотерапии, коморбидные состояния, приверженность к лечению, ВИЧ-статус, иммуногенетические особенности коллагенового обмена пациента и т.д. [1-5]. В этой связи актуально изучение причин смерти больных туберкулезом на примере АО.

Цель исследования: определить основные факторы, способствующие летальному исходу при заболевании туберкулезом.

Материалы и методы. Проведено рандомизированное ретроспективное исследование 46 случаев смерти больных туберкулезом. Критериями отбора были наличие информации об истории жизни и развитии заболевания, статусе больного полученные из медицинских карт стационарных / амбулаторных пациентов. В 20 случаях имелись также выписки из протоколов патологоанатомического вскрытия. Статистическая обработка проводилась в среде Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение. Средний возраст умерших был 56 ± 18 лет, пациенты пожилого возраста (65 лет и старше), составили почти 1/3 от всех вошедших в группу наблюдения. В частности, в возрасте 25 – 34 года - 1 (2,2%), 35 – 44 года - 10 (21,7%), 45 – 54 лет – 12 (26,1%), 55 – 64 года - 9 (19,6%), 65 лет и старше - 14 (30,4%). Городских жителей было 34 (73,9%), сельских – 12 (26,1%), в том числе в трех случаях - лица без определенного места жительства.

В 30 (65,2%) случаях основным клиническим диагнозом являлся туберкулез, в пяти (10,9%) - сопутствующим. Встречались диссеминированный туберкулез – 29 (82,9%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких – в 4 (11,4%), инфильтративный и цирротический – по 2 (5,7%).

При анализе возможности предотвращения летального исхода выявлено, что в 15 (32,6%) из 46 случаев болезнь была правильно диагностирована, однако произошло это поздно, потому верно назначенное лечение не позволило предотвратить летальный исход; в 18 (39,1%) - основной диагноз был поставлен неверно, соответственно лечение, назначенное пациенту не могло быть эффективно, что и повлекло за собой летальный исход; в 10-ти (21,7%) – человек в силу своих убеждений и / или образа жизни (социально дезадаптированная личность) длительно не обращался за медицинской помощью и/ или игнорировал врачебные рекомендации, что и повлекло за собой летальный исход. Только в трех (6,5%) случаях, не смотря на, верно, поставленный диагноз и своевременно начатое лечение, болезнь прогрессировала, то есть летальный исход был не предотвратим.

По данным патологоанатомического исследования в 85% основным диагнозом являлся туберкулез, в частности: генерализованная форма – 7 (35%), диссеминированная – 6 (30%), фиброзно-кавернозная – 5 (25%). У одного умершего имелось сочетание двух основных заболеваний, вторым из которых был туберкулез легких – 1 (5%). В двух случаях в качестве основного диагноза фигурировали неспецифические заболевания - атеросклероз сосудов и хроническая обструктивная болезнь легких (по 5%). Сочетанные заболевания неспецифической этиологии присутствовали у 30%. Среди них встречались злокачественное новообразование – 2 (10%), гепатит, гангрена нижней конечности, сахарный диабет и пневмония (Covid-19) – по 1 (5%). Все осложнения основного заболевания, выявленные в ходе патологоанатомического исследования, имели прямую патогенетическую связь с протекавшим в организме специфическим туберкулезным процессом.

Непосредственной причиной, приведшей к смерти, явились: легочно-сосудистая недостаточность – 5 (25%), интоксикация – 5 (25%), дыхательная недостаточность в сочетании с туберкулезной интоксикацией – 5 (25%), дыхательная недостаточность – 4 (20%), сердечно-сосудистая недостаточность – 1 (5%).

Совпадение клинического и патологоанатомического диагноза имело место в 65% случаев.

Заключение. Таким образом, в АО умирали от туберкулеза чаще городские жители старшего возраста, а на секционном исследовании преимущественно выявлялся генерализованный (35%) и диссеминированный туберкулез легких (30%). В 93,5% случаев летальному исходу способствовали недообследование, недостаточно внимательное отношение к больному и ведению медицинской документации, полиорганная недостаточность, недооценка общего состояния, а также образ жизни больного, невнимательное отношение пациента к своему здоровью, недооценка своего состояния, повлекшие отсутствие своевременной помощи.

Список литературы

1. Копылова И.Ф., Кобелева Г.В., Пьянзова Т.В., Байбородова Т.И. Летальные исходы у больных туберкулезом в динамике за 17 лет в Кемеровской области / Туберкулез и болезни легких. – 2016. – Т. 94. – № 7. – С. 25-29.
2. Пьянзова Т.В., Лузина Н.В., Копылова И.Ф., Саранчина С.В., Зимина В.Н. Клиническая характеристика рецидивов туберкулёзного процесса в Кемеровской области / Туберкулез и болезни легких. – 2013. – Т. 90. – № 9. – С. 025-028.
3. Тарасова Л.Г., Сайфулин М.Х., Чабанова О.Н., Попова Н.А. Проблема приверженности к лечению ВИЧ-инфицированных родителей и ее роль в предупреждении развития ВИЧ-инфекции и туберкулеза у детей // Туберкулёз и социально значимые заболевания. – 2022 –Т. 10. – № 1 (37), С. 13-19.
4. Тарасова Л.Г., Стрельцова Е.Н., Попова Н.А. Патогенетическая роль TNF- α , IL-1 β , IL-10 и аутоантител к коллагену I и III типов при туберкулезе легких // Туберкулез и болезни легких. – 2015. – № 5. – С. 177-178.
5. Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х., Попова Н.А. Причины смерти больных туберкулезом в течение первого года с момента его выявления // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины. Материалы IV международной научно-практической конференции прикаспийских государств. – 2019. – С. 149-151.

ДЕМЕНТЬЕВА Е.К.

**ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ,
ПОЛУЧАЮЩИХ ИММУНОСУПРЕССИВНУЮ ТЕРАПИЮ**

ФГБУ

*«Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и
инфекционных заболеваний» МЗ РФ, г. Москва*

Научный руководитель – д.м.н., профессор Аксенова В.А.

DEMENTYEVA E.K.

**FEATURES OF TB PREVENTION IN CHILDREN RECEIVING
IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY**

FSBI

*National Medical Research Center for Phthisiopulmonology and Infectious Diseases,
Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow*

Supervisor: PhD, Prof. Aksenova V.A.

В последние десятилетия широкое распространение получила терапия генно-инженерными биологическими препаратами. Применение препаратов этой группы для лечения аутоиммунных ревматических заболеваний привело к значительному улучшению прогноза для таких пациентов, более быстрому достижению ремиссии, уменьшению случаев инвалидизации, повышению качества жизни. Генно-инженерные биологических препараты выражено влияют на иммунную систему. Расширение показаний к их применению, рост числа больных, получающих длительную иммуносупрессивную терапию, увеличивает риск инфекционных заболеваний, в том числе туберкулеза, формируя новую группу высокого риска.

Цель исследования – усовершенствовать подходы к диагностике и профилактике развития туберкулёза у детей и подростков с системными аутоиммунными заболеваниями, получающих иммуносупрессивную терапию.

Материалы и методы исследования. На ретроспективном этапе - консультационные карты 279 пациентов с системными заболеваниями, получающих иммунодепрессанты, проконсультированные фтизиатром НМИЦ ФПИ. На проспективном этапе- истории болезни стационарных больных, получавших лечение по поводу ревматических заболеваний в отделении ревматологии, направленных на консультацию к фтизиатру в НМИЦ Здоровья детей в период с января по ноябрь 2018г. Факт развития/не развития

туберкулезного процесса у этих пациентов отслеживался на протяжении 2 лет (по ноябрь 2020г.).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с системными заболеваниями чаще всего был диагностирован ревматоидный артрит (95 %). Также встречались такие заболевания, как болезнь Крона, системная склеродермия, НЯК, СКВ.

Основные генно-инженерные биологические препараты, применяемые у детей - блокаторы ФНО, Блокаторы ИЛ-1 ИЛ-6, СД 20 моноклональные АТ.

Всем пациентам проводился скрининг на туберкулезную инфекцию 2 раза в год (проба Манту с 2 ТЕ, проба с АТР, рентгенологическое исследование ОГК). При длительных курсах иммуносупрессивной терапии в 65% случаев иммунологические пробы были отрицательными.

По результатам скринингового обследования при отсутствии заболевания туберкулезом и наличии латентной туберкулезной инфекции (положительные иммунологические пробы) или других факторов риска назначали превентивное лечение 2 препаратами изониазид+рифампицин/пиразинамид в течение 3-6 месяцев.

Всего превентивное лечение получали 167 пациентов из 279 (59,8%). Туберкулез органов дыхания был выявлен у 15 из 279 детей (5,4%). Этим пациентам дальнейшая терапия иммунодепрессантами была приостановлена на время получения основного курса лечения по поводу туберкулеза. Из 112 детей, не получавших превентивное лечение, заболело туберкулезом 14 детей (12,5%), а из 167 детей получавших профилактическое лечение заболевание туберкулезом было выявлено у 1 ребенка (0,59%) ($\chi^2 = 18.665$, $p < 0.01$).

Среди пациентов, у которых развился туберкулез, большинство (10 из 15) получали ГИБП: ингибиторы фактора некроза опухоли альфа (адалimumаб, инфликсимаб; $n = 5$) и моноклональные антитела к рецепторам интерлейкинов (тоцилизумаб, канакинумаб; $n = 5$). Пациент из группы превентивного противотуберкулезного лечения с установленным туберкулезом ранее получал ингибитор фактора некроза опухоли альфа, более двух лет назад.

На проспективном этапе включены и обработаны данные о 59 пациентах. Большинство детей (56 человек (95%)), проконсультированных фтизиатром на базе НЦЗД, не получали ранее превентивное лечение. После обследования,

учитывая дополнительные факторы риска, 37 пациентам назначено превентивное лечение изониазидом и пиразинамидом, 4 – на 6 месяцев, 33 – на 3 месяца.

В обеих группах пациентов, получавших и не получавших превентивную противотуберкулезную терапию, в течение последующих 2 лет не выявлено активных форм туберкулеза.

Заключение. Дети и подростки, получающие иммуносупрессивную терапию, относятся к группе риска по развитию туберкулеза – им необходимо оказывать приоритетное внимание, сохранять «настороженность» в отношении диагностики заболевания, устанавливать взаимодействие врачей всех заинтересованных специальностей. Превентивное лечение перед назначением иммуносупрессивной терапии детям с латентной туберкулезной инфекцией статистически значимо снижает вероятность заболевания туберкулезом. При проведении превентивного противотуберкулезного лечения предпочтительны современные схемы с уменьшенным количеством таблеток на курс.

Список литературы

1. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации. // Туберкулез и болезни легких. 2017. - № 6. – с. 9 – 21.
2. Алексеева Е.И., Дворяковская Т.М., Исаева К.Б., Денисова Р.В. и др. Предикторы ремиссии при лечении генно-инженерными биологическими препаратами у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом без системных проявлений // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2019.- Т. 98.- № 3.- С.60-66.
3. Piotto D. et al. Spotlight on latent tuberculosis infection screening for juvenile idiopathic arthritis in two countries, comparing high and low risk patients //Advances in Rheumatology. – 2022. – Т. 62.
4. Calzada-Hernández J. et al. Dual latent tuberculosis screening with tuberculin skin tests and QuantiFERON-TB assays before TNF- α inhibitor initiation in children in Spain //European Journal of Pediatrics. – 2023. – Т. 182. – №. 1. – С. 307-317.

МАШАНОВА А.В.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ВИЧ- ИНФЕКЦИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА И ТОКСОПЛАЗМОЗА

Кафедра фтизиопульмонологии

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Новокузнецкий ГИУВ – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО МЗ РФ
Научный руководитель – профессор Ханин А.Л.

MASHANOVA A.V.

CLINICAL CASE OF COMBINED PATHOLOGY OF HIV-INFECTION, TUBERCULOSIS AND TOXOPLASMOSIS

Department of Phthisiopulmonology

*Novokuznetsk GIUV - branch of FGBOU DPO RMANPO of the Ministry of Health of
the Russian Federation*

Scientific adviser - Professor Khanin A.L.

Цель исследования: показать, как в условиях реальной клинической практики в регионе с высокой распространенностью ВИЧи возможности проведения диагностики и подбора адекватной терапии в лечении таких сложных пациентов.

Материалы и методы исследования: анализ истории болезни пациента Г.

Результаты и их обсуждение. Кемеровская область – Кузбасс входит в число «лидеров» в РФ по распространенности ВИЧи - 1,9% всего населения, 5%, среди лиц от 25 до 49 лет (2019 -2020 гг.). При этом отсутствуют возможности в полной мере использовать современные лабораторные исследования многочисленных вторичных болезней, поэтому необходимо хорошо знать клинические особенности ВИЧ – ассоциированных заболеваний, выделять ведущие синдромы и опираться на имеющиеся возможности.

Пациент Г., 1976 г.р. (47 лет), самостоятельно обратился 31.08.22г. в ГБУЗ НКПТД с жалобами на: сухость во рту, снижение массы тела на 10 кг за 3 недели, психоз, интенсивную головную боль в области лба и затылка, головокружение, повышение температуры тела до 39С, одышку при умеренной физической нагрузке. Сбор жалоб и анамнеза был затруднен из-за снижения памяти, при разговоре путает события, переключается с одной темы разговора на другую, многоречив, возбужден.

Из анамнеза жизни: болел ТБ в МЛС в 2009 г. (документальных данных нет). Проживает в г. Новокузнецке, в однокомнатной квартире, один. Образование 9 классов. В МЛС находился неоднократно, последний раз в 2017г. В 2007 г.- резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни желудка, в 2014 г.- ректальное кровотечение. Курил 20 лет (ИПЛ =16), злоупотребляет алкоголем (запой). Инъекционные наркотики с 2017 г. Состоит на ДУ в Новокузнецком

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

филиале ГБУЗ Кузбасский СПИД-центр с 31.08.2012 г. Не наблюдался, АРВТ не принимал. Обратился в СПИД центр 30.08.22г в связи с ухудшением самочувствия: СД4 -229 кл/мл. (17.08.22), ВН - 2339915 копий (23.08.22). Направлен в ГБУЗ НКПТД, при дообследовании: ДНК МБТ (№1122) – отр, ММ на КУМ № 523 (31.08.22) – отр. По СКТ ОГК (18.08.22г.) – подозрение на мелкоочаговую диссеминацию. Предыдущие ФЛГ обследование - не помнит кода проходил. Кроме того диагностирован цирроз печени, класс - А по Чайлд-пью, средней степени тяжести и острый алкогольный панкреатит (02.06.22 г.).

При поступлении состояние пациента тяжелое, обусловлено неврологическими изменениями, интоксикационным синдромом. Пациент правильного телосложения, пониженного питания (кахексия I), рост 180, вес: 54кг. ИМТ:16. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, бледные. В уголках рта - угловой хейлит. Периферические л/у не увеличены, отеков нет. Температура тела 38,5 С. дыхание везикулярное проводится по всем отделам, ЧД 18/ мин. Сердечные тоны ритмичные, звучные, шумов нет. ЧСС 88 в минуту. АД 160/103 мм. рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, увеличен в объеме за счет асцита. На животе имеется послеоперационный рубец. Печень увеличена (+2см), край эластичный, безболезненный. Менингеальные симптомы: ригидности затылочных мышц нет. Симптом Кернига - Брудзинского слабо положительный.

Клинический анализ крови (01.09.22 г.): СОЭ — 16, RBC -3,86 10¹²/л, HGB-80 г/л, Le-6,8 10⁹/л, эоз. -0, п/я —23, с/я — 50, л-21, м-5, тр.-331 - железодефицитная анемия средней степени тяжести. Б/х крови: билирубин – 2,0 мкмоль/л, АСТ –45 ммоль/чл, АЛТ – 29 ммоль/чл, Мочевина – 6,9 ммоль/л; креатинин – 0,100 ммоль\л; сахар- 3,8 ммоль/л, общий белок — 113 г/л. Б/х крови: общий белок 113 г/л, ХС-2,2 ммоль/л, креатинин-0,100 ммоль/л, АСТ 45 ммол/чл. ММ (мокроты) 21.08.22 г. №523-отр. ММ (мокроты) 01.09.22 г. № 7061-отр.

На ЦРГ ОГК (01.09.22г.): с обеих сторон по ходу легочного рисунка определяется мелкоочаговая диссеминация слабой и средней интенсивности без слияния и деструкции. В верхних долях легких буллезная деформация и фиброз. Справа реберно-диафрагмальный синус облитерирован, плевра неравномерно утолщена в переднем отделе. Корни легких немного расширены за счет л/узлов. СКТ головного мозга (01.09.22 г.): заключение: очаговые изменения головного мозга – энцефалит. Диффузная атрофия и расширение ликворных пространств заместительного характера. На 6-й день госпитализации выполнена люмбальная пункция: общий анализ спинномозговой жидкости: количество - 8,0, цвет-

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

прозрачный, белок 0,33%, р.Панди+, цитоз 713/3, с-25%, л-72%, КУМ - отр. Учитывая высокий цитоз ликвора, АРВТ отложена до купирования менингита.

При дообследовании: в посевах ликвора классическим методом (плотная питательная среда) от 05.09.22г: 1+. В посевах мокроты от 01.09.02.09.22г: 1+. ПЦР (промывные воды) от 06.09.22г: МБТ(+) Rs. ТЛЧ от 03.10.22г: ЛЧ к HRZES. УЗИ ОБП(14.09.22г): гепатоспленомегалия, диффузные изменения эхо-структуры печени и поджелудочной железы. Портальная гипертензия. Дополнительная доля селезенки. Кровь на инфекции: HBsAg- отр, Anti-HCV- полож. Иммунограмма 14.09.22г.): СД4 254 кл/мл. ВН 10206/коп.

Пациент утвержден на ЦВКК от 22.09.22г. С диагнозом: милиарный туберкулез легких. МБТ(-), МГМ(+) Rs. По МРТ головного мозга с контрастом(29.09.22г.). Заключение: диффузное утолщение твердой мозговой оболочки – вероятнее всего вследствие менингита. Многоочаговое поражение больших полушарий головного мозга – вероятнее оппортунистический нейроинфекционный процесс (предположительно токсоплазмоз или туберкулезное поражение). Хроническая перивентрикулярная ишемия. Диффузная атрофия головного мозга I степени. Катаральные изменения придаточных пазух носа. ПЦР (крови) 12.10.22г: ВПГ, ЦМВ, Токсоплазмоз - не обнаружена. ВЭБ-обнаружена.

При сопоставлении клинико-лучевой картины и данных лабораторного исследования пациенту выставлен клинический диагноз: Болезнь вызванная ВИЧ-инфекцией, ст 4-В, фаза прогрессирования, СД4 254 кл/мл, ВН 10206/ коп., без АРВТ. Стадия вторичных заболеваний. Милиарный туберкулез легких, ф.инфильтрации. МБТ (+), МГМ (+) Rs. Туберкулезный менингоэнцефалит. Токсоплазмоз головного мозга. Сопутствующие заболевания: Хронический вирусный гепатит С. Цирроз печени, класс - А по Чайлд-пью, средней степени тяжести. Алкогольный панкреатит вне обострения. Синдром зависимости от алкоголя. ПИН. Осложнения: ДН 1ст. Хроническая железодефицитная анемия средней степени тяжести, сложного генеза.

Пациенту назначена противотуберкулезная терапия с 31.08.22г: по 3 режиму (вес 50кг): Н- 0,6 R- 0,6 Z- 1,5 E-1,2. С 05.10.22г учитывая, данные клинического анализа крови, добавлена симптоматическая терапия: Сорбифер 100мг 1р/д. Наличие цирроза в анамнезе: Урсолив 250 мг 3р/д. Учитывая интоксикационный синдром назначено: Анальгин 2,0 + Димедрол 1,0 в/м утро, вечер. Омез 20 мг утро, вечер. АРВТ была назначена с 01.10.22г по схеме: ламивудин 0,3 мг, тенофовир 0,3 мг, долутегравир 50 мг 2 раза в день.

По данным ЦРГ ОГК (29.11.22г.): в сравнении с 10.10.22г., положительная динамика в виде уменьшения количества очагов с обеих сторон, рассасывание субплеврального инфильтрата слева в С1,2, уплотнение остающихся очагов (в/доля слева). По МРТ головного мозга с контрастированием (27.01.23г.): в сравнении с предыдущим исследованием от 29.09.23г.-значительная положительная динамика в виде уменьшения размеров и количества очагов в паренхиме головного мозга, сохраняются только единичные очаги. Признаки менингита полностью регрессировали. Неспецифические очаги, вероятнее сосудистого генеза, в белом веществе лобных и теменных долей.

На фоне АБТ (HRZE) в течение 1 мес. при положительной динамике процесса в легких отмечено появление картины менингоэнцефалита с усилением головных болей, эпилептических приступов, гемипареза слева, при этом к 29.09.22г по данным МРТ определяется мультифокальное очаговое поражение головного мозга, что было связано наиболее вероятно с токсоплазмозом (при дважды отр. лаб. анализе на нейроинфекции, но достаточно типичной МРТ картиной). С 01.10.22г назначена АРВТ (без изменения АБТ+ТМП/СМ 1920x2 раза - с 07.10.22г.). На фоне АБТ неоднократно проводилось динамическое исследование ликвора с целью контроля цитоза и к 18.04.22г цитоз уменьшился до 9/3 (в сравнении с 05.09.22г. цитоз был 713/3).

Таким образом. У больного ВИЧ (ст 4-В) ассоциированным ТБ с поражением легких и ЦНС, в отношении заболевания ЦНС (характерная картина ликвора, МРТ картина) соответствует прогрессированию туберкулеза с появлением клиники ТБ энцефалита. Но МРТ картина позволяет с высокой степенью вероятности говорить о церебральном токсоплазмозе который обосновывает эмпирическое назначение ТМП/СМ. Кроме того, нарастание симптомов нейроинфекции возможно было связано с СВИС (несмотря на относительно невысокий уровень ВН и показателей СД4).

Выводы. Сложность данного случая заключалась в том, что до конца осталось не ясным поражение ЦНС. Но выбранная тактика: АБТ ТБ, подключение АРВТ, эмпирическое назначение ТМП/СМ была оправдана, поскольку получена положительная церебральная динамика: уменьшение головной боль в области лба и затылка, головокружения, отсутствие эпилептических приступов, положительная динамика легочного поражения. Пациент на ИФ- получил 186 доз. Переведён на ПФ с 06.03.23г по схеме: H- 0,6 R- 0,6, Z- 1,5. Таким образом, тяжелый больной с сочетанной патологией ВИЧ-инфекции/ТБ с поражением

легких и ЦНС был выведен из тяжелого состояния и продолжает лечение в стационаре до окончания ОКЛ.

Список литературы

1. Зими́на, В.Н. Эпидемиология, течение и особенности лечения туберкулеза у больных ВИЧ-инфекции (обзор) // В. Н. Зими́на, А.В. Кравченко, И.Б. Викторова // Медицина в Кузбассе. – 2011. – №3. – V. X. – С. 8.
2. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В.Н. Зими́на, А.В. Кравченко, И.Б. Викторова, В. А. Кошечкин // Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2020. – 256 с.: ил. ISBN 978-5-9704-5824-2

КУВШИНОВА А.П.

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КУЗБАССЕ**

Кафедра фтизиатрии

Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово
Научный руководитель – ассистент кафедры фтизиатрии Осинцева И.Ю.

KUVSHINOVA A.P.

**MEDICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF TB PATIENTS IN
KUZBASS**

Department of Phthiology

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Scientific adviser - assistant of the Department of Phthiology

Osintseva I.Yu.

Резюме: Проведено ретроспективное исследование больных туберкулезом взрослых, за 2017 (1 группа) и 2021 (2 группа) год. Выявлены статистически значимые отличия между группами. Прослеживается тенденция к увеличению выявления туберкулеза пассивным методом диагностики, вследствие этого увеличилась доля бактериовыделителей. Рост доли сочетанных заболеваний туберкулеза и ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: туберкулез у взрослых, лечение туберкулеза, выявление туберкулеза.

Summary: A retrospective study of adult patients with tuberculosis was carried out for 2017 (group 1) and 2021 (group 2). Statistically significant differences between groups were revealed. There is a trend towards an increase in the detection of

tuberculosis by a passive diagnostic method, as a result of which the proportion of bacterial excretors has increased. Growth in the proportion of comorbidities of tuberculosis and HIV infection.

Key words: tuberculosis in adults, treatment of tuberculosis, detection of tuberculosis.

Туберкулез в наше время остается важной социальной и медицинской проблемой [1]. На эпидемический процесс отрицательно влияет рост доли больных ТБ с МЛУ и с поздними стадиями ВИЧ-инфекции [2]. На фоне снижения заболеваемости по туберкулезу происходит рост частоты сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции [3]. Кроме того, растет и количество пациентов с нежелательными явлениями [4].

Цель исследования - изучить социальный и клинический портрет больных туберкулезом, провести сравнительную характеристику больных туберкулезом по годам.

Материалы и методы исследования. Проведено ретроспективное сплошное исследование всех случаев туберкулеза у взрослых, выявленных в Кузбассе в 2017г. (n=2927) - 1-я группа и 2021г. (n=1927) - 2-я группа.

Результаты и их обсуждение. Среди заболевших мужчин в 1-ой группе выявлено – 1894 (64,7%) человек, во 2-ой – 1274 (66,1%), женщин в 1-ой группе – 1033 (35,3%) чел., во 2-ой – 653 (33,9%). Медиана возраста в 1-ой группе составила 37 лет, во 2-ой – 40 лет. Численность лиц, проживающих в городе, составила 2534 (86,6%) чел в 1-ой группе, во 2-ой – 1673 (86,8%), сельских жителей – 397 (13,4%) чел. в 1-ой группе, а во 2-ой – 254 (13,4%). Наличие ВИЧ-инфекции в 1-ой группе было выявлено у 1115 (38,1%) чел., во 2-ой – у 928 (48,2%), что в 1,5 раза выше, чем в 1-ой группе ($\chi^2=299,63$, $p=0,001$, ОШ=1,510 [1,344; 1,696]). Заболевание туберкулезом выявлено в 1-ой группе при обращении с жалобами у 1479 (50,5%) пациентов, а посмертно при вскрытии – 9 (0,3%). Во 2-ой - при обращении с жалобами обратилось 1169 (60,7%) пациентов, посмертно впервые выявлен у - 9 (0,5%), ($\chi^2=6,383$, $p=0,012$, ОШ=1,165 [1,035; 1,312]). Бактериовыделение было выявлено у – 1752 (59,8%) пациентов из 1-ой группы и 1223 (63,5%) чел. из 2-ой, ($\chi^2=48,140$, $p=0,001$, ОШ=1,510 [1,344; 1,697]).

Таким образом, при проведении ретроспективного сплошного исследования случаев заболевания установлены негативные тенденции увеличения доли выявленных больных туберкулезом при обращении к врачу с жалобами, случаев сочетанной ТБ/ВИЧ-инфекции, и увеличение бактериовыделителей.

Выводы

Произошло утяжеление клинического течения туберкулезного процесса в виде роста доли выявленных пациентов, при обращении к врачу с жалобами с 50,5 до 60,7% (ОШ=1,165), коморбидности с ВИЧ-инфекцией с 38,1 до 48,2% (ОШ=1,510), выявления бактериовыделителей с 59,8 до 63,5% (ОШ=1,510).

Список литературы:

1. Нечаева О.Б. Эпидемическая ситуация по туберкулезу в России // Туберкулез и болезни легких. - 2018. Т. – 96, № 8. С - 5-24.
2. Характер и частота патологических изменений при туберкулезе у больных ВИЧ-инфекцией / Г. В. Кобелева, И. Ф. Копылова, П. Г. Конев [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2018. – Т. 96, № 5. – С. 55-56.
3. Клинико-социальная характеристика туберкулезного процесса у детей и подростков в Кузбассе / Е. О. Брюхачева, Е. Н. Лукашова, А. А. Холодов [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2022. – Т. 15, № 6. – С. 23-28.
4. Факторы риска развития диспептического синдрома у пациентов фтизиатрического стационара и состояние микрофлоры кишечника больных до начала противотуберкулезной терапии / А. А. Холодов, Ю. В. Захарова, Л. Ю. Отдушкина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100, № 4. – С. 46-51.

КУЗЬМИН Е.А., ДАВЫДОВА Т.Н.

**ПРИЧИНЫ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ АСТРАХАНСКОЙ
ОБЛАСТИ (ПО ДАННЫМ ПРОТОКОЛОВ
ПАТОЛОГОАТОМИЧЕСКОГО ВСКРЫТИЯ)**

*ФГБОУ ВО Астраханский государственный медицинский университет
Минздрава России-1, ГБУЗ АО «Областной клинический противотуберкулезный
диспансер»-2
Астрахань. Российская Федерация.*

KUZMIN E.A., DAVYDOVA T.N.

**CAUSES OF DEATH OF TB PATIENTS IN THE ASTRAKHAN REGION
(ACCORDING TO PATHOTOANATOMICAL AUTOMATIC PROTOCOLS)**

*FSBEI HE Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of Russia-1,
GBUZ JSC "Regional Clinical TB Dispensary"-2
Astrakhan. Russian Federation.*

По данным ВОЗ с 2019 по 2021 гг. во всем мире увеличилось число смертей от туберкулеза. В частности, в 2021 году от него умерло 1,6 млн. человек, в том числе 187 тыс. - с ВИЧ. [1] Эффективность противотуберкулезной терапии, излечение с минимальными остаточными изменениями, снижение смертности от туберкулеза связаны со многими факторами, к которым относят своевременное выявление и раннее начало лечения с учетом данных о лекарственной чувствительности / резистентности возбудителя, соблюдение схем химиотерапии, коморбидные состояния, приверженность к лечению, иммуногенетические особенности коллагенового обмена пациента и т.п. [1-5]. По итогам 2021 г. Астраханская область (АО) впервые с 2001 г. вышла из списка десяти регионов РФ с высоким уровнем смертности от туберкулеза. Сегодня территориальная смертность от туберкулеза в АО составляет 6,3 на 100 тыс. населения, что на 55,5% меньше, чем в 2019 г. В этой связи актуально изучение причин смерти больных туберкулезом на примере нашего региона.

Цель исследования: определить основные причины смерти больных туберкулезом по данным протоколов патологоанатомического вскрытия

Материалы и методы. Проанализировано 20 случаев смерти больных туберкулезом на основании изучения медицинских карт стационарных / амбулаторных пациентов и выписок из протоколов патологоанатомических вскрытий. Среди умерших в возрасте 25 – 34 года был 1 (5%) человек, 35 – 44 года - 4 (20%), 45 – 54 лет - 5 (25%), 55 – 64 года - 4 (20%), 65 лет и старше - 6 (30%). Средний возраст умерших - 55 лет, пациенты пожилого возраста (65 лет и старше), составили почти 1/3 от всех вошедших в группу наблюдения. Городских жителей было 13 (65%), сельских – 4 (20%), в трех случаях (15%) это были лица без определенного места жительства (проживали в городе).

Результаты и обсуждение. В 65% случаев туберкулез являлся основным клиническим диагнозом. В частности, диссеминированный туберкулез – в 9 (45%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких – в 2 (10%), инфильтративный и цирротический – по 1 (5%). В трех случаях (15%) туберкулез был выставлен в качестве сопутствующего диагноза. В остальных случаях в качестве основного диагноза фигурировали неспецифические заболевания: коронавирусная инфекция – 3 (15%), атеросклероз сосудов – 2 (10%) случая, тромбоэмболия легочной артерии – 1 (5%); перфорация подвздошной кишки – 1 (5%); цирроз печени – 1 (5%).

Среди сопутствующих заболеваний, не связанных со специфическим процессом, были атеросклероз сосудов – 5 (25%), злокачественное

новообразование – 3 (15%), железодефицитная анемия, хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, гепатит и цирроз печени – по 1 (5%) случаю. Осложнениями основного заболевания явились: туберкулезная интоксикация – 5 (25%) случаев, острая сердечно-легочная недостаточность – 4 (20%), дыхательная недостаточность – 3 (15%), пневмоторакс – 2 (10%). Встречались гангрена нижней конечности (у пациентов с атеросклерозом сосудов нижних конечностей), перитонит (по 2 случая - 10%), развившийся вследствие перфорации кишечника при генерализованном туберкулезе, хроническое легочное сердце, хроническая почечная недостаточность и пневмония (Covid-19) – по 1 (5%).

По данным патологоанатомического исследования в 85% причиной смерти был туберкулез, в частности: генерализованный – 7 (35%), диссеминированный – 6 (30%), фиброзно-кавернозный – 5 (25%). Так же были выставлены диагнозы атеросклероз сосудов и хроническая обструктивная болезнь легких – по 1 случаю (5%), у одного умершего имелось сочетание двух заболеваний, одним из которых был туберкулез легких – 1 (5%). Сочетанные заболевания неспецифической этиологии присутствовали у 30%. Среди них встречались злокачественное новообразование – 2 (10%), гепатит, гангрена нижней конечности, сахарный диабет и пневмония (Covid-19) – по 1 (5%). Все осложнения основного заболевания, выявленные в ходе патологоанатомического исследования, имели прямую патогенетическую связь с протекавшим в организме специфическим туберкулезным процессом:

Непосредственной причиной, приведшей к смерти, явились: легочно-сосудистая недостаточность – 5 (25%), интоксикация – 5 (25%), дыхательная недостаточность + туберкулезная интоксикация – 5 (25%), дыхательная недостаточность – 4 (20%), сердечно-сосудистая недостаточность – 1 (5%).

Совпадение клинического и патологоанатомического диагноза имело место в 65%. При анализе возможности предотвращения летального исхода мы разделили все случаи на группы: 1 - не смотря на верно поставленный диагноз и своевременно начатое лечение болезнь прогрессировала, то есть летальный исход был не предотвратим – 2 (10%); 2 - болезнь была правильно диагностирована, однако произошло это поздно, потому верно назначенное лечение не позволило предотвратить летальный исход – 6 (30%); 3 – основной диагноз был поставлен неверно, соответственно лечение, назначенное пациенту не могло быть эффективно, что и повлекло за собой летальный исход – 8 (40%); 4 – человек в силу своих убеждений и / или образа жизни (социально дезадаптированная

личность) длительно не обращался за медицинской помощью и/ или игнорировал врачебные рекомендации, что и повлекло за собой летальный исход – 4 (20%).

Заключение. Таким образом, умирали от туберкулеза чаще городские жители старшего возраста. Наиболее часто диагностируемой при жизни формой специфического процесса является диссеминированный туберкулез легких (40%), в то время как на секционном исследовании чаще выявляется генерализованный (35%) и диссеминированный туберкулез легких (30%). В 90% случаев летальному исходу способствовали недообследование, недостаточно внимательное отношение к больному и ведению медицинской документации, полиорганная недостаточность, недооценка общего состояния, а также образ жизни больного, невнимательное отношение пациента к своему здоровью, недооценка своего состояния, повлекшие отсутствие своевременной помощи.

Список литературы

1. Глобальный доклад ВОЗ о борьбе с туберкулезом от 27.10.2022 г. Электронный ресурс. Дата обращения -12.02.2003 г. <https://www.who.int/ru/news/item/27-10-2022-tuberculosis-deaths-and-disease-increase-during-the-covid-19-pandemic>
2. Тарасова Л.Г., Сайфулин М.Х., Чабанова О.Н., Попова Н.А. Проблема приверженности к лечению ВИЧ-инфицированных родителей и ее роль в предупреждении развития ВИЧ-инфекции и туберкулеза у детей // Туберкулёз и социально значимые заболевания. - 2022–Т. 10–№ 1 (37), С. 13-19.
3. Тарасова Л.Г., Стрельцова Е.Н., Попова Н.А. Патогенетическая роль TNF- α , IL-1 β , IL-10 и аутоантител к коллагену I и III типов при туберкулезе легких // Туберкулез и болезни легких. 2015. № 5. С. 177-178.
4. Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х., Попова Н.А. Причины смерти больных туберкулезом в течение первого года с момента его выявления // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины. Материалы IV международной научно-практической конференции прикаспийских государств. 2019. С. 149-151.
5. Чабанова О.Н., Стрельцова Е.Н., Сайфулин М.Х., Аверенкова Н.С. Смертность от туберкулеза в Астраханской области // В сборнике: Актуальные вопросы современной медицины. материалы III Международной конференции Прикаспийских государств. 2018. С. 199-200.

ЛОГАЧЕВА Ю.Ю., ПОРКУЛЕВИЧ Н.И.

ОЦЕНКА ДОЛИ РАСХОЖДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО И ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОГО ДИАГНОЗОВ ПО ОСНОВНОМУ И

**СОПУТСТВУЮЩЕМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ У ПАЦИЕНТОВ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА**

*Кафедра фтизиатрии, пульмонологии и инфекционных болезней
Омского государственного медицинского университета, г. Омск*

Научный руководитель - д.м.н., профессор Мордык А.В.

LOGACHEVA YU.YU., PORKULEVICH N.I.

**ASSESSMENT OF THE PROPORTION OF DISCREPANCY BETWEEN
CLINICAL AND PATHOANATOMIC DIAGNOSES FOR THE MAIN AND
CONCOMITANT DISEASE IN PATIENTS OF AN ANTITUBERCULAR
DISPENSARY**

Department of Phthisiology, Pulmonology and Infectious Diseases

Omsk State Medical University, Omsk

Supervisor: PhD, Prof. Mordyk A.V.

Сочетание инфекционных болезней на современном этапе эволюции инфекционной патологии является характерной особенностью эпидемического процесса[1]. Ярким тому примеру служит пандемия новой коронавирусной инфекции (COVID-19), которая показала своё негативное влияние на многие фоновые заболевания, их течение и прогноз. Сочетанное течение активного туберкулёза (ТБ), ВИЧ-инфекции и COVID-19 является редким для повседневной клинической практики, что представляет научный и практический интерес [2]. Данные о сочетании этих трех инфекций в литературе немногочисленны, количество зарегистрированных случаев невелико, а полученные данные противоречивы [3].

Цель исследования - оценить процент расхождения клинического и патологоанатомического диагноза в группе пациентов с туберкулезом в зависимости от наличия сочетанной патологии на примере противотуберкулезного стационара.

Материалы и методы исследования

Материалом исследования явились 60 карт стационарных больных (форма 003/у), умерших в противотуберкулезном стационаре за период: 1 января по 31 декабря 2022 года. Статистическая обработка проводилась с использованием программ Microsoft Office Excel 2007, электронного ресурса «Медицинская статистика» (<https://medstatistic.ru>) методами описательной статистики и параметрического анализа – критерий Манна-Уитни (возраст, койко-дни) и

критерий хи-квадрат. Значимыми принимались различия в группах сравнении при $p < 0,05$.

На долю мужчин в возрасте 20-30 лет пришлось 2 % ($n=1$), в возрасте 31 - 40 лет – 26 % ($n=12$), в возрасте 41-50 лет – 46 % ($n=21$), в возрасте 51-60 лет – 17 % ($n=8$), в возрасте 61-70 лет и 71-80 лет – по 2 % ($n=1$) и в возрасте старше 80 лет – 4 % ($n=2$); напротив на долю женщин в возрасте 20 -30 лет – 29 % ($n=4$, $\chi^2=9,791$, $p=0,002$), в возрасте 31-40 лет – 7 % ($n=1$, $\chi^2=2,270$, $p=0,132$), в возрасте 41-50 лет – 21 % ($n=3$, $\chi^2=2,624$, $p=0,106$), в возрасте 51-60 лет – 7 % ($n=1$, $\chi^2=0,884$, $p=0,348$), в возрасте 61-70 лет – 21 % ($n=3$, $\chi^2=6,395$, $p=0,012$) и в возрасте старше 80 лет – 0 % ($n=1$, $\chi^2=0,177$, $p=0,675$). Средний возраст среди мужчин составил 47 лет, среди женщин – 48 лет (U эмп.=302.5, U крит.=227; $p > 0.05$), средний срок пребывания в стационаре для мужчин составил 11 (7; 18) дней, для женщин – 8 (4; 21) дней (U эмп.=310.5, U крит.=227, $p > 0.05$).

Результаты и их обсуждение

У пациентов, вошедших в исследование, выявлен 121 случай расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов по отдельным нозологиям. При этом, встречались как случаи гиподиагностики, так и гипердиагностики туберкулеза. Из случаев гиподиагностики значимо не диагностировали в 88% туберкулез внутригрудных лимфоузлов (2 случая прижизненной диагностики против 17 случаев установленных на вскрытии, $\chi^2=14,070$, $p < 0,001$), из случаев изолированного внелегочного туберкулеза в 100% - туберкулез почек (соответственно 0 против 6 случаев, $\chi^2=6,539$, $p=0,011$) и органов брюшной полости (соответственно 0 против 12 случаев, $\chi^2=13,333$, $p < 0,001$), из них селезенки (соответственно 0 против 10 случаев $\chi^2=10,909$, $p < 0,001$), из случаев генерализованного специфического процесса – в 87,5% милиарный туберкулез селезенки (соответственно 1 против 6 случаев, $\chi^2=5,886$, $p=0,016$), в 77 % случаев туберкулез внутрибрюшных лимфоузлов (соответственно 2 против 9 случаев, $\chi^2=4,904$, $p=0,027$). Из случаев гипердиагностики туберкулеза – при посмертной верификации в 58,8% вскрытий по поводу инфильтративного туберкулеза легких диагноз не подтверждался (соответственно 17 против 7 случаев, $\chi^2=5,208$, $p=0,023$).

Из нетуберкулезной патологии по отдельным нозологиям, вошедшим в диагноз, зафиксировано 31 расхождение, из них по инфекционной нетуберкулезной патологии – 5 (3 случая менингоэнцефалита неуточненного, по 1 случаю хронического гепатита В и С), по соматической патологии – 26 (2 случая ХОБЛ и бронхиальной астмы, 3 случая хронического бронхита, 1 случай

эмфиземы легких, атеросклероза сердца, постинфарктного кардиосклероза, 4 случая гипертонической болезни и хронического панкреатита). Наибольшее число значимых расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов 88,8% наблюдалось при ИБС (соответственно 9 против 1 случая, $\chi^2=6,982$, $p=0,009$).

В последующем исследуемые были разделены на 2 группы: туберкулез с сочетанием COVID-19 (группа 1) и ВИЧ+ COVID-19 (группа 2). При сравнении расхождения клинического и патологоанатомического диагноза в группах туберкулеза с сочетанием COVID-19 и ВИЧ+ COVID-19 установлено, что в группе 1 выявлено только 1 расхождение в диагностике инфильтративного туберкулеза легких (соответственно 1(7,7%) и 8 (30,6%), $\chi^2=2,600$, $p=0,107$), остальные расхождения встретились только в группе сочетания ТБ+ВИЧ+ COVID-19. Во группе 2 не установлены при жизни по 42,3% (11) случаев туберкулеза внутригрудных лимфоузлов и специфического поражения органов брюшной полости ($\chi^2=7,661$, $p=0,006$), в том числе в 26,9% (7) случаях - туберкулез селезенки ($\chi^2=4,266$, $p=0,039$). Значимых различий в расхождении диагнозов по сопутствующей патологии в группах не получено.

Выводы

Таким образом, высокий процент расхождения диагнозов по отдельным нозологиям у пациентов противотуберкулезного стационара как по формам туберкулеза, так и по соматической патологии в период пандемии COVID-19 свидетельствует о трудностях в постановке окончательного диагноза лечащим врачом. Причинами этого могут быть ограничение по времени на обследования пациентов в связи с их тяжелым состоянием, с укомплектованностью штатов противотуберкулезного учреждения другими узкими специалистами (сформированность мультидисциплинарной команды), а также особенности течения специфического процесса на фоне ВИЧ-инфекции и новой коронавирусной инфекции.

Список литературы

1. Беляков Н.А., Боева Е.В., Загдын З.М., Эсауленко Е.В., Лиознов Д.А., Симакина О.Е. Эпидемиология и течение инфекционных заболеваний на фоне пандемии COVID-19. Сообщение 1. ВИЧ-инфекция, хронический гепатит С и туберкулез // Инфекция и иммунитет. 2022. Т. 12, № 4. С. 639-650.
2. Добин В.Л., Горбунов А.В., Муратов Е.Н. Клиническое наблюдение необычного течения коронавирусной инфекции у больного с хроническим

диссеминированным туберкулезом лёгких и ВИЧ. // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2021. Т. 29, № 4. С. 1.

3. Альжанов Р. С., Пятибратова А. В., Краснов Д. В., Капустин Д. В., Ануфриев С. В. Клинико-лабораторные особенности COVID-19 у пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекция + туберкулез // Туберкулез и болезни лёгких. 2022. Т. 100, № 4. С. 14-21.

ЛОГИНОВА Ю.А

**АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Сибирского государственного медицинского университета, г. Томск, Россия

Научный руководитель - д.м.н., профессор Филинюк О.В.

LOGINOVA YU.A.

**MORTALITY ANALYSIS OF PATIENTS WITH HIV-ASSOCIATED
TUBERCULOSIS**

Department of Phthiology and Pulmonology

Siberian State Medical University, Tomsk

Supervisor: PhD, Prof. Filinyuk O.V.

Введение. Туберкулез является инфекцией, которая чаще всего становится причиной смерти людей, живущих с ВИЧ и имеющих низкий иммунный статус. ВИЧ и туберкулез так тесно переплетены, что их часто называют эпидемией в эпидемии. Эти заболевания способствуют взаимному развитию и усиливают друг друга.

Цель исследования. Провести анализ причин летальных исходов у впервые выявленных пациентов Томской области с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом органов дыхания.

Материалы и методы исследования. В анализ включены данные умерших впервые выявленных пациентов, проходящих лечение туберкулеза органов дыхания в Томском фтизиопульмонологическом медицинском центре в период с 15 ноября 2019 по 30 декабря 2021 гг. Были сформированы 2 группы пациентов: в исследуемую группу (1-я группа) были включены случаи с неблагоприятным исходом у больных с коинфекцией ТБ/ВИЧ, контрольную группу (2-я группа) составили случаи летальных исходов у больных ТБ без ВИЧ-инфекции. Согласно

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

задачам исследования были проанализированы следующие данные пациентов: возраст, пол, проживание, стаж ВИЧ, степень иммуносупрессии, данные бактериологических исследований, а также рентгенологических данных для определения клинической формы туберкулеза органов дыхания. Весь спектр лекарственной устойчивости МБТ к ПТП определялся культуральными методами (посев на плотные и жидкие среды). Оценка эффективности лечения туберкулеза у больных проводилась по общепринятым критериям, определенных в клинических рекомендациях, без учёта использования антиретровирусной терапии (АРТ) у пациентов с ТБ/ВИЧ. Статобработка с использованием программ пакета Microsoft Office Excel-2007 и Statistics 10 для Windows. Значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Характеризуя пациентов двух групп наблюдения по возрасту, у умерших больных с коинфекцией в двух третьих случаях наблюдаются молодые люди в возрасте 18-40 лет. В то время как при чистом ТБ градация по возрасту распределилась к преобладанию лиц 56 лет и старше. В двух группах наблюдения среди умерших преобладали мужчины (ТБ/ВИЧ 69,8%, чистый ТБ 75%), соотношение мужчин и женщин было одинаковым. Большая часть умерших с сочетанной инфекцией проживала в г. Томск (54,72%), тогда как только туберкулез был у большей части жителей области (54,17%). В 77,36% случаев у умерших с ко-инфекцией наблюдалась диссеминированная форма туберкулёза, при чистом ТБ также преобладала данная форма (50,00%). Микроскопически кислотоустойчивые микобактерии выявлялись у умерших с туберкулёзом в 83,33% случаев, тогда как при ко-инфекции лишь в 60, 38% случаев. Выделение МБТ методом посева устанавливалось почти в 100% случаях. В единичных случаях на помощь приходили молекулярно-генетические методы. ВИЧ выявляли вместе с ТБ у 20% умерших, пятая часть из них имели стаж ВИЧ до 3 лет. Таким образом, туберкулёз у ВИЧ-инфицированных на сегодняшний день в более чем в половине случаев выявлялся у пациентов, состоящих на учёте СПИД-центров. Более 80% умерших пациентов имели глубокий иммунодефицит ниже 200 клеток в 1 мкл. В группе наблюдения ТБ/ВИЧ преобладали пациенты на поздних стадиях ВИЧ инфекции (4Б – 84,61%, 4В – 7,69%). Общий срок лечения у умерших больных с коинфекцией составил в среднем 4 недели, при чистом ТБ 3 недели. Анализируя данные лабораторного обследования по лекарственной устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам отмечаем, что в 24,5% и 50% она была сохранена, были получены различия между группами. Что касается устойчивости

минимум к R, а по современной классификации лекарственной устойчивости - это МЛУ ТБ, получены значимые различия у пациентов с ко-инфекцией по сравнению с пациентами, страдающими чистым ТБ. Уровень МЛУ и пре-ШЛУ у пациентов, имеющих ВИЧ, выше в 4 раза и достигает 62%.

Выводы. Умершие больные с ТБ/ВИЧ на территории Томской области в большинстве случаев (более 60%) имеют глубокую иммуносупрессию, диссеминированный ТБ. Частота первичной ЛУ возбудителя минимум к R у пациентов с ТБ и ВИЧ у умерших больных достигает 62% (у неВИЧ – 16,67%).

НОВИЧКОВА Т. В., КОЛМАКОВ Е. Д.

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГРИППА
В ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПЕРИОД 2022-2023 ГОДА**

*Кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней и дерматовенерологии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*

Научный руководитель – к.м.н., доцент О. И. Пивовар

NOVICHKOVA.T.V., KOLMAKOV E.D.

**CLINICAL CHARACTERISTICS OF FLU
IN THE EPIDEMIC PERIOD OF 2022-2023**

*Department of Epidemiology, Infectious Diseases and Dermatovenereology Kemerovo
State Medical University, Kemerovo*

Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O. I. Pivovarov

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), включая грипп и COVID-19, являются наиболее распространенными инфекционными заболеваниями. Клинические проявления гриппа зависят от возраста, состояния иммунной системы, наличия сопутствующей патологии, а также от серотипа циркулирующего вируса.

Грипп может протекать как в легкой, так и тяжелой форме. Но особенность этого заболевания такова, что даже при кажущейся легкости течения могут быть серьезные негативные последствия.

Тяжесть течения гриппа и существенный риск летальных исходов среди лиц пожилого возраста, беременных и детей раннего возраста, ставят его в ряд наиболее актуальных медико-социальных проблем.

Цель исследования – оценить клинико-лабораторные особенности течения гриппа в эпидемический период 2022-2023 года.

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 60 историй болезни пациентов с подтвержденным диагнозом гриппа А и В, находившихся на лечении в Кузбасской клинической инфекционной больнице в период с декабря 2022 года по февраль 2023 года.

Отбор историй болезни осуществлен методом случайной выборки.

При исследовании медицинских карт больных рассматривались такие критерии, как: пол и возраст заболевших, тяжесть и течение болезни, симптомокомплексы, данные лабораторных исследований (общий анализ крови, С-реактивный белок (СРБ)) и инструментальных (рентгенография грудной клетки). Диагноз гриппа А/В был подтверждался при поступлении в стационар иммунохроматографическим экспресс-тестом.

Результаты обрабатывались по формулам расчета с помощью программы Microsoft Office Excel 2007. Количественные признаки представлены в виде среднего значения (М). Качественные признаки представлены процентами. Критический уровень статистической значимости принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Пациенты были разделены на 2 группы по 30 человек. В первую группу вошли пациенты, которые болели гриппом А. Средний возраст (М) больных этой группы составил 21,4 года. В группе преобладали пациенты мужского пола (60%). Средний показатель койко-дней в стационаре больных данной группы составил 8,6 дней. Вторую группу составили пациенты с гриппом В. Среди данной группы преобладали девочки (53,3%). Средний возраст пациентов данной группы составил 18,2 года. Средняя продолжительность госпитализации в группе – 6 койко-дней.

При оценке результатов, было выявлено, что всех пациенты с гриппом А при поступлении в стационар имели объективное состояние средней степени тяжести. В группе пациентов с гриппом А преобладали дети в возрасте до 14 лет (66,7% случаев). Взрослые с гриппом А регистрировались в 33,3% случаев в возрасте от 23-85 лет.

Среди пациентов с гриппом В среднетяжелая форма была зарегистрирована в 93,3% случаев и тяжелая – в 6,7% случаев. С гриппом В в основном были госпитализированы дети от 1-16 лет (76,7%) и 23,3% – взрослые от 18-69 лет.

Клинические проявления у больных с гриппом А были представлены: лихорадкой в 100% случаев со средней продолжительностью – 6,5 дня, при этом в 16,7% случаев зарегистрирована фебрильная температура и в 83,3% –

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

субфебрильная; слабостью и недомоганием (в 76,7% случаев) со средней продолжительностью – 4,5 дня; кашлем (в 80,0%) с продолжительностью – 6,6 дня; насморком (в 83,3%) с продолжительностью – 4 дня; гиперемией задней стенки глотки (в 93,3%) со средней продолжительностью – 5,3 дня; гиперемией и гипертрофией миндалин (в 50,0%) с продолжительностью – 3 дня, микролимфаденопатией (в 73,3%), атопическим дерматитом (в 23,3%) и гепатомегалией (в 23,3% случаев).

Среди пациентов второй группы с гриппом В в клинической картине регистрировались такие симптомы, как: лихорадка – в 100% случаев с продолжительностью 6 дней; при этом с преобладанием субфебрильной температуры в 93,3% и фебрильной только в 6,7% случаев; слабость и утомляемость – в 90,0% случаев с продолжительностью 5,6 дней; анорексия – в 73,3% с продолжительностью 3,3 дня, кашель – в 60,0% с продолжительностью 6,4 дня, гиперемия ротоглотки – в 90% случаев с продолжительностью 6,2 дня.

При сравнении клинической картины пациентов двух групп было получено, у пациентов с гриппом А чаще регистрировались кашлевой синдром (80% против 60%) и фебрильная лихорадка (16,7% против 6,7%).

Следует отметить, что несмотря на наличие у пациентов с гриппом В менее выраженной интоксикации, в данной группе статистически значимо чаще регистрировалась слабость – в 90% случаев против 76% у пациентов с гриппом А ($p=0,04$), что свидетельствовало о выраженности астено-вегетативного синдрома при гриппе В. По остальным клиническим признакам статистических различий не получено.

При изучении лабораторных результатов крови пациентов было получено, что у больных с гриппом А регистрировался лейкоцитоз в 13% случаев при отсутствии его у пациентов 2-й группы. Статистически значимо чаще у пациентов с гриппом В отмечалось лейкопения (в 47% случаев против 10% в 1-ой группе, $p=0,01$). Среднее значение СРБ было выше у пациентов 2-й группы (19,57 мг/л) по сравнению с 1-й (13,57 мг/л, $p=0,37$).

По клиническим данным и результатам рентгенографии органов грудной клетки пневмония, как осложнение регистрировалась чаще у пациентов с гриппом А – в 13,3% случаев против 6,7% при гриппе В ($p=0,39$). Следует отметить, что в группе пациентов с гриппом В тяжелой формы было наблюдалось 2 случая нейротоксикоза у детей 8 и 9 лет с клиническими проявлениями: высокой гипертермии, сильной головной боли, рвоты, адинамии, наличием судорог.

Выводы

Таким образом, по данным нашего исследования пациенты с гриппом А имели более выраженный синдром интоксикации, продолжительность заболевания, значительно чаще регистрировался кашлевой синдром и развитие осложнения в виде пневмонии.

Клиническая картина у пациентов с гриппом В скрывалась под маской других респираторных инфекций, характеризовалась меньшей длительностью заболевания и отсутствием полиморфизма симптомов.

Следует отметить, что несмотря на менее выраженную интоксикацию при гриппе В у пациентов статистически значимо чаще регистрировался астено-вегетативный синдром и отмечался нейротоксикоз.

Список литературы

1. Широкова Ирина. Грипп - встретить во всеоружии // Ремедиум. 2014. № 9.
2. Бикбова М., Прожерина Ю., Широкова И. К сезону гриппа готовы // Ремедиум. 2016. № 12.

**ПАНТЕЛЕЕВА Н.С., СМЕТАНИН А.Г., СМЕТАНИНА Е.А.
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА
ТУБЕРКУЛЕЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

*Кафедра пульмонологии и фтизиатрии с курсом ДПО
Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул
Научный руководитель – д.м.н., профессор Сметанин А.Г.*

**PANTELEEVA N.S., SMETANIN A.G., SMETANINA E.A.
FEATURES OF DIAGNOSIS AND CONFIRMATION OF THE DIAGNOSIS
OF TUBERCULOSIS IN A MULTI-HOSPITAL**

*Department of Pulmonology and Phthisiology
Altai state medical University, Barnaul
Supervisor: PhD, Prof. Smetanin A.G.*

Несмотря на достигнутые успехи, туберкулез остается одной из самых значительных проблем здравоохранения. Проблема своевременного выявления больных туберкулезом в общей лечебной сети остается в центре внимания фтизиатров. Несвоевременная диагностика обусловлена: снижением охвата населения мероприятиями по активному выявлению больных туберкулезом; снижением настороженности в отношении заболевания туберкулезом легких среди населения и врачей; недооценка клинико-anamnestических данных;

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

запоздалое и неполноценное рентгенологическое обследование; нарушение требований приказов МЗ РФ № 109 и 690 в части выявления туберкулеза методом прямой микроскопии; низкое качество исследования мокроты на кислотоустойчивые микобактерии в общей лечебной сети.

Цель исследования – Оптимизация диагностики и верификации диагноза туберкулеза у пациентов в многопрофильном стационаре с учетом результатов комплексного обследования в современных эпидемических условиях.

Материалы и методы

Материалами исследования являются истории болезней пациентов, находившихся на стационарном лечении в 2014-2018 годах в двух пульмонологических и двух инфекционных отделениях КГБУЗ «Городская больница № 5, г. Барнаул». В написании работы использовались описательный и статистический методы.

Результаты

В исследование включено 170 историй болезни пациентов двух пульмонологических (136-80%) и двух инфекционных (34-20%) отделений: 86 мужчин и 84 женщины. Наиболее часто подозрение на туберкулез возникало по отношению к лицам мужского пола в возрасте 35-44 года (29,1%), 25-34 года (27,9%), женского пола: 25-34 года (21,4%), 65 лет и старше (21,4%) – статистических различий не установлено. По результатам анализа историй болезни выделены группы сравнения – первая группа с подтвержденным (39 больных=22,9%), установленным (22 больных=12,9%) и исключенным ТБ (109 больных=64,2%); вторая группа – ВИЧ-инфицированные (54 больных=31,8%) и ВИЧ-негативные (116 больных=68,2%) пациенты. У 54 больных (31,8%) диагностирована ВИЧ-инфекция - 34 мужчины (63,0%) и 20 женщин (37,0%): 2Б стадия установлена у 3 человек (5,6%), 3 стадия – у 17 человек (31,5%), стадия 4А – у 6 человек (11,1%), стадия 4Б – у 28 человек (51,9%). При помощи критерия Пирсона статистических различий не установлено. В результате анализа клинических проявлений у больных, которые включены в исследование, было выяснено, что наиболее часто встречались такие клинические синдромы, как интоксикационный и бронхолегочный. У группы больных с диагнозом туберкулеза (группы с установленным и подтвержденным туберкулезом) проявления интоксикационного синдрома встречались со следующей частотой: подъем температуры тела отмечался у 51 человека (83,6% от всего числа больных с туберкулезом), снижение аппетита и массы тела – у 6 человек (9,8%) и у 11 человек (18,0%) соответственно, слабость – у 43 человек (70,5%), потливость – у

4 человек (6,6%). Проявления бронхолегочного синдрома у пациентов с туберкулезом: кашель обнаружен у 50 больных (82,0%), одышка – у 31 больного (50,8%), кровохарканье – у 1 больного (1,6%), боли в грудной клетке – у 20 больных (32,8%). У группы больных с исключенным диагнозом туберкулеза интоксикационный синдром был представлен симптомами со следующей частотой: повышение температуры тела отмечалось у 84 пациентов (76,4% от всего числа больных без туберкулеза), снижение аппетита и массы тела – у 10 человек (9,1%) и у 4 человек (3,6%) соответственно, слабость – у 78 человек (70,9%), потливость – у 11 человек (10,0%). Проявления бронхолегочного синдрома: кашель обнаружен у 86 больных (78,2%), одышка – у 48 больных (43,6%), кровохарканье – у 5 больных (4,5%), боли в грудной клетке – у 34 больных (30,9%). При помощи критерия Пирсона статистических различий не было установлено между проявлениями как интоксикационного синдрома, так и бронхолегочного в сравниваемых контрольных группах. В связи с подозрением на туберкулез больные консультированы фтизиатром: в течение первой недели 75 (44,1%) человек; в течение второй недели и более – 95 (55,9%) человек - при помощи критерия Пирсона статистических различий не установлено. У больных в сравниваемых группах (пациенты с туберкулезом и исключенным диагнозом) были выявлены следующие рентгенологические синдромы: очаговых и фокусных теней, участка затенения, кольцевидных теней, диссеминации, плеврального выпота, внутригрудной лимфаденопатии и участка просветления. Преобладающие рентгенологические синдромы у больных с установленным и верифицированным диагнозом туберкулеза – участка затенения 30 (49,2%), очаговых теней 18 (29,5%), диссеминации 14 (23,0%), внутригрудной лимфаденопатии 14 (23,0%), плеврального выпота 8 (13,1%). Для подтверждения и исключения туберкулеза использовались такие верифицирующие методы, как микроскопия по Цилю-Нильсену, молекулярно-генетические методы (ПЦР на ДНК МБТ) и гистологические методы. Виды патологического материала: мокрота, смывы из бронхов, бронхиолоальвеолярная лаважная жидкость (БАЛЖ), плевральная жидкость и ликвор. Большая часть диагнозов верифицирована с помощью молекулярно-генетического метода диагностики – ПЦР на ДНК МБТ: в мокроте обнаружены ДНК МБТ в 10 случаях (58,8%) из 17 проведенных, в смывах – 5 раз (62,5%) из 8-ми, в БАЛЖ – 3 раза (75,0%) из 4-х, в ликворе – 100,0% (1 раз исследовали и верифицировали). При помощи критерия Пирсона статистических различий не установлено.

Выводы

1. Показаниями к назначению консультации фтизиатра было наличие у больных интоксикационного синдрома (88,2%) в виде слабости, снижения аппетита и массы тела, повышения температуры тела и бронхолегочного синдрома (64,7%) - кашель, одышка, боль в груди, а также наличие у больных ВИЧ-инфекции (31,8%), преимущественно на стадии 4Б (51,9%). 2. Из 170 больных, консультированных фтизиатром в пульмонологических и инфекционных отделениях многопрофильного стационара, диагноз туберкулеза установлен у 61 пациента (35,9%), верифицирован у 49 (80,3%) из них. 3. Преобладающие рентгенологические синдромы у больных с установленным и верифицированным диагнозом туберкулеза – участка затенения 30 (49,2%), очаговых теней 18 (29,5%), диссеминации 14 (23,0%), внутригрудной лимфаденопатии 14(23,0%), плеврального выпота 8(13,1%). 4. Большая часть диагнозов верифицирована с помощью молекулярно-генетического метода диагностики – ПЦР на ДНК МБТ. 5. В связи с подозрением на туберкулез 75 (44,1%) больных консультированы врачом-фтизиатром в течение первой недели пребывания в стационаре, в течение второй и более недель 95 (55,9%) больных.

Список литературы

1. Ибрагимова Х.О., Зиямухамедов А.Н., Ташпулатова Ф.К. // Выявление туберкулеза легких в общесоматических лечебных учреждениях. Молодой ученый. — 2017. - № 3 (137). – С. 236-238.
2. Павлунин А.В., Шарафутдинова М.А., Борисова С.Б., Мишанов Р.Ф., Медоваров Е.В. // Проблемы организации выявления и диагностики туберкулеза легких в общей лечебной сети. Туберкулез и болезни легких. – 2014. – № 11. – С. 18-22.

ПАХАРЬКОВА.Я.П.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ВАКЦИНАЦИИ У ДЕТЕЙ, ЗАБОЛЕВШИХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кафедра фтизиатрии

Омского государственного медицинского университета, г. Омск

Научный руководитель: к.м.н., доцент, Романова М.А.

PAKHARKOVA.Y.P.

THE EFFECTIVENESS OF BCG VACCINATION IN CHILDREN WITH TUBERCULOSIS

Department of Phthisiology

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Omsk State Medical University, Omsk Scientific

Supervisor: Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, M.A. Romanova

Туберкулез значимая проблема нашего общества [4]. Ещё в древние времена, не понимая природу туберкулеза, люди уже остерегались данного заболевания и искали способы борьбы с ним [2]. Так вакцинация БЦЖ и БЦЖ-М является надежным, подтвержденным методом профилактики туберкулеза [3].

Вакцина созданная А. Кальметтом и К. Гереном остается единственной используемой и по настоящее время [1]. Тем не менее сохраняются не раскрытыми некоторые аспекты эффективности вакцинации, требующие уточнения. В частности влияние эффективности вакцинации на течение возникшего туберкулезного процесса с учетом эпидемиологических и медицинских факторов риска [5].

Цель исследования оценка целесообразности противотуберкулезной вакцинации в современных условиях, основанная на анализе эффективности сформированного поствакцинального иммунитета

Материалы и методы исследования. В ретроспективном, сплошном исследовании критериями включения являлись – возраст детей от 0 до 3 лет, наличие вакцинации БЦЖ или БЦЖ-М, развитие активного туберкулеза. Период исследования охватывал с 2011 по 2020г. Из 128 детей сформирована (1-я) группа детей с эффективной и малоэффективной вакцинацией БЦЖ и БЦЖ-М (n=86) и (2-я) группа детей, не эффективно вакцинированных БЦЖ и БЦЖ-М (n=42).

Малоэффективным расценивался вариант вакцинации при наличии сформированного прививочного знака (рубца) размером от 1 до 4мм и наличием положительной реакции на внутрикожное введение туберкулина у ребенка через один год, от момента вакцинации, таких в 1-й группе было 29 человек. Эффективной считалась вакцинация у 57 детей, характеризовавшихся наличием рубца от 5 до 10мм и ответом на введение туберкулина. Вакцинирован БЦЖ в 1-й группе 81(94,2%) ребенок, а во 2-й группе 35(83,3%) детей ($X^2 = 3,912$; $p = 0,048$), БЦЖ-М в 1-й группе 6(6,9%) детей, а во 2-й группе 7(16,7%) ($X^2 = 1,939$; $p = 0,164$). Рубчик 1-3 мм сформирован в 1-й группе у 29(33,7%) детей, а во 2-й у 11 (26,2%) детей ($X^2 = 0,745$; $p = 0,389$), рубчик 4-10 мм в 1-й группе у 58(67,4%) детей, во 2-й группе у 20(47,6%) детей ($X^2 = 4,658$; $p = 0,031$).

Мужской пол в 1-й группе имели 48 (55,8%) детей, во 2-й группе 19 (45,2%) ($X^2 = 1,265$; $p = 0,261$)

Статистический анализ выполнен при помощи программы «Statistica» версия 12.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Результаты и их обсуждение. Легочная локализация установлена в 1-й группе у 85(98,8%) детей, а во 2-й группе у 40(95,2%) ($X^2 = 1,597$; $p=0,207$). Из них туберкулез внутригрудных лимфатических узлов диагностирован у 62(72,1%) детей 1-й и у 22(52,4%) 2-й группы ($X^2 = 4,861$; $p=0,028$), а первичный туберкулезный комплекс у 23(26,7%) детей 1-й и 19(45,2%) детей 2-й группы ($X^2 = 4,378$; $p=0,037$). Генерализованный туберкулез зафиксирован у 2 детей 1-й и 2-й групп (соответственно 2,3% и 4,8%) ($p>0,05$).

Осложнения получили по 6 детей в 1-й и 2-й группах (соответственно 6,9% и 14,3%) ($X^2 = 1,018$; $p=0,313$). Бактериовыделение выявлено в 1-й группе у 2(2,3%) детей, во 2-й группе у 1(2,4%) ребенка ($p>0,05$).

Сопутствующие заболевания имели в 1-й группе 60(69,8%) детей, во 2-й группе 30(71,4%) ($X^2 = 0,037$; $p=0,847$).

По социальному статусу в социально-сохранных семьях воспитывался в 1-й группе 31 (36,1%) ребенок, во 2-й группе 19 (45,2%) детей ($X^2 = 1,002$; $p=0,317$). Проживали в социопатических семьях (семьи, где родители имели алкогольную или наркотическую зависимость, пребывали в местах лишения свободы) из 1-й группы 8 (9,3%) детей, из 2-й группы 6 (14,3%) ($X^2 = 0,299$; $p=0,585$). Из социально-дезадаптированных (значит из многодетных, малообеспеченных, не полных семей, а также находящихся под опекой или в доме ребенка) были в 1-й группе 46 (53,5%) детей, во 2-й группе 16 (38,1%) детей ($X^2 = 2,677$; $p=0,102$). В 1-й группе 21 (24,4%) ребенок и во 2-й группе 13 (30,9%) детей проживали в многодетных семьях ($X^2 = 0,618$; $p=0,432$), 35 (40,7%) детей 1-й группы и 16 (38,1%) 2-й были из малообеспеченных семей ($X^2 = 0,080$; $p=0,778$), неполными являлись семьи 16 (18,6%) детей 1-й и 7 (16,6%) детей 2-й группы ($X^2 = 0,001$; $p=0,982$). Опекаемы 5 (5,8%) детей 1-й группы и 2 (4,7%) ребенка 2-й ($p>0,05$). Из дома ребенка в обеих группах было по 1 ребенку (1,2% и 2,4% соответственно), ($p>0,05$)

Контакт с больным туберкулезом установлен в 1-й группе у 67 (77,9%) детей, во 2-й группе у 32 (76,2%) ($X^2 = 0,047$; $p=0,828$). Контакт являлся тесным семейным в 1-й группе у 51 (59,3%) ребенка, во 2-й группе у 22 (52,4%) детей ($X^2 = 0,552$; $p=0,458$). Мать являлась источником микобактерии туберкулеза (МБТ) в 1-й группе у 24 (27,9%) детей, во 2-й группе у 9 (21,4%) ($X^2 = 0,327$; $p=0,568$), отец в 1-й группе у 22 (25,6%) детей, во 2-й группе у 12 (28,6%) детей ($X^2 = 0,129$; $p=0,720$). Родственный контакт зафиксирован в 1-й группе у 31 (36,1%) ребенка, во 2-й группе у 13 (30,9%) детей ($X^2 = 0,325$; $p=0,569$). Контакт с несколькими родственниками в 1-й группе имели 9 (10,5%) детей, во 2-й группе 5 (11,9%)

($p > 0,05$). Контакт с больным туберкулезом соседом фиксировался в 1-й группе у 1 (1,2%) ребенка, а во 2-й группе у 3 (7,1%) детей ($p > 0,05$).

Выводы

1. У детей со сформировавшимся иммунным ответом на вакцинацию БЦЖ и БЦЖ-М в случае заболевания туберкулезом, чаще возникает форма туберкулеза с вовлечением только внутригрудных лимфатических узлов.
2. При неэффективной вакцинации БЦЖ и БЦЖ-М объем специфического поражения характеризуется более частым вовлечением в процесс, как внутригрудных лимфоузлов, так и легочной паренхимы.
3. Вакцинация БЦЖ и БЦЖ-М реже оказывается не эффективной при размере сформированного рубца размером от 4 до 10мм.
4. Применение противотуберкулезной вакцины в дозе 0,05 мг дает большую вероятность формирования поствакцинального иммунитета.

Список литературы

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей в России и задачи фтизиатрической и общей педиатрической службы по профилактике и раннему выявлению заболевания / В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Т.А. Севостьянова, Н.И. Клевно // Туберкулез и болезни легких. – 2014. - № 3 – С. 40-46
2. Аксенова В.А., Стерликов С.А., Белиловский Е.М., Казыкина Т.Н., Русакова Л.И. Эпидемиология туберкулеза у детей/Научно-практический рецензируемый журнал "Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики". 2019 г., N 1 - С. 8 - 36.
3. Король О.И., Лазовской М.Э., Туберкулез у детей и подростков.СПБ., 2005.- 432 с.
4. Старшинова А.А., Довгалоук И.Ф. Туберкулез в структуре коморбидной патологии у больных COVID-19. Тихоокеанский медицинский журнал. 2021;(1):10-14.
5. Шамшева Е.В., Бородкина С.П., Муканова А.К., Зубенко О.В., Багишева Н.В., Мордык А.В. Изменения показателей инвалидности по туберкулезу легких в Омской области. Туберкулез и болезни легких. 2019. Т. 97.№5. С. 16-2

СЕЙВАЛЬД Я.Е.

**ПРОБЛЕМА НИЗКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ АРВТ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-
АССОЦИИРОВАННЫХ ТБ**

*Кафедра фтизиатрии, пульмонологии и инфекционных болезней
Омского государственного медицинского университета, г. Омск*

Научный руководитель – д.м.н., профессор Мордык А.В.

SEYVALD Y.E.

**THE PROBLEM OF LOW EFFECTIVENESS OF ARVT IN PATIENTS WITH
HIV-ASSOCIATED TB**

Department of Phthisiology, Pulmonology and Infectious Diseases

Omsk State Medical University, Omsk

Supervisor: PhD, Prof. Mordyk A. V.

Цель исследования: расширить понимание взаимовлияния ВИЧ и туберкулеза, а также получить четкое представление о синергизме данных заболеваний с COVID-19, учитывая общие факторы риска, оппортунистические заболевания, вирусную нагрузку, количество CD4-клеток и лекарственную устойчивость. Провести анализ с дополнительной литературой.

Материал и методы: исследованы 42 истории болезни пациентов с диагностированной ко-инфекцией ВИЧ-туберкулез, 71,4% пациентов имели в анамнезе COVID-19. Статистике подверглись следующие параметры: наиболее часто встречающиеся вторичные и соматические заболевания, зависимость от пола, средний возраст, встречаемость стадий ВИЧ, формы туберкулеза, лекарственная устойчивость, наличие антиретровирусной терапии и зависимость вирусной нагрузки от количества CD4. Для установления корреляции последнего параметра была выбрана парная линейная регрессия, оценены ее параметры методом наименьших квадратов, статистическая значимость уравнения проверена с помощью коэффициента детерминации критерия Фишера.

Результаты: при анализе оппортунистических заболеваний установлено, что хронический вирусный гепатит С встречается в 59,5% случаев, хронический вирусный гепатит В – 7,1%, кандидоз полости рта – 21,4%, кандидозный эзофагит – 4,8%, энцефалопатия – 4,8%, миома матки – 2,4%, объемное образование печени – 2,4%. Среди соматических заболеваний превалирует анемия – 33,3% случаев, кардиомиопатия смешанного генеза – 11,9%, психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением алкоголя, синдром зависимости от опиатов – 7,1%, экссудативный перикардит – 4,8%, хронический гастродуоденит,

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

панкреатит вне обострения, артериальная гипертензия, артрит, нефролитиаз, флеботромбоз вен голени составляют 2,4%. Мужской пол преобладает над женским по частоте встречаемости коинфекции (81% и 19% соответственно). Преобладает IVб стадия ВИЧ – 92,85% случаев, IVа – 4,8%, III – 2,35%. Встречаемость выявленного ВИЧ до туберкулеза составляет 69% случаев, выявленный туберкулез до ВИЧ – 16,7%, выявлены одновременно – 14,3%. Преобладает впервые выявленный туберкулез – 71,4%, ранний рецидив туберкулеза – 16,7%, поздний рецидив туберкулеза – 7,1%, фиброзно-кавернозный туберкулез – 4,8%. По лекарственной устойчивости: к стрептомицину, изониазиду и рифампицину – 42,85%, к этамбутолу – 35,7%, к канамицину – 26,2%, к офлоксацину – 16,6%, к ПАСК и капреомицину – 14,28%, к пиразинамиду – 9,5%, к этионамиду – 7,1%, к циклосерину – 4,76%, к фторхинолонам и фтивазиду – 2,38%. По наличию антиретровирусной терапии: на фоне антиретровирусной терапии – 50%, без антиретровирусной терапии – 50%. Установлено, что в исследуемой ситуации 9,66% общей вариабельности вирусной нагрузки объясняется изменением количества CD4-клеток. При CD4=288 кл/мкл, вирусная нагрузка будет находиться в значениях до 2493514,51, и с вероятностью 95% не выйдет за эти пределы.

Выводы:

1. У больных с ВИЧ/ТБ наиболее часто встречающиеся вторичные заболевания: ХВГС, кандидоз полости рта и ХВГВ. Соматические заболевания: психические и поведенческие расстройства, вызванные потреблением алкоголя, синдром зависимости от опиатов, анемия и тромбоцитопения. Инфекционные осложнения: ангиогенный хронический сепсис на фоне приема ПАВ. Недифференцированные осложнения: флеботромбоз вен голени, перитонит, асцит.
2. Основной вклад синдемии ВИЧ/ТБ объясняется следующими механизмами: усиление системного и местного воспалений, оксидативный стресс, микробиом кишечника.
3. Несмотря на проведенную АРВТ, увеличение CD4 от 3 до 6 месяцев в среднем составила 71,2 кл/мкл в связи с развитием последовательной клеточной парадигмы активации, пролиферации, истощения, старения и апоптоза Т-клеток, что коррелирует с митохондриальной дисфункцией.
4. Возможности предупреждения развития COVID-19 у больных ВИЧ-инфекцией с АРВТ требует дальнейшего изучения.

Список литературы:

1. Dang X., Ogbu S.C., Zhao J., Nguyen L.N.T., Cao D., Nguyen L.N., et al. Inhibition of Topoisomerase II α (Top2 α) Induces Telomeric DNA Damage and T Cell Dysfunction During Chronic Viral Infection // Cell Death Dis. 2020. Vol. 11. № 3. P. 196. DOI: 10.1038/s41419-020-2395-2.
2. Nguyen L.N.T., Nguyen L.N., Zhao J., Schank M., Dang X., Cao D., et al. Long Non-coding Rna GAS5 Regulates T Cell Functions Via Mir21-Mediated Signaling in People Living With Hiv // Front Immunol. 2021. Vol. 12. P. 601298. DOI: 10.3389/fimmu.2021.601298
3. Zhao J., Nguyen L.N.T., Nguyen L.N., Dang X., Cao D., Khanal S. et al. Atm Deficiency Accelerates DNA Damage, Telomere Erosion, and Premature T Cell Aging in HIV-Infected Individuals on Antiretroviral Therapy // Front Immunol. 2019. Vol. 10. P. 2531. DOI: 10.3389/fimmu.2019.02531.

**СОЛОДОВНИКОВА А.О., РУБАШКО А.В, ВИТОВСКИЙ А.А.
ОЖИРЕНИЕ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, КАК КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ
МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19**

*Кафедра эпидемиологии, инфекционных болезней и дерматовенерологии
Кемеровского государственного медицинского университета, г. Кемерово*
Научный руководитель – к. м. н., доцент О.И. Пивовар

**SOLODOVNIKOVA A.O., RUBASHKO A.V., VITOVSKY A.A.
OBESITY AND DIABETES MELLITUS AS CLINICAL AND LABORATORY
MARKERS OF SEVERITY OF COVID-19**

*Department of Epidemiology, Infectious Diseases and Dermatovenereology Kemerovo
State Medical University, Kemerovo*
Supervisor: MD, PhD, Associate Professor O.I. Pivovar

В 2020 году мир столкнулся с новой коронавирусной инфекцией. В данных условиях оказалось актуальным определить зависимость между тяжестью течения COVID-19 у пациентов с коморбидными состояниями, такими как сахарный диабет 2 типа и ожирение, учитывая, что сахарный диабет 2 типа является одним из самых распространенных неинфекционных заболеваний в мире.

Цель исследования – оценить тяжесть течения заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 у пациентов с ожирением и сахарным диабетом 2 типа.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 100 историй болезни пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 с благоприятным исходом заболевания, госпитализированных на лечение в Кузбасскую клиническую инфекционную больницу в 2021 году. В исследование включено 50 больных с сахарным диабетом 2 типа и ожирением (1 группа) и 50 пациентов без сопутствующей данной патологии (2 группа – группа сравнения). Средний возраст (М) у пациентов в 1 группе – $54 \pm 14,38$ (межквартильный интервал (МИ) 21-78), во 2 группе М – $41 \pm 15,57$ (МИ 18-76).

При изучении историй болезней были проанализированы следующие показатели: общий клинический анализ крови; биохимический анализ крови (глюкоза, АЛТ, АСТ, С-реактивный белок (СРБ)); коагулограмма (фибриноген, Д-димер); а также уровень сатурации SpO₂. Были выполнены мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) органов грудной клетки и назофарингеальный мазок на наличие РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

Для проведения статистической обработки использовалась программа Microsoft Excel 2019. Количественные признаки представлены в виде среднего значения (М) и среднеквадратического отклонения (δ), оценка разности производилась с помощью t-критерия Стьюдента. Качественные признаки представлены процентами, оценка разности проводилась с помощью χ^2 - Пирсона. Критический уровень статистической значимости при проверке принимали равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

По степени тяжести течения новой коронавирусной инфекции в основной группе преобладали среднетяжелые и тяжелые формы (74,0% и 20%, соответственно). В группе сравнения статистически чаще наблюдалось легкое течение COVID-19, по сравнению с 1 группой (28% и 6% случаев, соответственно, $\chi^2=4,652$ $p=0,035$), среднетяжелое – в 66% и легкое течение – в 6% случаев.

При анализе коморбидности у пациентов 1 группы получены следующие данные: 7 пациентов с ожирением (14% случаев), 13 – с СД 2 типа (26% случаев) и 30 пациентов (60% случаев) – с сочетанной патологией (СД 2 типа и ожирение). В данной группе ожирение 1-й степени наблюдалось у 16 пациентов (32%

случаев), 2-й степени – у 13 (26% случаев) и 3-й степени – у 8 пациентов (16% случаев). Во второй группе масса тела пациентов была в пределах нормы (М индекса массы тела – 23,9). Продолжительность заболевания у больных с коморбидностью в отличие от группы сравнения составила 23 дня (МИ 10-67) против 18 дней (МИ 8-33); $p=0,004$.

У больных с коморбидностью достоверно чаще регистрировалась интерстициальная пневмония (84% против 62%, $p=0,036$), при этом пневмонит КТ 2 степени наблюдался статистически значимо чаще (38% против 22% случаев во 2 группе; $\chi^2=5,001$, $p=0,0479$.) и потребность в кислородотерапии – в 40,5% случаев (скорость потока кислорода в среднем – 5 л/мин) против 15% случаев во 2 группе (средняя скорость потока кислорода – 3 л/мин); $\chi^2=4,105$, $p=0,048$.

Следует отметить, что в 1 группе при тяжелой степени течения COVID-19 наблюдалось значительное статистически значимое увеличение уровня Д-димера – М 797 нг/мл (МИ 610-1000 нг/мл) против 550 нг/мл второй группы (МИ 500-600 нг/мл); $p=0,017$. Статистически значимых различий уровня Д-димера при средней степени тяжести заболевания в обеих группах не выявлено (М 390 нг/мл и 350 нг/мл соответственно, $p=0,75$).

Лимфопения у пациентов с коморбидностью наблюдалась статистически значимо чаще по сравнению со второй группой (в 50% случаев против 34%; $\chi^2=2,638$, $p=0,0191$). Более выраженная лимфопения регистрировалась у пациентов основной группы с тяжелой формой COVID-19 в сравнении с группой без коморбидности ($0,77 \times 10^9/\text{л}$ и $1,3 \times 10^9/\text{л}$ соответственно, $p=0,0501$).

По уровню глюкозы получены статистически значимые различия при поступлении у больных средней степени тяжести COVID-19: среднее значение 10,48 ммоль/л в 1 группе (МИ 4,8-29,7 ммоль/л) против 5,38 ммоль/л 2 группы (МИ 4,3-6,8 ммоль/л); $p=0,045$. У больных с тяжелой формой также были выявлены достоверные различия по гипергликемии в группах: в 1 группе М – 11,55 ммоль/л (МИ 8,5-13,7 ммоль/л) против 6,56 ммоль/л второй (МИ 5-8,6 ммоль/л); $p=0,0382$.

Гематофагоцитарный синдром статистически значимо чаще развивался у пациентов основной группы по сравнению со второй группой (в 48% случаях против 36%; $\chi^2=5,001$, $p=0,0479$). Для лечения гематофагоцитарного синдрома больным применялась упреждающая терапия генно-инженерными биологическими препаратами (ингибиторами интерлейкина-6 или блокаторами янус-киназ). Как в группе с коморбидностью, так и в группе сравнения чаще был

назначен препарат Олокизумаб (24% и 14%). В качестве этиотропного лечения в обеих группа наиболее часто применялся Фавипиравир (82% и 56%).

Выводы

Таким образом, при новой коронавирусной инфекции COVID-19 коморбидная патология – сахарный диабет 2 типа и ожирение являются предикторами тяжелого течения заболевания.

В нашем исследовании у пациентов с коморбидными состояниями по сравнению с контрольной группой статистически значимо чаще развивалась интерстициальная вирусная пневмония, потребность в кислородотерапии, а также гематофагоцитарный синдром для лечения которого применялась терапия биологическими препаратами.

Список литературы

1. Анисенкова А.Ю., Апалько С.В., Асауленко З.П., и др. Основные прогностические факторы риска цитокинового шторма у пациентов с COVID-19 (ретроспективное клиническое исследование) // Клиническая практика. 2021. – 12(1). – С. 5-15.doi:10.17816/clinpract63552
3. Демидова Т.Ю., Лобанова К.Г., Переходов С.Н., и др. Клинико-лабораторная характеристика пациентов с COVID-19 и сопутствующим сахарным диабетом 2 типа // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2021. – 20(1):2750.
4. Дорохина Е.В., Салухов В.В. Методология комплексной оценки коагуляционных осложнений и коррекции антикоагулянтной терапии новой коронарвирусной инфекции COVID-19 // Известия Российской Военно-медицинской академии. 2021. – Т.40. №.S1-3. – С. 85-92.

УШАНЕВ В.Е.

КИШЕЧНАЯ МИКРОБИОТА У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПРИ ВКЛЮЧЕНИИ В СХЕМУ ПАРААМИНОСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово

Научный руководитель - д.м.н., доцент, зав. кафедрой фтизиатрии Пьянзова Т.В.

USHANEV V.E.

INTESTINAL MICROBIOTA IN PATIENTS WITH TUBERCULOSIS WHEN INCLUDED WITH PA-AMINOSALICYLIC ACID IN THE SCHEME

Kemerovo State Medical University, Kemerovo

Scientific adviser d.m.s., associate professor, head. Department of Phthisiology

Pyanzova T.V.

Диспептические расстройства остаются одними из самых распространенных побочных явлений при лечении туберкулеза. При этом клиника диспепсии наиболее часто ассоциируется с изменениями кишечного микробиоценоза. В литературе представлены данные о формировании дисбиотических изменений и желудочно-кишечном тракте больных туберкулезом даже без назначения противотуберкулезных препаратов [1,2]. Одной из частых причин развития диспепсии у больных туберкулезом является прием парааминосалициловой кислоты [3], однако на настоящий момент ее влияние на представителей кишечного микробиоценоза остается не ясным.

Цель исследования: изучить влияние парааминосалициловой кислоты на количество облигатных и факультативных представителей микрофлоры кишечника больных туберкулезом.

Материал и методы исследования. В исследование включены 50 пациентов с туберкулезом. Все пациенты контролируемо принимали противотуберкулезную терапию согласно чувствительности возбудителя. Средние сроки приема представлены интервалом 30 [28; 40] дней. 45 чел. (90%) принимали лечение по режимам для терапии лекарственно-устойчивого туберкулеза. Парааминосалициловую кислоту (PAS) принимали 10 чел. (20%) – 1-я группа, не принимали 40 чел. (80%) -2-я группа. Клинические проявления диспепсического синдрома регистрировались у всех пациентов из выборки. В обеих группах посредством бактериологического исследования фекалий пациентов выделены облигатные и факультативные микроорганизмы в условиях научной микробиологической лаборатории КемГМУ. Для удобства расчета полученные результаты пересчитаны на 1 грамм материала (LgКОЕ/г). Далее полученные титры микроорганизмов были сравнены в представленных группах посредством статистического анализа. Статистическая обработка выполнена при помощи программы IBM SPSS. Качественные признаки представлены абсолютными данными и относительными частотами, выраженными в процентах с рассчитанными для них 95%-ными доверительными интервалами по методу Уилсона (отн. % [95%-ный ДИ]). Рассчитывался показатель отношения шансов (ОШ) с 95%-ным доверительным интервалом. Количественные данные представлены в формате медианы и интерквартильного размаха - Me (25-й; 75-й). Для переменных, относящихся к порядковой шкале, и непараметрических количественных переменных использовали U -тест Манна - Уитни для сравнения двух групп наблюдений. Различия в сравниваемых группах считали

статистически значимыми при достигнутом уровне статистической значимости (p) менее 0,05.

Результаты исследования. рН материала у пациентов 1-ой группы составил 6,5 [5; 6,5], во 2-ой – 6,5 [5,5; 7] (p=0,57). Титр бифидобактерий не превышал 7,5 [6,5; 7,5] LgКОЕ/г в 1-ой и 7,0 [7,5; 7,5] LgКОЕ/г во 2-ой группе (p=0,25). Количество лактобактерий у пациентов 1-ой группы находилось в пределах 4 [4; 5] LgКОЕ/г, во 2-ой группе – 6 [5,5; 6] LgКОЕ/г (p=0,05; ОШ=7,9). Отмечено, что парааминосалициловая кислота не оказывала влияния на представителей грамположительной микрофлоры, в частности *Staphylococcus spp.* (p=0,21), *Streptococcus spp.* (p=0,30), *Enterococcus spp.* (p=0,08). Также не доказало ее влияние на изменение концентрации грибов рода *Candida* (p=0,85) и *Clostridium spp.* (p=0,18).

Важные данные получены при отдельном изучении влияния парааминосалициловой кислоты на различные виды *E. Coli*. Несмотря на то, что титры *E. coli lac-* и *E. Coli hly+* в процессе приема парааминосалициловой кислоты не изменились (p=0,81 и 0,09 соответственно), отмечено снижение титра *E. Coli lac+* в 1-ой группе пациентов в сравнении со 2-ой (4 [4; 4] LgКОЕ/г против 5 [4,5; 5] LgКОЕ/г) (p=0,03; ОШ=4,6).

Таким образом, в исследовании показано, что прием парааминосалициловой кислоты ассоциируется как с формированием клиники диспептического синдрома, так и с нарушением в составе микрофлоры кишечника больных туберкулезом. Ярким примером ее влияния на микробиом является снижение титров облигатных микроорганизмов.

Выводы.

1. Парааминосалициловая кислота статистически значимо снижала титр облигатных представителей микрофлоры кишечного тракта – *Lactobacterium spp.* (ОШ=7,9)
2. Парааминосалициловая кислота снижала титр представителей группы типичной кишечной палочки (ОШ=4,6).

Список литературы:

1. Факторы риска развития диспептического синдрома у пациентов фтизиатрического стационара и состояние микрофлоры кишечника больных до начала противотуберкулезной терапии / А. А. Холодов, Ю. В. Захарова, Л. Ю. Отдушкина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100, № 4. – С. 46-51.

2. Факторы риска развития диспепсического синдрома при проведении противотуберкулезной химиотерапии у детей / Е. О. Брюхачева, А. А. Холодов, В. И. Иванов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100, № 9. – С. 6-10.
3. Холодов, А. А. Характеристика кишечного микробиоценоза больных туберкулезом с различным ВИЧ статусом / А. А. Холодов // Scientist (Russia). – 2022. – № 3(21). – С. 13.

ФИЛИНКОВ Д.А.

**ПРОБЛЕМА ПЕРВИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ
МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА К ФТОРХИНОЛОНАМ**

Кемеровский государственный медицинский университет, г. Кемерово
Научный руководитель ассистент кафедры фтизиатрии Осинцева И.Ю.

FILINKOV D.A.

**THE PROBLEM OF PRIMARY DRUG RESISTANCE OF MYCOBACTERIA
TUBERCULOSIS TO FLUOROQUINOLONES**

Kemerovo State Medical University, Kemerovo
Scientific Supervisor Assistant of the Department of Phthisiology Osintseva I.Yu.

В настоящее время одной из актуальных проблем лечения туберкулеза является лекарственная устойчивость (ЛУ) *M. tuberculosis* к противотуберкулезным препаратам (ПТП) [1]. Лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза увеличивает риск развития нежелательных явлений и оказывает влияние на приверженность к лечению пациентов [2-3].

Согласно клиническим протоколам при впервые выявленных инфильтративных изменениях в легких назначается антибактериальная терапия на этапе первичной медико-санитарной помощи [4]. Несмотря на законодательное регулирование применения фторхинолонов на диагностическом этапе обследования на туберкулез [4], проблема их назначения актуальна и по сей день. Фторхинолоны на сегодняшний день составляют основу режима лечения пациентов с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза, а лекарственная устойчивость к ним доказано повышает риск неудачи в лечении и развития диспепсического синдрома [5]. Указанные факты побудили провести оценку возможности влияния назначения фторхинолонов на этапе диагностики туберкулеза на формирование ЛУ к ним *M. tuberculosis*.

Цель исследования: изучить влияние приема фторхинолонов на этапе первичной медико-санитарной помощи на формирование первичной лекарственной резистентности микобактерий к фторхинолонам.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГБУЗ ККФПМЦ и включило 2 этапа. Задачей 1-го этапа явилось изучение частоты встречаемости множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) *M. tuberculosis* путем оценки исследования мокроты методом посева пациентов центра за год (2019- 2020 г, n=752). 2-ой этап представлял из себя исследование случай-контроль и заключался в исследовании карт стационарного больного (форма 003/у) пациентов с МЛУ *M. Tuberculosis* (основная группа, n=20) и с лекарственной чувствительностью к фторхинолонам (контрольная группа, n=20).

Результаты исследования. Больше половины пациентов - 525 чел. (69,8%) были с впервые выявленным туберкулезом органов дыхания. Из них, чувствительность не определена у 37,1 %. Среди пациентов с известной ЛУ у 325 чел. (38,4%) выявлена МЛУ *M.tuberculosis*, что соответствует средним региональным данным. Устойчивость к фторхинолонам выявлена у 8,6% пациентов среди всех впервые выявленных пациентов, которым определялась ЛЧ и у 23,7% среди МЛУ.

Среди клинических форм туберкулеза преобладал диссеминированный (55%) и инфильтративный туберкулез (25%). Реже встречалась казеозная пневмония, туберкулема и милиарный туберкулез (5%, 5% и 10% соответственно). Такая картина обусловлена высокой частотой встречаемости ВИЧ-инфекции – 15 чел. (75%) в основной группе и 8 чел. (40%) в контрольной (ОШ=4.5; 95% ДИ: 1.1 - 17.3).

На этапе диагностики 8 чел. (40%) основной группы получали противопневмоническое лечение, в контрольной группе – 2 чел. (ОШ=6,0; 95%ДИ: 1,1 – 33,2). Фторхинолоны принимали 40% пациентов. Из них левофлоксацин- 37,5%, ципрофлоксацин – 62,5%. Длительность лечения составила до 10 суток у 37,5% пациентов, 11-15 суток – у 12,5%, более 16 суток – у 50% пациентов. Все пациенты обратились за помощью позднее 30-ти суток с момента появления симптомов. Туберкулез установлен у пациентов в срок 6-8 суток - 10%, 9-16 суток - 90%. Достоверный контакт с больными МЛУ-туберкулезом в анамнезе был у 7 чел. (35%), из которых фторхинолоны принимали 28,5%.

Выводы.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

1. Выявлена высокая доля туберкулеза с лекарственной устойчивостью к фторхинолонам у пациентов с впервые выявленным процессом (38,4 % и 7,6% соответственно)
2. Риск развития туберкулеза с лекарственной резистентностью *M. tuberculosis* в 6 раз больше у пациентов, которые принимали фторхинолоны до начала оказания противотуберкулезной помощи (ОШ=6,0; 95%ДИ: 1,1 – 33,2)
3. Пациенты с ВИЧ-инфекцией чаще страдают диссеминированным с лекарственной устойчивостью к фторхинолонам (ОШ=4.5; 95% ДИ: 1.1 - 17.3).
4. Ципрофлоксацин является самым назначаемым антибиотиком группы фторхинолонов на этапе ПМСП с целью противопневмонической терапии (62,5 %).

Список литературы:

1. Можокина Г. Н., Самойлова А. Г., Васильева И. А. Перспективы расширения медикаментозной терапии туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100. – №. 3. – С. 53-60.
2. Факторы риска развития диспептического синдрома у пациентов фтизиатрического стационара и состояние микрофлоры кишечника больных до начала противотуберкулезной терапии / А. А. Холодов, Ю. В. Захарова, Л. Ю. Отдушкина [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100, № 4. – С. 46-51.
3. Факторы риска развития диспепсического синдрома при проведении противотуберкулезной химиотерапии у детей / Е. О. Брюхачева, А. А. Холодов, В. И. Иванов [и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2022. – Т. 100, № 9. – С. 6-10.
4. Туберкулез у взрослых. Клинические рекомендации [Электронный ресурс]/Минздрав РФ. – М., 2022. – URL: <http://rep.bsmu.by:8080/handle/BSMU/34243> (дата обращения 21.02.2023).
5. Холодов, А. А. Характеристика кишечного микробиоценоза больных туберкулезом с различным ВИЧ статусом / А. А. Холодов // Scientist (Russia). – 2022. – № 3(21). – С. 13.

**ШИРЯЕВА А.А., РЮМКИНА И.В., БЕЛОУСОВА Е.В., ШЕСТАКОВ Н.А.
ОЦЕНКА СФОРМИРОВАННОСТИ НАВЫКА ДИАГНОСТИКИ
ТУБЕРКУЛЕЗА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗа**

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии

Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия

Научный руководитель - к.м.н., доцент Колоколова О.В.

A. A. SHIRYAEVA, I. V. RYUMKINA, E. V. BELOUSOVA, N. A. SHESTAKOV
**ASSESSMENT OF FORMATION OF THE SKILL FOR DIAGNOSIS OF
TUBERCULOSIS IN MEDICAL STUDENTS**

Department of Phthisiology and Pulmonology

Siberian State Medical University, Tomsk, Russia

Scientific adviser - candidate of medical sciences, associate professor

Kolokolova O.V.

Введение. Несмотря на заметное снижение заболеваемости туберкулезом, это инфекционное заболевание по-прежнему представляет угрозу для общественного здоровья и является актуальной медико-социальной проблемой. Для сохранения положительных тенденций в эпидемиологической ситуации по туберкулезу от врача любой специальности требуется наличие крепких знаний и практических навыков по выявлению и диагностике туберкулеза. Задача медицинского ВУЗа – формирование у студента теоретических знаний и практических навыков. На процесс становления студента-медика как врача большое влияние оказывает уверенность в полученных знаниях и навыках. Переоценка собственных возможностей, а также низкая оценка себя, как диагноста, снижает эффективность врачебной деятельности. Адекватная самооценка сформированности практических навыков ведет к успешности в будущей профессиональной деятельности.

Цель исследования. Провести анализ сформированности практического навыка по диагностике туберкулеза у студентов выпускных курсов Сибирского государственного медицинского университета.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 170 студентов СибГМУ (136 девушек и 34 юноша), из них 111 студентов 5 курса лечебного факультета (лечебное дело), 23 студента 4 курса лечебного факультета (стоматология) и 36 студентов 6 курса педиатрического факультета. Использовался метод анкетирования на платформе «Google Форма», включающий блок общих вопросов, блок вопрос по самооценке сформированности навыка диагностики туберкулеза и блок вопросов, по ответам на которые оценивался приобретенный навык диагностики туберкулеза.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ АСПЕКТЫ ФТИЗИАТРИИ И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Статистическая обработка велась с использованием программ пакета Microsoft Office Excel 2007 и Statistics 10,0 для Windows.

Результаты. Все студенты были разделены на 3-и группы в зависимости от оценки сформированности у них практического навыка по диагностике туберкулеза. О сформированности практического навыка судили исходя из оценки за итоговое тестирование в рамках цикла обучения, а также на основании результатов анкетирования. 1-я группа – практический навык сформирован (74 девушки и 12 юношей), 2-я группа – практический навык сформирован частично (32 девушки и 10 юношей), 3-я группа – практический навык сформирован минимально (30 девушек и 12 юношей).

В группах со сформированным и частично сформированным навыком диагностики туберкулеза статистически значимо ($\chi^2=44,309$; $p < 0,001$) преобладали обучающиеся по направлению лечебное дело (83% и 60% соответственно), а в группе с минимально сформированным навыком – обучающиеся по направлению стоматология (40%).

Все студенты 1-ой и 2-ой групп высоко оценили значимость полученных в ходе обучения знаний и навыков, а в 3-ей группе 19% студентов считают полученные навыки незначимыми для их дальнейшей практической деятельности ($\chi^2=27,288$; $p < 0,001$). Причем последние были представлены студентами 4 курса лечебного факультета по направлению стоматология.

По результатам проведённого анализа показано, что степень вовлеченности студентов во внеаудиторную образовательную деятельность не вносит существенного вклада в формирование практического навыка. Кроме того, работа студентов в практическом здравоохранении в настоящем или в прошлом так же не оказывает влияние на формирование навыка диагностики.

В ходе исследования студентами был проведён самоанализ сформированности навыка диагностики туберкулеза. Высоко оценивают свои возможности по диагностике туберкулеза 92 (54%) студента, дают среднюю оценку 36 (21%) студентов и оценивают себя низко 42 (25%) студента. Кроме того, в ходе проведения сравнения самооценки студентов с оценкой сформированности у них практического навыка по диагностике туберкулеза было показано, что 81 (48%) студент адекватно оценивают свои возможности по диагностике туберкулеза, 44 (26%) студента существенно недооценивают приобретенные в ходе обучения практические навыки по диагностике туберкулеза, а 45 (26%) студентов переоценивают свои возможности.

Выводы. Проведенный анализ показал, что у большинства студентов выпускных курсов (75%) сформирован практический навык по диагностике туберкулеза. Была выявлена зависимость степени сформированности навыка диагностики туберкулеза со значимостью для студента полученных в ходе обучения знаний и навыков. Сравнение самооценки студентов с оценкой сформированности у них практического навыка по диагностике туберкулеза показало, что 81 (48%) студент адекватно оценивают свои возможности по диагностике туберкулеза, 44 (26%) студента существенно недооценивают приобретенные в ходе обучения практические навыки по диагностике туберкулеза, а 45 (26%) студентов переоценивают свои возможности.