Актуальные проблемы ТУБЕРКУЛЁЗА

МАТЕРИАЛЫ
VI межрегиональной научно-практической
и учебно-методической конференции с международным участием,
посвящённой Всемирному дню борьбы с туберкулёзом,
с проведением открытого конкурса студенческих работ
по пропаганде здорового образа жизни, борьбе с туберкулёзом
и вредными привычками

10 марта 2017 года

Тверь 2017

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Министерство здравоохранения Тверской области
Государственное казенное учреждение здравоохранения
Тверской области «Тверской областной клинический
противотуберкулезный диспансер»

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА

Материалы VI межрегиональной научно-практической
и учебно-методической конференции с международным участием,
посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом,
с проведением открытого конкурса студенческих работ
по пропаганде здорового образа жизни, борьбе с туберкулёзом
и вредными привычками

10 марта 2017 года

Под общей редакцией
доктора медицинских наук А. В. Асеева

Тверь
Редакционно-издательский центр
Тверского государственного
медицинского университета
2017

УДК 616-002.5
ББК 55.4
А 901

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

Рецензенты:
Стаханов В. А. — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиатрии ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России;
Браженко Н. А. — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой фтизиопульмонологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

А 901 **Актуальные проблемы туберкулеза** [Текст]: материалы VI межрегион. научно-практ. и учебно-метод. конф. с междунар. участием / под общ. ред. А. В. Асеева. — Тверь : Ред.-изд. центр ТГМУ, 2017. — 237 с.
ISBN 978-5-8388-0167-8

Конференция посвящена Всемирному дню борьбы с туберкулезом. Традиционно во время работы конференции проводится выставка-конкурс студенческих плакатов, посвященных борьбе с туберкулезом, вредными привычками, пропагандой здорового образа жизни. В сборнике рассмотрены актуальные вопросы современной фтизиатрии и преподавания фтизиатрии в вузах: лекарственная резистентность туберкулеза, ассоциация с ВИЧ-инфекцией, необходимость внедрения ускоренных методов детекции туберкулеза и определения лекарственной чувствительности микобактерий, вопросы внелегочного туберкулеза повышение эффективности педагогического процесса во фтизиатрии. В сборнике материалов конференции представлены лучшие работы конкурса студенческого плаката.

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

УДК 616-002.5
ББК 55.4

ISBN 978-5-8388-0167-8

© ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, 2017

Предисловие

В Тверском медицинском университете уже шестой раз проводится конференция «Актуальные проблемы туберкулеза». Как всегда в конференции приняли участие представители широкого круга лечебных и образовательных учреждений Армении, Белорусии, Казахстана, Молдовы, России, Узбекистана, Украины. В материалах конференции много места уделено совершенствованию педагогического процесса по вопросам фтизиатрии в вузе. Ряд работ освещают проблемы внелегочного туберкулеза. С одной стороны, это напоминание о системном характере заболевания туберкулез, с другой, — свидетельство об изменении течения туберкулеза в современных условиях широкого распространения ВИЧ-инфекции и нарастания удельного веса лекарственно-резистентного туберкулеза. Год от года все больше работ рассматривают концепцию диетического режима, как обязательного компонента комплексного лечения больного туберкулезом. Сохранение этого подхода, воздействие в процессе лечения не только на микро-, но и на макроорганизм являются важными достижениями отечественной фтизиатрической науки. Во время работы конференции работает традиционная выставка-конкурс студенческих плакатов, посвященных борьбе с туберкулезом, вредными привычками, пропаганде здорового образа жизни. Профилактика заболевания в результате снижения влияния способствующих вредных привычек и повышения общей резистентности макроорганизма, ранняя диагностика за счет массового профилактического обследования населения (туберкулинодиагностика у детей и ФЛГ у взрослых) позволяют добиться лучших результатов и удешевить лечение. Наряду с традиционными формами работы представлены современные Интернет-технологии. Мы надеемся на продолжение и расширение сотрудничества в будущем.

Ректор Тверского медицинского университета
профессор М. Н. Калинкин

УДК 616.24-002.5-084

С. П. Абулкасимов, Ж. А. Пулатов, Х. Х. Мухаммедов
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимова, г. Ташкент, Узбекистан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БЕДАКВИЛИНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ШЛУ ТБ

Бедаквилин (диарилхинолон) является новым противотуберкулезным препаратом с новым механизмом действия, зарегистрированным в России, Европе и США для лечения туберкулеза с определенными профилями устойчивости или для пациентов, у которых имеется непереносимость некоторых противотуберкулезных препаратов, используемых для лечения МЛУ ТБ (множественная лекарственная устойчивость). Механизм действия бедаквилина заключается в нарушении синтеза АТФ в микобактериях туберкулеза. В настоящее время имеется клинический опыт применения бедаквилина среди нескольких сотен пациентов, в комбинации с перепрофилированными препаратами, которые показали улучшение результатов лечения среди пациентов с ранее неблагоприятным прогнозом или без вариантов МЛУ ТБ лечения. Бедаквилин может удлинить QT интервал и внезапную остановку сердца. Моксифлоксацин также способствует удлинению QT интервала. В связи с этим, в последние время избегают совместного применения бедаквилина и моксифлоксацина в режимах лечения ШЛУ ТБ. Кроме этого бедаквилин обладает и гепатотоксичностью. При наличии побочных эффектов, они могут быть купированы посредством стандартного наблюдения, и лишь небольшому количеству пациентов, потребуется необходимость прекращения бедаквилина [1].

Цель: изучить результаты применения бедаквилина в комплексном лечении больных с ШЛУ ТБ (широкая лекартсвенная устойчивость) и пре-ШЛУ ТБ с устойчивостью к офлоксацину.

Материал и методы. Относительно новый препарат бедаквилин мы применяем для лечения больных с ШЛУ ТБ и пре-ШЛУ ТБ с устойчивостью к офлоксацину с ноября 2015 г. в комплексе с другими препаратами 3-го ряда. Охвачено лечением бедаквилина 61 больной. Из 61 больных ШЛУ установлен у 57 больных, пре-ШЛУ с устойчивостью к офлоксацину — у 4 больных. Из 61 больных у 17 (27,8 %) были сопутствующие заболевания: сахарный диабет — у 12, гепатит В — у 2, гепатит С — у 2, полиартрит гормонозависимый — у 1.

Бедаквилин назначали в первые 2 недели ежедневно по 400 мг, в последующие 22 недели 3 раза в недели (понедельник, среда, пятница) по 200 мг. Возраст больных колебался от 20 до 60 лет. По половому составу: мужчин было — 39 (63,9 %), женщин — 22 (26,1 %). Мужчин было больше чем женщин. Это говорит, о том, что ШЛУ ТБ и преШЛУ ТБ с устойчивостью в офлоксацину чаще развивается у мужчин из-за их недисциплинированности в приеме ПТП. Из 61 больного 50 принимали бедаквилин в течении 6 месяцев. У 1 больной на 5-м месяце лечения вынуждены были отменить бедаквилин из-за выраженных нарушений ритма сердца — экстросистолии по типу бигимении. Еще 7 больных (11,5 %) принимали бедаквилин в течении от 10 дней до 2-х месяцев. Они были выписаны за нарушения внутрибольничного режима и сняты из когорты больных, лечащихся бедаквилином. Поэтому у этих больных результат не был оценен.

Всем больным до включения в режим лечения бедаквилина в комплексе с другими препаратами 3-го ряда, проводили наряду с другими исследованиями ЭКГ (электрокардиографию), микроскопию мазка мокроты и посев на жидкой среде, обследования в крови уровня калия, магния, функцию печени (АЛТ-аланинтрансаминаза, АСТ-аспартаттрансаминаза, общий билирубин, прямой билирубин, непрямой билирубин). На первом месяце лечения еженедельно проводили ЭКГ, во 2-м месяце лечения 2 раза в месяц, начиная с 3-го месяца 1 раз в месяц. Уровень калия обследовали в первый месяц лечения еженедельно, во 2-м месяце — 2 раза в месяц, начиная с 3-го месяца ежемесячно. Функцию печени обследовали до начало лечения и ежемесячно в ходе лечения, т.к. бедаквилин обладает гепатотоксичностью. Одновременно проводили УЗИ печени и почек.

При обнаружении изменений на ЭКГ проводили кардиотропную терапию (препараты калия (аспаркам, калия хлор, панангин), метаболики (рибоксин, милдронат, кокарбаксилаза, тиотриозолин), препараты, улучшающие кровообращение, — актовегин) и проводили мониторинг ЭКГ. На ЭКГ у 3-х больных (4,9 %) наблюдались нарушения ритма в виде желудочковые экстросистолии. Всем этим больным проведено Холтеровское мониторирование. У 1 больного из этих 3-х пришлось отменить бедаквилин на 2 недели. У 1-го больного на 5-м месяце лечение вынуждены были отменить препарат из-за выраженной экстросистолии по типу бигимении. У 1-го больного на фоне кордарона экстросистолии исчезли без отмены препарата. У 25 (41 %) больных наблюдались на ЭКГ признаки нарушения коронарного кровообращения верхушечной, перегородочной и задней стенки левого желу-

дочка, которые купировались препаратами калия, рибоксином, милдронатом, кокарбаксилазой, тиотриозолином, актовегином. Одновременно продолжили терапию бедаквилином. Снижение уровня калия наблюдали у 2-х больных, проводили внутривенное вливание препаратов калия (аспаркам, калия хлорид, панангин).

Всем больным ежемесячно проводили исследования мокроты: дважды бактериоскопию мазка и посев BACTEC.

Абациллирование, подтвержденное методом посева, наступило с 3-го месяца лечения у 12 больных (19,7 %), с 4-го месяца — у 14 (22,9 %), с 5-го месяца лечения у — 15 (24,6 %), с 6-го месяца у — 10 (16,4 %). Всего абациллирование, подтвержденое методом посева, было у 51 больных (83,6 %).

Умерли 3 (4,9 %) больных в сроки от 1 до 4 мес. Терапии бедаквилином: 1 — умер от профузного легочного кровотечения, 1 — от напряженного спонтанного пневмоторакса, 1 — от острого инфаркта миокарда. Инфаркт миокарда нами был расценен как осложнение бедаквилина. Одна больная 23 лет умерла на амбулаторном этапе лечения через 2 мес. после выписки из стационара в условиях абациллирования.

Заключение. При применении бедаквилина нарушения ритма сердца в виде экстросистолии наблюдаются в 4,9 %, нарушения коронарного кровообращения в 41 %. У 2-х больных летальный исход связан с применением бедаквилина, что составляет 3,3 %. Своевременно проведенная кардиотропная терапия позволяет продолжить лечение без отмены бедаквилина, что повышает эффективность лечения больных с ШЛУ ТБ. Применения нового препарата бедаквилина в комплексном лечении ШЛУ ТБ и пре-ШЛУ ТБ позволяет повысить эффективность лечения до 83,6 %.

УДК 616.24-002.5-084

Р. А. Агзамова, Р. С. Рахимжанова, А. А. Бугаков, А. Ш. Искакова, Г. Б. Нашенова
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛУЧАЕВ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Цель: изучение роли социальных факторов и особенности клинического течения мультирезистентного туберкулеза в детско-подростковом возрасте.

Методы и материалы. Изучены истории болезни 18 детей и подростков, больных мультирезистентным туберкулезом, находившихся на стационарном лечении в городском противотуберкулезном диспансере г. Астаны за период 2015–2016 гг.

Диагноз был установлен на основании исследования мокроты (промывных вод бронхов) методом G-Xpert в 10 случаях, Хайн-тестом — в 3-х случаях, на BACTEC — в 1-м случае, методом посева на среде Левенштейна-Йенсена — в 1-м случае и в 3-х случаях была установлена «клиническая резистентность».

Результаты и обсуждение. По возрастному составу 72,2 % составляли подростки в возрасте 15–17 лет, 27,8 % — дети в возрасте 9–11 лет. По полу девочек было 55,6 %, мальчиков — 44,4 %. Выявлены при профилактическом обследовании 44,4 %, в т.ч. 38,9 % флюорографическим методом, 5,6 % пробой Манту с гиперергической реакцией. При обследовании контактных выявлено 33,3 %, по обращаемости — 22,2 %. Новые случаи составляли 83,3 %, 16,7 % — повторные случаи (5,6 % — рецидив, 11,1 % — «другие»).

Более половины (55,6 %) больных проживали в съемных квартирах или в общежитиях. У более трети (33,3 %) из них общий семейный бюджет составлял от 30 до 70 тысяч тенге.

Сопутствующие заболевания имели 27,8 %. Риску по заболеванию туберкулезом были подвержены 94,5 % детей и подростков: состояли в группе риска по виражу 27,8 %; 50,0 % — семейный контакт, в т.ч. 27,8 % — с больными мультирезистентной формой туберкулеза; 16,7 % перенесли в прошлом первичный туберкулез.

По клиническим формам: у 66,7 % был установлен инфильтративный туберкулез легких, у 75 % из них с распадом. В 22,2 % диагностирован первичный туберкулезный комплекс, у 11,1 % — с осложненным течением в виде нарушения бронхиальной проходимости с гиповентиляцией и бронхогенной диссеминацией, экссудативным плевритом. В 5,6 % установлен двухсторонний туберкулез внутригрудных лимфатических узлов с осложненным течением, в 5,6 % — экссудативный туберкулезный плеврит. При поступлении жалобы в виде интоксикационного синдрома предъявляли 22,2 % больных, у 27,8 % интоксикационный синдром сочетался с бронхо-легочным синдромом.

Общее состояние расценивалось как удовлетворительное у 72,2 %, средней степени тяжести у 27,8 % больных. Увеличение периферических лимфатических узлов (шейных, подмышечных) отмечалось у 16,7 %.

По одному поствакцинальному рубчику BCG имели 72,2 %, 2 рубчика только у 22,2 % и у 5,6 % не было ни одного рубчика.

Выводы

1. У 94,5 % больных детей и подростков выявлен предшествующий туберкулезный контакт. Особое внимание обращает на себя семейный контакт — в 50 % случаев.
2. Более, чем в половине случаев семьи детей и подростков проживали в неудовлетворительных материально-бытовых условиях на съемных квартирах и в общежитиях, с низким заработком родителей.
3. Показаниями для выписки из стационара больных мультирезистентным туберкулезом должны быть закрытие полости распада (в т.ч. хирургическим путем) и прекращение бактериовыделения, подтвержденное культуральным методом посева.

УДК 616.24

Е. Н. Александрова, Т. И. Морозова
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ ФТИЗИАТРИИ

Формирование врача — квалифицированного специалиста, происходит не только в процессе освоения обширного объема специальных знаний, постоянного самообучения, но и в результате воспитания на основе принципов морали и медицинской этики.

Цель: показать особенности деонтологии в детской фтизиатрии.

Материалы и методы. Любой врач, работающий с детьми, должен обладать многообразием качеств, позволяющих правильно диагностировать патологию и назначить лечение согласно, имеющихся «Федеральных руководств по выявлению и лечению заболевания», уметь общаться с родственниками пациента. Неотъемлемой частью работы врача (любого медицинского работника) является сохранение врачебной тайны (Федеральный закон от 21.11.2011, № 323, статья 1). В настоящее время родители не всегда доверяют врачам, занимаются самолечением, получая информацию из Интернета, что приводит к искажению симптоматики данного заболевания, а иногда и нескольких болезней, имеющихся у ребенка, и диагноз ставится тогда, когда формируются осложнения. Фтизиатрия, как наука, сочетает в себе три важных врачебных принципа: гуманистический и индивидуальный подход к пациенту и непосредственно «лечебный процесс». Детская

фтизиатрия включает в себя все основы деонтологии, используемые в педиатрии. При выявлении патологии педиатр-фтизиатр обязан провести беседу с родителями/родственниками больного и установить контакт с больным ребенком, уделяя должное внимание его национальной принадлежности с разным укладом жизни и особенностями физического развития (Россия — многонациональное государство, принимающее мигрантов и беженцев из разных стран). Общаясь с родителями необходимо избегать обострений и конфликтов. Нередко родители «немедленно/сейчас» хотят получить подробные данные о больном, находящемся в стационаре. При этом информация о состоянии больного идет от ребенка по телефону или «скайпу», при общении с санитарками, медицинскими сестрами, мамами, ухаживающими за своими детьми, а нередко и от более «взрослых по возрасту детей/подростков». Врач в беседе с родителями должен быть готов к такому «допросу» и всегда уточнять «непроверенные» данные во избежание конфликта. Детская фтизиатрия имеет свои особенности в общении, как с больными детьми, так и их родителями. Детский фтизиатр лечит детей разных возрастных групп, он должен вступить в тесный контакт с больным ребенком, помогающий в установлении диагноза, назначению лечения и проводимой в последствие терапии. Поэтому помимо «врачебных знаний» детский фтизиатр должен иметь навыки и «психолога-педагога». Должна быть ориентировка родителей на длительность противотуберкулезной терапии и благополучный исход заболевания («если у Вашего ребенка обнаружили туберкулез — не стоит пугаться, так как эта болезнь излечима»). Необходимо настроить родителей на длительное и непрерывное лечение (стационар-санаторий) и поддерживать своего ребенка на всем пути, ведущем к излечению, следуя четким указаниям фтизиатра. Большое внимание участковых фтизиатров-педиатров необходимо уделять работе в группах риска по заболеванию детей и подростков. При этом при беседах с родителями детей, угрожаемых по заболеванию туберкулезом, должны решаться вопросы: полноценного обследования детей и подростков (отказ от лучевых и иммунологическим методов недопустим); выработки приверженности, как у детей, так и их родителей, к проведению профилактического лечения. При выявлении туберкулеза в семье ориентировать родителей/родственников на изоляцию контактного ребенка из очага туберкулезной инфекции в санаторий для проведения превентивной терапии, с учетом чувствительности МБТ у источника инфекции к противотуберкулезным препаратам.

Выводы. Соблюдение деонтологии при общении педиатра-фтизиатра с родителями поможет избежать конфликтов, провести качественное профилактическое лечение, что будет способствовать снижению заболеваемости туберкулезом детей и подростков в группах риска, а среди заболевших туберкулезом детей повысить эффективность проводимой терапии.

УДК 616.24-002.5-084

А. В. Асеев[1], Д. А. Максимов[2], Р. И. Мираки[3]
[1]ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России
[2]ГБУЗ ТО «Тверской областной клинический онкологический диспансер»
[3]ГБУЗ ТО «Тверской областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Тверь, Россия

ТУБЕРКУЛЕЗ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ТРЕТЬЕМ ТЫСЯЧЕЛЕТИИ

Актуальность. Туберкулез молочной железы — достаточно редкое заболевание в практической маммологии и фтизиатрии. Это форма внелегочного туберкулеза, при которой поражаются грудные железы (может быть как у мужчин, так и у женщин). По сложившемуся мнению, чаще всего, туберкулез молочной железы сочетается с легочным туберкулезом (диссеминированный туберкулез), но может быть и самостоятельной нозологией при гематогенном распространении микобактерий в рамках первичного тубинфицирования. Доля поражения молочных желез, в сравнении с туберкулезом других локализаций, составляет около 0,1 %. Чаще всего заболеванием страдают женщины репродуктивного возраста. Литературные сведения о туберкулезе молочной железы достаточно скудные и относятся к 60–70 годам 20 века как отголоски эпидемического неблагополучия по туберкулезу в послевоенные годы.

Материалы и методы. На протяжении 5 лет (2012–2016 гг.) наблюдали 7 пациенток в возрасте 28–45 лет. В амбулаторных условиях проводили ФЛГ, УЗИ молочных желез и подмышечных лимфоузлов, тонкоигольную аспирационную биопсию, core-биопсию, маммографию, КТ органов грудной клетки, морфологическое и бактериологическое исследование биологического материала по стандартным методикам, туберкулинодиагностику (Диаскинтест).

Результаты. Ни одна женщина первоначально не обращалась в подразделения онкологического или противотуберкулезного диспансеров. Основной жалобой при первичном обращении было болезнен-

ное уплотнение в молочной железе. Время от возникновения первых симптомов до первичного обращения за медицинской помощью не превышало 2 недель. У 5 (71,4 %) в анамнезе 3–5 лет назад были роды, лактация около 1 года, лактационного мастита не было ни в одном случае, к моменту развития заболевания лактация была прекращена более 2 лет. Заболевание туберкулезом в прошлом, семейные или бытовые контакты по туберкулезу не были установлены.

При объективном исследовании избыточная масса тела была у 6 (85,7 %) женщин, пальпаторное увеличение периферических лимфатических узлов не отмечали. В молочной железе (справа у 3, слева у 4 женщин) ближе к центральным отделам было выявлено уплотнение без четкой границы размером около 5 см. У всех больных была бледная гиперемия кожи над этим уплотнением, отек кожи типа «лимонной корки» был у 3 (42,6 %) человек. При маммографии, которая была проведена у 2 пациенток, железистый треугольник имел повышенную плотность, на этом фоне узловые образования не определялись. С учетом молодого возраста всем больным проведено УЗИ молочных желез. Во время исследования констатировали, что имеется смешанный тип строения с гиперплазией железистой и фиброзной ткани. На этом фоне в «зоне интереса» структуры ткани железы были несколько размыты, во всех случаях отмечено утолщение кожи до 2–4 мм. Обнаружены единичные (6 чел. (85,7 %)) гипо-анэхогенные образования с четким контуром, без дополнительных включений (секвестров или пристеночных образований) внутри. У одной женщины эти образования были множественными. Обращает на себя внимание, что у всех пациенток УЗИ-картина жидкостного образования молочной железы имела вид натечника, чаще подкожной локализации, который был связан свищевыми ходами с другими более глубоко расположенными жидкостными образованиями или структурами молочной железы (рис. 1). Учитывая молодой возраст пациенток, наличие УЗИ-признаков жидкостного образования в молочной железе, клинических проявлений воспаления и неэффективности предшествующей терапии антибиотиками широкого спектра действия были сформулированы показания для хирургического лечения у 6 человек, при этом секторальная резекция молочной железы (абсцессэктомия) выполнена в 2 случаях, вскрытие гнойной полости — у 4 человек (рис. 2). В случае выполнения секторальной резекции при гистологическом исследовании было выявлено хроническое гранулематозное воспаление, в одном случае с наличием клеток Пирогова-Лангханса. Эти женщины были направлены в противотуберкулезный диспансер. При посеве гнойного отделя-

емого (в случае вскрытия гнойной полости) на обычные питательные среды рост флоры отсутствовал. Заживление раны на коже вторичным натяжением проходило в короткие сроки, но через 3–4 недели процесс рецидивировал с образованием свища, ведущего в глубокую гнойную полость со скудным слизисто-гнойным отделяемым. У одной женщины повторные вскрытия гнойных полостей проводились 8 раз.

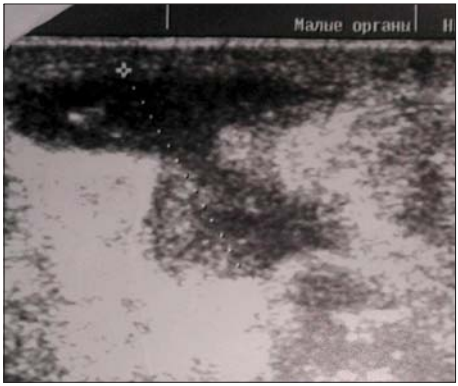


Рис. 1. Больная Н. 34 лет. Сонограмма молочной железы. Лоцируется подкожное жидкостное образование с секвестрами, которое связано свищевым ходом с более глубоко расположенным жидкостным образованием в структуре молочной железы

Рис. 2. Больная Н. 37 лет. Внешний вид молочной железы после многократного вскрытия «гнойных» полостей. ПЦР-исследование отделяемого из свищей выявила ДНК микобактерий туберкулеза, устойчивых к изониазиду и рифампицину

Обращение в противотуберкулезный диспансер произошло спустя 4–8 месяцев от начала заболевания. При проведении обследования органов грудной клетки признаки поражения легких не были выявлены ни у одной больной. Диаскинтест оказался положительным только в одном случае (14,3 %). При бактериоскопии соскоба со стенки гнойной полости или из свищей в одном случае были обнаружены клетки Пирогова-Лангханса, в другом случае исследование отделяемого из свища методом ПЦР позволило однократно выявить ДНК микобактерий, устойчивых к изониазиду и рифампицину. Посевы раневого отделяемого на жидкие питательные среды Bactec не выявили роста микобактерий. Всем больным было проведено лечение по стандартному режиму (рифампицин, этамбутол, пиразинамид, изониазид), в одном случае он был заменен на индивидуальный после получения сведений о лекарственной резистентности флоры. Местное лечение включало промывание гнойных полостей растворами ферментных препаратов. Через 2 месяца лечения отмечена выраженная местная положительная динамика в уменьшении местных воспалительных изменений. Через 4 месяца у всех больных произошло закрытие свищей, через 6 месяцев изменения в молочных железах не определялись (больная с МЛУ-туберкулезом в настоящее время продолжает лечение по срокам).

Заключение. Таким образом, в третьем тысячелетии туберкулез молочной железы продолжает встречаться у женщин репродуктивного возраста. Внешние проявления болезни соответствовали «холодному» воспалительному процессу в молочной железе: уплотнение, незначительная болезненность, бледная гиперемия кожи, незначительный отек. Явной связи с лактацией не отмечалось. Обращение происходило в лечебные учреждения первичной медицинской помощи, где процесс расценивался как неспецифическое воспаление и проводилась терапия антибиотиками широкого спектра действия и вскрытие «гнойной» полости. Лишь в отношении третьей части больных у врачей возникли мысли об онконастороженности, женщины были направлены в онкологический диспансер, где в результате морфологического исследования (core-биопсия, секторальная резекция молочной железы) заподозрено специфическое воспаление. Обращает на себя внимание специфическая ультразвуковая картина жидкостного образования в молочной железе в виде натечника со свищевыми ходами в более глубокие отделы молочной железы, что соответ-

ствует первичной локализации казеозного процесса в стенке млечных протоков с вторичным распространением в паренхиму молочной железы в виде инфильтрата или формирования натечника. В нашем исследовании другие локализации туберкулеза не были установлены, Диаскинтест оказался малоинформативным (положительный лишь в одном случае), ПЦР отделяемого из свища позволила идентифицировать ДНК-микобактерий и определить лекарственную резистентность в одном случае. Только проведение специфической противотуберкулезной химиотерапии с учетом лекарственной чувствительности флоры и местное использование ферментных препаратов позволило добиться излечения больных.

Повышение уровня знаний врачей учреждений первичной медицинской помощи о возможности существования туберкулеза молочной железы и клинических признаках заболевания позволит повысить качество маммологической помощи женщинам, сократить сроки постановки диагноза и направления больных на специализированное лечение.

УДК 616.24-002.5-084

Е. В. Белова[1], В. А. Стаханов[2]
[1]Филиал ГБУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы» по ЮЗАО, г. Москва, Россия
[2]ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

ЛАТЕНТНАЯ ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ГРУПП РИСКА ПО ИММУНОЛОГИЧЕСКИМ КОЖНЫМ ТЕСТАМ

Введение. Важной задачей учреждений фтизиопедиатрической службы является совершенствование работы наблюдения за контингентами из групп риска по иммунологическим кожным тестам и решение организационных проблем эффективной диагностики латентной туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. Проведен анализ возрастных групп с комплексной оценкой результатов иммунологических проб (проба Манту 2 ТЕ ППД-Л и проба с АТР) у 127 детей и подростков из групп риска по иммунологическим кожным тестам (VIA гр. ДУ — 71 человек, VIБ гр. ДУ — 31 человек и VIB гр. ДУ — 25 человек).

Результаты. Анализ показал, что среди детей, взятых в 2015–2016 гг. на диспансерный учет по VIA гр. ДУ, в возрастных группах отмечалось преобладание детей дошкольного возраста. От 0 до 7 лет — 48 человек (67,6 %), от 8 до 14 лет — 22 человека (30,99 %), от 15 до 18 лет — 1 подросток (1,41 %). Среди детей, взятых на диспансерный учет по VIБ гр. ДУ, в возрастных группах отмечалось преобладание детей школьного возраста. От 0 до 7 лет — 5 человек (16,1 %), от 8 до 14 лет — 18 человек (58,1 %), от 15 до 18 лет — 8 подростков (25,8 %). Среди детей, взятых на диспансерный учет по VIB гр. ДУ, в возрастных группах тоже отмечалось преобладание детей школьного возраста. От 0 до 7 лет — 8 человек (32 %), от 8 до 14 лет — 12 человек (48 %), от 15 до 18 лет — 5 подростков (20 %).

Проведен анализ результатов иммунологических кожных тестов у детей из групп риска. У детей из VIA гр. ДУ были получены следующие результаты: проба Манту 2 ТЕ ППД-Л: отрицательная — 0 чел. (0 %), сомнительная — 1 чел. (1,41 %), положительная — 70 чел. (98,59 %), в том числе гиперергическая — 1 чел. (1,4 %). Результаты постановки пробы с АТР отличались от результатов туберкулинодиагностики. Проба с АТР: отрицательная — 60 чел. (84,5), сомнительная — 4 чел. (5,6 %), положительная — 7 чел. (9,9 %), в том числе гиперергическая — 2 чел. (28,6 %). У детей из VIБ гр. ДУ были получены следующие результаты: проба Манту 2 ТЕ ППД-Л: отрицательная — 0 чел. (0 %), сомнительная — 0 чел. (0 %), положительная — 31 чел. (100 %), в том числе гиперергическая — 15 чел. (48,4 %). Проба с АТР: отрицательная — 1 чел. (3,2 %), сомнительная — 5 чел. (16,1 %), положительная — 25 чел. (80,65 %), в том числе гиперергическая — 18 чел. (72 %). У детей из VIB гр. ДУ были получены следующие результаты: проба Манту 2 ТЕ ППД-Л: отрицательная — 0 чел. (0 %), сомнительная — 0 чел. (0 %), положительная — 25 чел. (100 %), в том числе гиперергическая — 1 чел. (4 %). Проба с АТР: отрицательная — 13 чел. (52 %), сомнительная — 3 чел. (12 %), положительная — 9 чел. (36 %), в том числе гиперергическая — 3 чел. (33,3 %).

Выводы. Эффективность диагностики латентной туберкулезной инфекции у детей и подростков выше при сочетанном применении кожных иммунологических тестов (проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л и проба с АТР) в комплексе с другими диагностическими мероприятиями. Необходима индивидуализация комплексной диагностики туберкулезной инфекции у детей и подростков для совершенствования работы наблюдения за контингентами из групп риска.

УДК 616.24-002.5-084

Е. В. Борзов, Е. А. Крушинская, Н. В. Вострухин, Н. А. Беличенко,
И. О. Бильчинко, А. И. Эльгали
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ПАНКРЕАТОДОУДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ С СОЧЕТАННЫМ ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПНЕВМОСКЛЕРОЗОМ

Summary. Анализу подвергнуты результаты лечения 63 больных раком поджелудочной железы, большого сосочка двенадцатипёрстной кишки, дистального отдела общего желчного протока и хроническим туморозным панкреатитом. При дооперационном обследовании рентгенологическое исследование легких у 13 человек позволило выявить посттуберкулезный пневмосклероз, МБТ «–». Ранее эти больные не состояли на учете в противотуберкулезном диспансере, лечение не получали. Ввиду скоротечности течения опухолей панкреатодуоденальной зоны, отсутствие активного туберкулеза легких, в качестве первого этапа лечения всем больным выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция. В структуре осложнений преобладали пневмония (30,2 %) и диарея (12,7 %). Частота несостоятельности панкреатикогастроанастамоза составила 3,2 %, гепатикоеюноанастомоза — 6,4 %; летальность — 7,9 %. После травматичной операции у больных с посттуберкулезным пневмосклерозом возможна активация туберкулеза. Поэтому в послеоперационном периоде проведена химиопрофилактика туберкулеза фтизопирамом в течение 2 месяцев. Активации туберкулеза не наблюдали ни в одном случае. Наличие посттуберкулезного пневмосклероза не является противопоказанием для хирургического лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны, но требует проведения химиопрофилактики туберкулеза в послеоперационном периоде.

Актуальность. Заболеваемость и смертность населения от рака поджелудочной железы (ПЖ) и органов периампулярной зоны в Тульской области в целом соответствует общероссийскому уровню. Рак ПЖ ежегодно диагностируют приблизительно у 10 человек мужского и женского пола на 100 тыс. населения. При численности населения в Тульской области 1,7 млн человек. Также известно, что относительное число больных раком большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК), общего желчного протока (ОПП) и двенадцатиперстной кишки (ДПК) вместе составляют порядка половины числа больных

раком ПЖ, примерно 85 человек. Таким образом, ежегодно рак органов панкреатодуоденальной зоны может быть диагностирован у 255 жителей региона. Основным методом лечения опухолей этой локализации является хирургический — гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР). Рентгенологическое исследование легких в дооперационном периоде позволяет оценивать не только наличие/отсутствие метастазов, но и выявлять другие изменения в легочной ткани, в том числе посттуберкулезный пневмосклероз. В Тульской области, так же как и во всей Российской Федерации, в последнее время наблюдается снижение заболеваемости и смертности населения от туберкулеза. Тем не менее, в силу недисциплинированности части населения в прохождении профилактической ФЛГ, отголоски эпидемического неблагополучия конца прошлого тысячелетия могут быть выявлены в процессе дооперационного обследования. Оценка активности процесса в легких, выбор тактики лечения сочетанной патологии являются важными элементами работы с такими пациентами.

Материалы и методы. Проведен анализ непосредственных и отдалённых результатов хирургического и комбинированного лечения больных раком головки ПЖ и органов периампулярной зоны в Тульской области за 2004–2014 гг. Среди оперированных мужчин было 32, женщин — 31. В группе больных раком БСДПК 77,8 % составили женщины. Возраст варьировал от 36 до 69 лет (средний возраст — 54,7±8,4 года). Возраст оперированных больных экзокринным раком головки ПЖ составил 37–68 лет (средний возраст — 55,1±7,6 года), что достоверно не отличается от возрастных показателей оперированных больных хроническим псевдотуморозным панкреатитом — 50,6±10,6 года и раком БСДПК — 59,5±6,1 лет. За указанный период ГПДР выполнена у 63 больных в двух вариантах: расширенная модифицированная и стандартная. Расширенную модифицированную ГПДР выполняют по поводу морфологически верифицированного рака головки ПЖ только с 2005 г., в остальных случаях выполняли стандартную ГПДР. В рамках дооперационного обследования всем больным проведена ФЛГ. При обнаружении изменений в легких проводили дообследование в объеме: рентгенография и/или компьютерная томография, троекратно люминесцентная бактериоскопия мокроты, определение ДНК микобактерий методом ПЦР, посев на жидкие питательные среды ВАСТЕС. Для минимизации риска активации туберкулеза в послеоперационном периоде проведена химиопрофилактика фтизопирамом в течение 2 месяцев.

Результаты и их обсуждение. Из 63 человек у 13 был посттуберкулезный пневмосклероз верхушечной локализации, из них у 6 (46,2 %) — рак головки ПЖ, у 3 (23,0 %) — верифицирован рак дистального отдела ОЖП, у 2 (15,4 %) — рак БСДПК и у 2 (15,4 %) — хронический панкреатит (табл. 1).

Следует отметить, что суммарно у 7 (11,1 %) больных ГПДР выполнена по поводу хронического псевдотуморозного панкреатита с преимущественным поражением головки ПЖ. Показанием к операции у этих больных считали невозможность исключить рак головки ПЖ на дооперационном этапе.

Таблица 1

Характер заболевания и частота посттуберкулезного пневмосклероза

Новообразование	Число больных Абс (%)	Число больных с постуберкулезном пневмосклерозом Абс (% в подгруппе)
Рак головки ПЖ	41 (65,1)	6 (46,2)
Рак БСДПК	10 (15,9)	2 (20,0)
Рак дистального отдела ОЖП	5 (7,9)	3 (60,0)
Хронический панкреатит	7 (11,1)	2 (28,6)
Итого	63 (100,0 %)	13 (20,6 %)

Наиболее часто ГПДР выполняли по поводу рака головки ПЖ. У 40 (97,6 %) больных раком головки ПЖ гистогенетическая структура опухоли соответствовала протоковому раку. В структуре протокового рака наиболее часто выявили протоковую аденокарциному, реже муцинозную карциному и в 1 наблюдении — недифференцированный рак. У одной больной, 41 год, опухоль головки ПЖ имела структуру нейроэндокринного рака. Рак БСДПК, дистального отдела ОЖП и ДПК был представлен аденокарциномой различной степени дифференцировки.

Дооперационное ФЛГ-обследование в большей степени было ориентировано на оценку распространенности опухолевого процесса (наличие/отсутствие метастазов). Однако, при этом выявляли другие изменения в легких, прежде всего, посттуберкулезный пневмосклероз. При обнаружении изменений в легких проводили дообследование в объеме рентгенографии и/или компьютерной томографии. Обнаружен

тяжистый пневмосклероз в S1-2 справа — 5 человек, S6 справа — 2 человека, S1-2 слева — 3, двусторонние изменения — у 3 пациентов. Свежие очаговые или инфильтративные изменения не выявлены ни в одном случае. Троекратная люминесцентная бактериоскопия мокроты, определение ДНК микобактерий методом ПЦР, посев на жидкие питательные среды BACTEC не позволили обнаружить микобактерии или их компоненты. Изучение анамнеза не выявило значимых заболеваний легких в прошлом, но все 13 пациентов имели вредную привычку табакокурения. Суммарно посттуберкулезный пневмосклероз выявлен у 20,6 % обследованных, что значительно больше, чем в популяции. Это наводит на мысль о существовании общих предшественников развития опухолей панкреатодуоденальной зоны и туберкулеза легких (возможно, действие компонентов табачного дыма).

Учитывая скоротечность течения опухолей панкреатодуоденальной зоны, отсутствие активного туберкулеза легких, в качестве первого этапа лечения сочетанной патологии всем больным выполнена ГПДР. Химиопрофилактика, направленная на предупреждение активации туберкулеза после травматичной операции, была отложена до послеоперационного периода.

ГПДР с резекцией верхней брыжеечной и воротной вены произведена у 7 (11,1 %) больных: у 6 больных раком головки ПЖ и у 1 больного раком дистального отдела ОЖП. Показанием к резекции магистральных венозных сосудов считали подозрение на их инвазию по результатам обследования и данным, полученным при мобилизации панкреатодуоденального комплекса. Циркулярная резекция верхней брыжеечной и воротной вены выполнена у 6 больных, пристеночная (продольная) — у 1 больного. Протяжённость циркулярной резекции составила 1–4 см, пристеночной (продольной) резекции — 3,5 см. Пластику сосудов осуществляли формированием сосудистого анастамоза конец в конец у 4 больных, с применением имплантации синтетического сосудистого протеза Gortex — у 2 человек. Пристеночная резекция правой стенки начального отдела воротной вены потребовала ушивания дефекта в сосуде непрерывным швом. У всех больных, перенёсших резекцию магистральных венозных сосудов, развились осложнения, что достоверно превосходит уровень осложнений среди больных, которым резекцию сосудов не выполняли. У 2 больных послеоперационный период осложнился тромбозом сосудов в зоне пластики. Кровообращение в кишке и печени было компенсировано без хирургического вмешательства. Никто из больных, перенёсших резекцию сосудов, не умер.

Осложнения в послеоперационном периоде развивались у 35 (55,6 %) пациентов. В раннем послеоперационном периоде от осложнений умерло 7 (11,1 %) больных. Причина летальных исходов: массивная тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) у 4 больных, как правило, из бассейна нижней полой вены, пневмония — у 2 больных, желчный перитонит — у 1 пациента. При развитии клинической картины ТЭЛА лучевые методики верификации диагноза не использовали, тромболизис не осуществляли по срокам послеоперационного периода. Для минимизации риска активации туберкулеза в послеоперационном периоде проведена химиопрофилактика фтизопирамом в течение 2 месяцев. Переносимость препаратов была удовлетворительная, необходимость в корригирующей терапии не возникла.

Главным критерием эффективности лечения онкологических больных является выживаемость (табл. 2). При раке головки ПЖ большинство больных умерло в течение первого года после операции, пятилетней выживаемости не достиг ни один человек, средняя продолжительность жизни после операции составила 8 месяцев. Рак ОЖП характеризовался продолжительностью жизни после операции 9 месяцев, при этом более 1 года прожили 2 человека. Относительно благоприятной оказалась ситуация у пациентов с раком большого дуоденального сосочка, пятилетняя выживаемость составила 50 %.

Таблица 2

Выживаемость больных после ГПДР

Заболевание	Выживаемость n(%)				Медиана, (мес.)
	1 год	2 года	3 года	5 лет	
Рак головки ПЖ (41 чел.)	10 (24,4%)	5 (12,2%)	2 (4,8%)	–	8,4±5,9
Рак БСДПК (10 чел.)	8 (80,0%)	6 (60,0%)	5 (50,0%)	5 (50,0%)	25,3±20,4
Рак ОЖП (5 чел.)	2 (40,0%)	–	–	–	9,1±6,3

Заключение. Таким образом, посттуберкулезный пневмосклероз выявлен у 20,6 % больных опухолями панкреатодуоденальной зоны, что наводит на мысль о существовании общих предшественников развития опухолей этой локализации и туберкулеза легких, недисциплинированности части населения в прохождении профилактической ФЛГ. У больных с посттуберкулезными изменениями, их наличие не

является противопоказанием для хирургического лечения опухолей панкреатодуоденальной зоны, но требует проведения химиопрофилактики туберкулеза в послеоперационном периоде. ГПДР — травматичное вмешательство с высоким риском развития ТЭЛА, поэтому необходимо использование всех факторов профилактики эмболических осложнений: бинтование нижних конечностей эластичным бинтом, снятие бинтовых повязок не ранее пятого дня после операции по мере активизации больных, применение низкомолекулярных гепаринов (при манипуляциях на магистральных сосудах интраоперационно, у всех больных в раннем послеоперационном периоде), максимально ранняя активизиция больных и широкое использование ЛФК. При возникновении клинических проявлений ТЭЛА показано проведение в экстренном порядке спиральной КТ грудной клетки с контрастированием или ангиопульмонографии с последующей открытой эмболэктомией из легочной артерии в виду противопоказаний к тромболизису после травматического оперативного вмешательства.

УДК[612.017. + 616.-002.5.]

О. Н. Браженко, А. И. Лощакова, Н. А. Браженко
ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

ФУНЦИОНАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Введение. Скрытое влияние туберкулезной интоксикации на функциональное состояние вегетативной нервной системы (ВНС), как и явное, изменяет гомеостаз, качество жизни, эффективность лечения и исход туберкулеза. Оно выявляется исследованием вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности сосудистой стенки (ВР) и вегетативного обеспечения (ВО) организма.

Методы и материалы. В проведенном исследовании ВТ изучался по оценке функции желудочных желез беззондовым методом (десмоидная методика Сали в модификации Matzke), ВР — по результатам внутрикожной адреналиновой пробы и ВО — по исследованию рефлексов положения тела (орто-клино-статическая проба). ВР сосудов кожи оценивалась по результатам внутрикожной адреналиновой пробы. После введения раствора адреналина в разведении 1:1000 у обследуемых больных анализировались время появления участка побледнения

кожи (мин), площадь побледнения ($см^2$) и длительность его существования (мин). ВО организма оценивалось по Birckmayer. При нормальном ВО после вставания ЧСС увеличивалась менее чем на 30 в 1 мин и АД не изменялось, при избыточном — ЧСС увеличивалась более чем на 30 в 1 мин, систолическое АД увеличивалось более 20 мм рт. ст. При недостаточном ВО — систолическое АД снижалось на 10–15 мм рт. ст.

Результаты и обсуждение. ВТ организма у 65 больных туберкулезом легких (диссеминированный туберкулез легких — 39, инфильтративный — 26) по данным функции желудочных желез характеризовался нормацидными, гипоацидными и анацидными состояниями. Нормальное функциональное состояние желудочных желез было определено только у 11 больных туберкулезом легких (16,9 %), а у остальных (83,1 %) — значительно сниженным, с явлениями гипохлоргидрии или ахлоргидрии. Снижение функции обкладочных клеток желудочных желез зависело от антигенной активации симпатического отдела ВНС, оказывающего тормозное влияние на их деятельность. У больных с умеренным интоксикационным синдромом чаще наблюдалась гипохлоргидрия, а с выраженным — ахлоргидрия. Сравнением частоты нормальной функциональной активности желудочных желез с частотой нарушения их деятельности выявило высокое достоверное различие ($t = 5,34$; $p<0,001$), свидетельствующее о наличии у больных туберкулезом легких вегетативной дисфункции с преобладанием симпатического отдела ВНС.

Изучением показателей ВР периферических сосудов на введение адреналина (время появления побледнения кожи, площадь, длительность существования) установлено, что площадь побледнения участка кожи в месте введения адреналина ($t=3,60$; $p<0,001$) и длительность существования его ($t=2,70$; $p<0,01$) существенно отличалась от таковой у здоровых лиц и свидетельствовало о преобладание у больных активности симпатического отдела ВНС.

Нормальное ВО было определено у 12 больных туберкулезом (18,4 %), а нарушенное — у 53 (81,5 %): избыточное ВО определено у 48 больных (73,9 %) и недостаточное у 5 (7,7 %). Избыточное ВО сопровождается значительным снижением противовоспалительного потенциала организма, а при недостаточном усилено расходование энерго- и пластических резервов организма.

Выводы. Функциональная диагностика состояния активности ВНС с оценкой ее основных показателей вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР) периферических сосудов кожи и вегетатив-

ного обеспечения (ВО) организма простыми, доступными методами значительно чаще выявляет вегетативную дисфункцию, чем применение только субъективных и объективных методов исследования. Выявление явной и скрытой дисфункции ВНС в клинике имеет значение не только для определения течения заболевания, но и проведения восстановительной терапии с целью повышения качества жизни и эффективности проводимого лечения.

УДК [612.28.+616.-002.5.]

О. Н. Браженко, А. И. Лощакова, Н. А. Браженко, Е. И. Михеева
ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

НОВЫЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ГОМЕОСТАЗА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Введение. Течение туберкулеза и эффективность лечения больных тесным образом связаны с резистентностью организма, определяемой гормональными, биохимическими и иммунологическими методами. Сложность этих методик делает их не всегда выполнимыми. Необходимость диагностики состояния гомеостаза в клинике очевидна не только для оценки течения заболевания, но для организации лечения. В этой связи клинике необходимы доступные высокоинформативные технологии мониторинга состояния гомеостаза у больных.

Методы и материалы. В последние десятилетия на клинических базах кафедры фтизиопульмонологи разработаны и апробированы новые диагностические критерии гомеостатического равновесия организма (ГРО) на основе количественно-качественной оценки форменных элементов белой крови (ФЭБК): лейкоцито-лимфоцитарный индекс (ЛЛИ), типы адаптационных реакций (АР), показатели энтропии (Н) и избыточности (R) ФЭБК, степени нарушения ГРО, типы реактивности организма (РО) и показатели моноцитограммы. Материалом для проведения исследований явились 833 больных: 407 больных активным туберкулезом легких и 426 — активным саркоидозом органов дыхания.

Результаты и обсуждение. Экспресс-диагностика состояния ГРО проводится по показателю ЛЛИ — отношению общего числа лейкоцитов периферической крови (100,0 %) к относительному числу лимфоцитов в лейкограмме (Браженко Н. А., 1988). При нормальном ГРО соотношение лейкоцитов и лимфоцитов в периферической крови не

превышает 4:1. У здоровых лиц величина его колеблется от 5,0 до 2,5. В 95 % наблюдений ЛЛИ ≤ 4,0 и средняя величина его составляет 2,8 ± 0,06.

Теоретической основой для определения типов АР явилось учение о стрессе и общем адаптационном синдроме (ОАС) Г. Селье (1936), а также открытие Л. Х. Гаркави и соавт. (1977) антистрессорных АР — реакции тренировки (РТ) и реакции активации (РА). Состояние ГРО за пределами «зоны нормы» отражают 4 типа АР организма: напряженные АР (РТН, РАН) и стрессорные АР (реакция переактивации — РП, реакция стресс — РС). Эти типы АР лежат в основе нарушения ГРО (Браженко Н. А., Браженко О. Н., 2006–2016).

Показатели Н и R ФЭБК, учитывающие кооперацию лейкоцитов, являются важными для оценки восприятия, сохранения, переработки и передачи информации о состоянии ГРО. Оценка информационной системы организма на их основе выявила ГРО в «зоне нормы» при Н ФЭБК ≤ 1,5 и R ФЭБК ≥ 35,0 % (Колб В. Г., 1974; Браженко О. Н., 2002, 2008).

Степени нарушения ГРО определяются при комплексной оценке показатели ЛЛИ, типов АР, Н и R ФЭБК. «Зону нормы» ГРО определяют ЛЛИ ≤ 4,0; типы АР: РТ, РА; Н ≤ 1,5 и R ≥ 35,0 %. Нарушение его классифицировано на 4 степени: начальное (ЛЛИ ≤ 4,0; тип АР: РАН; Н от 1,51 до 1,60; R от 34,9 % до 30,0 %), умеренное (ЛЛИ ≤ 4,0; тип АР: РТН; Н от 1,61 до 1,70; R от 29,9 % до 25,0 %), выраженное (ЛЛИ < 4,0; тип АР: РП; Н от 1,71 до 1,80; R от 24,9 % до 20,0 %), глубокое (ЛЛИ ≥ 5,0; тип АР: РС; Н > 1,80 и R < 20,0 %).

В градацию известных 5 типов РО нами вложено новое содержание s определение адекватной и патологической РО проводится по динамике типов АР за весь период наблюдения (Браженко Н. А., 1986, 1988; Браженко О. Н., 2008).

Активность макрофагальной системы определяется по индексам пролиферации (ИП) и дифференцировки (ИД) моноцитов. В «зоне нормы» ИП имеет колебания 0,44–0,5 и ИД — 0,56–1,0. Снижение уровня индексов сопровождается неполноценными типами АР (Григорова О. П., 1959; Браженко О. Н., 2008).

Выводы. Применение в диагностике состояния ГРО в клинике туберкулеза простых, доступных, не дорогих, интегральных и вместе с тем высокоинформативных критериев имеет важное значение. На их основе проводится постоянный мониторинг течения туберкулеза, лечения и прогнозирование исхода.

УДК 616.24-002.5-084

И. В. Буйневич[1], С. В. Гопоняко[1], А. А. Холявкин[2], С. В. Бутько[2]
[1]УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
[2]«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»,
г. Гомель, Республика Беларусь

ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Введение. Несмотря на то, что эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Беларусь в последние годы характеризуется как стабильная и контролируемая, сохраняется высокий уровень распространенности туберкулеза, наблюдается рост количества случаев мультирезистентного (МЛУ-ТБ) и ВИЧ-ассоциированного туберкулеза, а также рецидивов заболевания, недостаточно эффективно проводится лечение пациентов-бактериовыделителей. По распространенности МЛУ-ТБ РБ занимает одно из первых мест в Европейском регионе ВОЗ.

В Республике Беларусь первичная МЛУ определяется у 34 % впервые заболевших туберкулезом легких s это самый высокий уровень в мире, широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) определяется у порядка 4 % пациентов из числа новых случаев. Среди ранее леченых пациентов вторичная, приобретенная, МЛУ возбудителя определяется в 69 % случаев. Показатель успешности лечения МЛУ-ТБ в Республике Беларусь в 2015 году составил 54 %.

Лечение МЛУ-ТБ проводится по индивидуальной схеме с учетом результатов тестирования лекарственной чувствительности возбудителя. В схему химиотерапии включаются 5–6 противотуберкулезных лекарственных средств (ПТЛС): этамбутол и пиразинамид при сохранении к ним чувствительности, резервные ПТЛС (с обязательным включением инъекционных препаратов, респираторных фторхинолонов, пероральных бактериостатических средств).

До настоящего времени арсенал ПТЛС, доступный для применения в практической медицине, остается ограниченным. Амплификация лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза (МБТ) в процессе лечения увеличивает вероятность неудачи. Назначение комбинации достаточно токсичных ПТЛС на длительный срок нередко приводит к возникновению у пациентов побочных эффектов. Сочетание резистентности МБТ с плохой переносимостью лечения при ограниченном выборе ПТЛС нередко делает невозможным подбор эф-

фективной комбинации химиотерапии s это вынуждает переводить пациентов на паллиативное лечение.

Критериями перевода на паллиативное лечение являются дважды зафиксированная неудача в лечении, невозможность подбора эффективной схемы химиотерапии по причине развития ШЛУ, невозможность продолжения химиотерапии по причине некупируемых токсических эффектов, отказ пациента от лечения.

Цель исследования — характеристика контингента пациентов с туберкулезом, переведенных на паллиативное лечение.

Материалы и методы. В исследование были включены все пациенты Гомельской области, состоящие на диспансерном учете с М/ШЛУ-ТБ, которые были переведены на паллиативное лечение в 2014–2015 годах — всего 168 пациентов (141 мужчина и 27 женщин). Первичная М/ШЛУ была определена у 14 пациентов, вторичная М/ШЛУ — у 154 пациентов. ВИЧ-позитивный статус имели 45 пациентов исследуемой группы, ВИЧ-негативный — 123 пациента. Среди мужчин минимальный возраст составил 19 лет, максимальный — 76 лет, средний возраст мужчин — 44,9±10,3 года. Среди женщин минимальный возраст составил 26 лет, максимальный — 89 лет, средний возраст женщин — 38,8±7,2 лет.

При проведении исследования использованы данные государственного регистра «Туберкулез», проанализированы медицинские карты стационарных и амбулаторных пациентов, а также карты лечения пациентов с лекарственно устойчивым туберкулезом. Обработка результатов проведена при помощи программы Statistica 6, использованы стандартные методы описательной статистики. Для оценки значимости различий использовали t-критерий Стьюдента, различия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Среди пациентов, переведенных на паллиативное лечение, преобладали мужчины, их доля составила 83,9 %, что статистически достоверно выше, чем доля мужчин от общего числа пациентов с туберкулезом легких (70,4 %), состоящих на диспансерном учете ($p<0,05$). Доля женщин, соответственно, составила 16,1 %. Подавляющее число пациентов — 92,2 % мужчин и 88,9 % женщин — были трудоспособного возраста, при этом лишь 5,2 % относились к числу работающих. Из общего числа 26,7 % пациентов были признаны стойко утратившими трудоспособность, из них у 68,8 % была определена 2 группа инвалидности, у 31,2 % — 3 группа инвалидности. Доля городских жителей составила 51,7 %, сельских жителей — 48,3 %.

Доля пациентов с первичной лекарственной устойчивостью МБТ составила 8,3 % (14 человек), со вторичной — 91,7 % (154). Из числа пациентов с первичной лекарственной устойчивостью у 4-х изначально определялась ШЛУ, в связи с чем назначение эффективной комбинации ПТЛС было невозможным. У остальных пациентов определялась или МЛУ (5 случаев), или пре-ШЛУ (также 5 случаев), и имелась возможность подбора индивидуальной схемы лечения. Причиной перевода на паллиативное лечение у 8 из этих пациентов явился отказ от приема ПТЛС, у двоих — пациенты в возрасте 68 и 76 лет — наличие медицинских противопоказаний к назначению химиотерапии, т.е. тяжелые сопутствующие заболевания.

Из группы со вторичной лекарственной устойчивостью 6 пациентов (3,9 %) были переведены на паллиативное лечение вскоре после выявления у них рецидива туберкулеза легких и определения вторичной М/ШЛУ возбудителя — лечение резервными ПТЛС по ряду причин им не назначалось. У двоих пациентов подбор эффективной схемы лечения оказался невозможным в связи с ШЛУ. Трое пациентов, несмотря на возможность подбора индивидуальной схемы химиотерапии с учетом результатов тестирования лекарственной чувствительности МБТ, отказались от приема ПТЛС. Одному пациенту, в возрасте 85 лет, назначению химиотерапии препятствовало наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

Остальные 148 пациентов, со вторичной лекарственной устойчивостью, до момента перевода на паллиативное лечение получили курс химиотерапии той или иной продолжительности. В том числе 52 (35,1 %) пациента были переведены на паллиативное лечение после одного неэффективного курса ПТЛС, 54 (36,4 %) — после повторного неэффективного курса (дважды была зафиксирована неудача в лечении), 35 (23,6 %) — после отрыва от лечения, кроме этого, 7 (4,7 %) пациентов относились к категории «другие» (прибывшие и пр.). Следует отметить, что у всех пациентов на фоне предшествовавших переводу на паллиативное лечение курсов химиотерапии имела место амплификация лекарственной устойчивости МБТ.

На момент перевода на паллиативное лечение из числа пациентов со вторичной М/ШЛУ у 63 (42,5 %) сохранялась возможность подбора индивидуальной схемы ПТЛС. Среди 52-х пациентов после одного неэффективного курса химиотерапии у 20-ти (38,5 %) была возможность продолжить лечение. После повторного неэффективного курса можно было предложить индивидуальную схему 17-ти пациентам

(31,5 %) из 54-х при наличии высокой приверженности лечению, по причине отрыва от лечения — 23-м (65,7 %) из 35-ти пациентов.

Лишь у троих пациентов со вторичной лекарственной устойчивостью продолжение лечения оказалось невозможным в связи с развитием некупируемых токсических эффектов ПТЛС (2 случая) или наличием тяжелых сопутствующих заболеваний (1 случай), в связи с чем они были переведены на паллиативное лечение после первого неэффективного курса химиотерапии. Таким образом, у подавляющего большинства пациентов со вторичной МЛУ и пре-ШЛУ причиной перевода на паллиативное лечение явился отказ от приема ПТЛС в результате низкой приверженности лечению.

Следует отметить, что в клинической структуре заболевания (на момент перевода на паллиативное лечение) значительно преобладали формы с подострым течением, для которых не характерно наличие сформированных фиброзных изменений, препятствующих излечению — инфильтративный туберкулез составил 64,3 %, диссеминированный туберкулез — 16,7 %, другие формы — 5,4 %. Из числа этих пациентов у 55,2 % сохранялась возможность подбора индивидуальной схемы лечения с учетом теста лекарственной чувствительности МБТ, и не имелось тяжелых сопутствующих заболеваний, которые явились бы противопоказанием к химиотерапии — причиной перевода на паллиативное лечение послужил отказ от приема ПТЛС. Пациенты с хроническими формами туберкулеза (n=20) составили только 11,9 % — у подавляющего большинства из них (19 из 20 пациентов) сформировался фиброзно-кавернозный туберкулез, при этом возможность подбора индивидуальной схемы лечения сохранялась лишь у двоих пациентов. С учетом пациентов с хроническими формами МЛУ-ТБ возможность продолжения лечения сохранялась в 49,4 % случаев.

У троих пациентов в изучаемой группе туберкулез легких протекал в виде остро прогрессирующих форм (2 случая казеозной пневмонии, 1 милиарный туберкулез легких), что составило 1,8 % (95 % ДИ 0,6–5,9). Оба пациента с казеозной пневмонией имели ВИЧ-негативный статус. У одного из пациентов с казеозной пневмонией результатом интенсивной фазы лечения явилась стабилизация процесса с негативизацией мазка мокроты, окрашенного по Цилю-Нильсену, результат посева мокроты на МБТ при этом оставался положительным. Лечение этого пациента было прекращено в связи с отсутствием приверженности и отказом от приема ПТЛС. Результаты мониторин-

га показали, что через 6 месяцев у данного пациента бактериовыделение по данным бактериоскопии все также не определялось, но сохранялся положительный посев, через 12 месяцев бактериовыделение не было выявлено ни методом бактериоскопии, ни посевом на МБТ. У второго пациента с казеозной пневмонией заболевание имело необратимо прогрессирующее течение и летальный исход. Пациент с милиарным туберкулезом имел ВИЧ-позитивный статус, заболевание также закончилось летальным исходом.

Доля ВИЧ-позитивных пациентов составила 26,8 %. Ни одна из форм ВИЧ-ассоциированного туберкулеза (ВИЧ-ТБ) не была хронической, в остальном клиническая структура заболевания у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациентов статистически не отличалась ($p<0,05$).

По итогам наблюдения в первые 12–18 месяцев доля пациентов, умерших от туберкулеза, составила 9,5 %. Кроме этого, у 2,3 % причиной смерти явилась ВИЧ-инфекция, что составило 8,8 % от числа пациентов с ВИЧ-ТБ. Уровень летальности у ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных пациентов статистически не различался ($p>0,05$).

Выводы

1. Среди пациентов с М/ШЛУ-ТБ, переведенных на паллиативное лечение, значительно преобладают мужчины трудоспособного возраста, их доля достоверно выше, чем доля мужчин от общего числа пациентов, страдающих туберкулезом легких ($p<0,05$).
2. У подавляющего большинства пациентов, переведенных на паллиативное лечение, лекарственная устойчивость МБТ является вторичной, причем спектр резистентности расширяется в процессе неэффективных курсов лечения.
3. Практически у половины пациентов (49,4 %) на момент перевода на паллиативное лечение сохраняется возможность подбора индивидуальной схемы ПТЛС, и причиной прекращения химиотерапии является отсутствие приверженности лечению.
4. В структуре заболевания как у ВИЧ-негативных, так и у ВИЧ-позитивных пациентов, переведенных на паллиативное лечение, преобладают формы туберкулеза легких с подострым течением — 86,3 %.
5. Смерть от туберкулеза в первые 12–18 месяцев наблюдения у пациентов, переведенных на паллиативное лечение, составила 9,5 %, при этом уровень летальности у ВИЧ-негативных и ВИЧ-позитивных пациентов в первый год наблюдения статистически не различается ($p>0,05$).

УДК 616.24-002.5-084

А. А. Булгакова, А. А. Ктоян, Т. С. Лаптева, А. В. Павлова
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД К ПРОПАГАНДЕ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА (ЕЖЕГОДНАЯ ФЛЮОРОГРАФИЯ — КАК ЭЛЕМЕНТ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ)

Актуальность. Несмотря на развитие медицины и науки в целом, основной проблемой туберкулеза остается поздняя диагностика. Все чаще туберкулез протекает в скрытой форме, т.е. человек даже не подозревает, что болен, пока не становится слишком поздно. Многие не проходят флюорографию, считая её «вредной», стараются получить заключение не проходя исследование, забывая, что единственный способ своевременно выявить туберкулез легких — ежегодная флюорография.

Целью работы является пропаганда флюорографии среди молодежи — пользователей социальных сетей.

Материалы и методы. Использовать инновационный подход в пропаганде флюорографии, как скринингового диагностического метода выявления туберкулеза — распространение информации посредством социальных сетей.

Как известно, здоровый образ жизни (ЗОЖ) — это образ жизни человека, направленный на профилактику болезней и укрепление здоровья.

Многие считают, что для здорового образа жизни достаточно правильно питаться и высыпаться, но это не так. Необходимо ежегодно проходить флюорографию. Ведь туберкулез очень коварен, человек может длительно болеть и даже не знать об этом. А ежегодная флюорография помогает диагностировать заболевание на ранних стадиях. Своевременно выявленный туберкулез не является неизлечимым заболеванием и хорошо поддается терапевтическому лечению. Но при отсутствии вовремя начатого лечения он приводит к потере трудоспособности, инвалидности и часто смерти.

Результаты. Установлено, что в течении 20 дней проведения агитационных мероприятий по пропаганде флюорографического метода выявления туберкулеза было получено более 1200 лайков и более 200

репостов. Принимая во внимание тот факт, что на каждый лайк приходится от 50 до 100 реальных просмотров предложенной информации, можно заключить, что охваченная аудитория составила более 60 000 человек.

Заключение. Таким образом, проведение пропаганды флюорографии в качестве скринингового диагностического метода выявления туберкулеза в социальных сетях является одним из наиболее эффективных методов распространения информации среди молодежи.

УДК 616.24-002.5-084

Э. Н. Великсар
ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

ТУБЕРКУЛЕЗ ГЛАЗ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА И В ЕВРОПЕ

Введение. Глазной туберкулез (ГТ) своими современными проявлениями является сложной задачей, как в плане диагностики, так и в плане лечения. Свою лепту в эту проблему вносит и патоморфоз туберкулезной (ТБ) инфекции данной локализации и распространение лекарственно устойчивых и МЛУ-ТБ штаммов микобактерии, а также массивная миграция населения.

Цель. Сравнительный анализ некоторых эпидпоказателей, схем и результатов лечения, полученных в Молдове и Европейских центрах по данным публикации в электроном журнале «Journal Ophthalmic Epidemiology» : Only Believe it when you see it; Ocular Tuberculosis requires prompt recognition and management. The European Experience. (url: http://mc.manuscriptcentral.com/nope E-mail: abroman2@jhu.edu) для лучшего понимания и оптимизации управления ГТ.

Методы и материалы. Ретроспективное исследование демографических и эпидемиологических показателей, клинических симптомов, схем и результатов лечения (остроты зрения (ОЗ)) среди 137 пациентов, пролеченных по поводу ГТ в семи европейских центрах (ЕЦ) в Лондоне, Вене, Фрайбурге и 22 пациентов в Республике Молдова (РМ) с 2001 по 2013 гг.

Результаты. Средний возраст пациентов ЕЦ составил 34,7 лет, РМ — 26,7 лет. Из 22 пациентов РМ 40,9 % были дети, и преобладал женский пол — 77,3 %. В ЕЦ 52 % пациентов были мужского пола.

Большинство пациентов ЕЦ (60 %) родились за пределами Европы: 34 % в Азии, 24 % в Африке и 1 % в Северной и Южной Америке. Все пациенты из РМ были рождены в Молдове. Наиболее частым диагнозом в РМ был увеит 90,9 %, гранулематозный — 18,2 % и негранулематозный — 72,7 %. По локализации: передний увеит — 45,5 %, задний/хориоретинит — 31,8 %, периферический — 4,5 % и панувеит — 9,0 %. Самые распространенные диагнозы в ЕЦ были: увеит гранулематозный — 61 %, васкулит сетчатки — 12 %, интермедиарный увеит — 8 %. Наиболее частыми симптомами в РМ были: потеря зрения — 86,3 %, затуманенное зрение — 81,8 %, красный глаз — 59,1 % и боль/дискомфорт — 50,0 %. В ЕЦ: помутнение зрения — 77 %, потеря зрения — 68 %, боль — 52 %. Ни в одном исследовании не были ВИЧ инфицированные. Заявлен ТБ контакт в 13 % РМ и 18 % ЕЦ. ТБ других чем глаз органов в РМ: легких — 9 %, лимфоузлов — 9 %; ЕЦ: 23 % легких, 1,5 % лимфоузлов, 0,7 % почек, 0,7 % кишечника. БЦЖ шрам в наличии у 90,9 % пациентов в РМ и в 84 % в ЕЦ. Положительный внутрикожный тест с туберкулином (Проба Манту) в 90,9 % случаях в РМ и 87 % в ЕЦ. Большинство пациентов получали лечение в течение 6(36,4 %) и 8(40,9 %) месяцев в РМ, 6(42 %), 12(36 %), дольше 12(3 %) в ЕЦ. Большинство пациентов РМ (36 %) получили 3 противотуберкулезных препарата, 32 % — 4 и 23 % — 5. В ЕЦ всего 2 % пациентов получали 3 препарата, 75 % — 4 препарата и 4 % — 5. В РМ половина пациентов получили в фазе инициации изониазид лимфо-тропно. Все пациенты в обоих исследованиях принимали рифампицин, изониазид и пиразинамид. В РМ 63,6 % получили местно кортикостероиды, в ЕЦ: 25 % — местно, 14 % — местно и системно, 38 % — системно. ОЗ улучшилась после лечения в 72,7 % в РМ и в 61 % в ЕЦ. В РМ в подгруппе с лимфотропным введением изониазида ОЗ улучшилась в 81,8 % случаях, а в 72,7 % из данной группы нормализовалась. В подгруппе с обычным введением противотуберкулезных препаратов улучшение ОЗ после лечения отмечено в 63,6 %, нормальное ОЗ только в 18,2 %.

Обсуждение. Проблема улучшения диагностики и лечения туберкулёзных заболеваний глаз является актуальной во всей Европе, в РМ в частности. Демографические и эпидемиологические показатели сопоставимы в обоих исследованиях, но настораживает «омоложение» ГТ, явная тенденция к неуклонному росту заболеваемости туберкулёзом глаз среди детей и подростков, которая наметилась еще с конца 90-х годов. Преобладание девочек среди выявленных тоже имеет

негативную окраску, так как из нашего опыта отмечено реактивация ТБ процесса после беременности и родов. Преобладающий возраст взятых на учёт 8–11 лет поднимает вопрос о необходимости ревакцинации в 7-летнем возрасте в условиях эндемии туберкулёзной инфекции, которая наблюдается в РМ, в соседних странах и в России, странах, являющихся зоной с интенсивно мигрирующим населением. Особенно важно помнить об изменении течения и клинического проявления туберкулёза глаз, что затрудняет его распознавание и лечение. В последние годы в РМ преобладают негранулематозные процессы, возросла доля неспецифичных передних увеитов. Необходима высокая настороженность среди офтальмологах обшей сети с учётом ТБ в начале дифференциального диагноза любого увеита. Решающее значение в своевременной постановке диагноза имеет междисциплинарный подход, обеспечиваемая командой специалистов в целом. Нежелательны случаи с пропущенными ТБ легких у подростка и ТБ внутригрудных лимфатических узлов у двух детей на диагностическом этапе, которые были обнаружены лишь после начатого лечения по поводу ГТ на госпитальном этапе. Учитывая, что лечение туберкулёза глаз не всегда даёт желаемый эффект идут поиски его оптимизации. При тяжелой форме заболевания рекомендуются стероиды в дополнение к противотуберкулёзным препаратам. Широкое применение стероидов в ЕЦ не обеспечило повышение его эффективности. Лимфотропное введение изониазида, отличительный момент в лечении ГТ в РМ и ЕЦ, обеспечивает санацию регионарного лимфатического и кровеносного русла глаза, повышает эффективность противотуберкулёзного лечения, значительно улучшая зрительные функции больных.

Выводы

1. Своевременная диагностика и эффективное лечение ГТ является общей проблемой стран Европы.
2. Необходима повышенная настороженность офтальмологов общей сети по отношению к туберкулезной этиологии глазной патологии у взрослых и детей в условиях потери специфичности клинических проявлений и роста заболеваемости среди детей и подростков.
3. Лимфотропное введение тубпрепарата повышает эффективность противотуберкулёзного лечения, значительно улучшая зрительные функции больных.

УДК 616.24-002.5-084

Е. А. Виечелли
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»,
г. Москва, Россия

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МБТ У ПОДРОСТКОВ

Актуальность. В структуре клинических форм туберкулеза легких на долю деструктивных процессов у подростков приходится около 40 %. Среди подростков бактериовыделителей постоянно увеличивается доля с МЛУ МБТ и по данным 2014 года она составила 37,8 %. Поэтому актуальной проблемой является повышение эффективности лечения деструктивного туберкулеза легких с различными видами лекарственной устойчивости МБТ.

Цель. Повышение эффективности лечения деструктивного туберкулеза легких у подростков на основе комплексного подхода.

Материалы и методы. За период с 2014 года по 2016 год в отделении пролечено 156 подростков. Доля больных с деструктивным туберкулезом составила 42,3 % (66 человек). При поступлении бактериовыделение выявлено в 50 (75,8 %) случаях. У 15 (30,0 %) из 50 больных чувствительность МБТ была сохранена ко всем противотуберкулезным препаратам, у 1 (2,0 %) была установлена монорезистентность, у 10 (20,0 %) — полирезистентность, у 24 (48,0 %) — МЛУ/ШЛУ. Эти данные использовались для назначения стартового режима химиотерапии. В случае отсутствия бактериовыделения химиотерапия назначалась по эмпирическим режимам с учетом распространенности и риска лекарственной устойчивости возбудителя или с учетом данных устойчивости у источника инфекции.

С целью усиления репаративных процессов в легких применялась методика клапанной бронхоблокации (КББ). Клапанная бронхоблокация проведена у 9 (13,6 %) из 66 пациентов на разных сроках противотуберкулезной химиотерапии.

Результаты. Оценка эффективности лечения у пациентов проведена по 2 показателям: прекращение бактериовыделения, закрытие полостей распада. В результате проведения химиотерапии, прекращение бактериовыделения достигнуто у всех пациентов. В целом в результа-

те проведения химиотерапии полости распада закрылись у 31 (47,0 %) из 66 больных, у 35 (53,0 %) — полости сохранились. Самый низкий процент закрытия полостей распада в результате химиотерапии наблюдался в группе больных с МЛУ/ШЛУ (7 человек — 29,2 % из 24 больных). Большая часть из этих пациентов поступила на повторный курс лечения с исходом первичного процесса в ФКТ и туберкулемы, что определяло необходимость хирургического лечения. У пациентов без бактериовыделения, с сохраненной чувствительностью, с моно/полирезистентностью различий в сроках закрытия полостей в результате химиотерапии не наблюдали (соответственно 62,5 %; 53,3 %; 54,5 %).

Из 35 больных, у которых после химиотерапии сохранились полости распада в 9 (25,7 %) случаях была проведена КББ с закрытием полостей у всех пациентов. У остальных 26 (74,3 %) проведено хирургическое лечение, при этом в 14 (53,9 %) случаях это были пациенты с МЛУ/ШЛУ, у остальных чувствительность сохранена ко всем препаратам в 9 (43,6 %) случаях, в 2 (7,7 %) полирезистентность и в 1 (3,8 %) монорезистентность.

Заключение. Назначение адекватных стартовых режимов химиотерапии или на этапе лечения с учетом полученного ТЛЧ МБТ у пациента, позволило достичь прекращения бактериовыделения в 100,0 % случаев, в тоже время закрытие полостей распада при применении химиотерапии отмечено лишь в 47,0 % случаев, преимущественно у впервые выявленных больных. У остальных пациентов (преобладали больные, поступившие на повторное лечение или с поздним выявлением заболевания) в 53,0 % случаев требовалось применение КББ или хирургическое лечение. Следует отметить, что применение КББ позволило избежать хирургического лечения в 25,7 % случаев.

◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈

УДК 616.24-002.5-085: 616. 153.96:577.122.

И. О. Галан
Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина

ЭФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕБИОТИКОВ И НУТРИЦИОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПИЩЕВОГО РАЦИОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ВПЕРВЫЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Введение. На сегодняшний день, несмотря на тенденцию по снижению показателей заболеваемости туберкулезом (ТБ) и смертности от этой болезни, эпидемическая ситуация в Украине все еще остается

сложной. Решение вопроса повышения эффективности лечения больных ТБ стало насущной необходимостью. Современные схемы лечения больных с впервые диагностированным туберкулезом легких (ВДТБ) требуют длительного лечения и не всегда приводят к полному выздоровлению. Туберкулез — это социально опасное заболевание, которое поражает преимущественно бедные, социально-неадаптированные слои населения, является причиной длительной временной и стойкой утраты трудоспособности. Последнее десятилетие характеризуется социально-экономическим кризисом, что сказалось на состоянии здоровья населения, большинство которого находится на грани бедности и нет возможности рационально и сбалансировано питаться. Здоровье человека определяется его пищевым статусом, т.е. степенью обеспеченности организма необходимыми пищевыми веществами и энергией. Соответственно не получает необходимое количество белков, структурными элементами которых являются аминокислоты, которые играют важную роль в ферментативных, биохимических, иммунобиологических, дезинтоксикационных процессах в организме человека и являются биологически активными веществами или их предшественниками. Нарушение сбалансированности пищевых рационов больных ТБ до начала возникновения заболевания приводит к дефициту биологически активных нутриентов, что, в свою очередь, способствует развитию ТБ и создает почву для его осложненного течения. Наличие выраженных расстройств питания и пищевого статуса среди значительной прослойки больных ТБ обусловливает необходимость проведения соответствующей коррекции, что будет способствовать повышению эффективности лечения.

Антимикобактериальная терапия, безусловно, остается одним из основных методов лечения больных туберкулезом. Но, учитывая нестабильную эпидемиологическую ситуацию, увеличение количества тяжелых и осложненных форм, которые сопровождаются глубокими расстройствами метаболизма, возникает необходимость разработки и внедрения в практику эффективных комплексных методов лечения больных туберкулезом легких. Патогенетическая терапия у больных туберкулезом легких направлена на нормализацию возникающих при туберкулезе нарушений метаболизма, способствует уменьшению экссудативно-пневмонических явлений, ускорению их рассасывания, заживлению полостей распада с наименьшими остаточными изменениями, стимуляцию репаративных процессов.

Туберкулез приводит к значительным нарушениям тканевого обмена, развитию дистрофических процессов. Отмечена тенденция к снижению общего уровня аминокислот в острой фазе туберкулезного процесса, прежде всего, за счет незаменимых, что объяснялось чрезмерным использованием их на энергетические и пластические потребности организма. Они не синтезируются в организме человека, и потребность в них обеспечивается за счет пищевых продуктов. Известно, что в результате туберкулезной интоксикации и длительной антимикобактериальной терапии происходят выраженные патологические изменения в системе пищеварительного тракта — подавление нормальной микрофлоры слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта, бурное развитие условно-патогенных бактерий. Лечение таких пациентов требует разработки методов вспомогательной терапии — терапии сопровождения, которая в первую очередь касается предупреждения поражений печени и нарушений микробиоценоза кишечника. Дисбиотические нарушения требуют коррекции пребиотиками и пробиотиками, что улучшает не только состояние микрофлоры кишечника, но и способствует улучшению результатов лечения туберкулеза.

Пребиотики — это ингредиенты продуктов питания, которые не усваиваются в организме, положительно (благоприятно) влияют на хозяина: стимулируют рост и / или активность полезных лакто- и бифидобактерий и улучшают их метаболизм. К наиболее известным пребиотикам относится лактулоза. Лактулоза стимулирует рост кисломолочных бактерий, что приводит к подавлению размножения протеолитической флоры и, таким образом, образованию аммиака и конечных токсичных продуктов распада белков.

Целью исследования было изучить влияние на динамику показателей белкового обмена (БО) применения в комплексном лечении больных ВДТБ нутрициологической коррекции пищевого рациона.

Материалы и методы. Были обследованы 67 больных ВДТБ, которые проходили лечение в Киевском городском противотуберкулезном диспансере № 1. Среди обследованных пациентов преобладали мужчины — 53 (79,1 %), женщин было 14 (20,9 %). Средний возраст пациентов составил 38,4±1,8 лет. Все пациенты были разделены на две группы: I группа, в которой кроме стандартной АМБТ назначали пребиотик лактулозу по 20 мл 3 раза в день в течение 2-х недель, включала 35 больных, и II группа, в которую вошло 32 пациента, получавших стандартную АМБТ. Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц, средний возраст которых 35,4±1,3 рокив. Среди них

мужчин — 16 (53,0 %), женщин — 14 (47,0 %). При назначении лечебного питания больным ВДТБ, находившимся под нашим наблюдением, за основу бралась диета № 11 (по Певзнеру), которая содержит в среднем 100–120 г белка (из них белки животного происхождения не менее 50–60%), 90–100 г жира, 500–550 г углеводов. Калорийность питания больного туберкулезом должна составлять 2500–3600 ккал. Кроме того, всем больным, находившимся под нашим наблюдением, было рекомендовано проведение нутрициологической коррекции обменных процессов с помощью обогащения рационов соответствующими продуктами питания. Для уменьшения воспаления рекомендовали пищевые продукты, содержащие в себе такие биологически активные вещества (БАВ), как секреторный иммуноглобулин, Lactobacillus acidophilus, ПНЖК W-3, витамины и провитамины (аскорбиновая кислота, альфа-токоферол, ретинол, альфа-, бета-, гамма-каротины), микроэлементы (селен, медь, магний, цинк), растительные антиоксиданты (убихинон, антоцианы, катехины, хлорофиллы, биофлавоноиды, фитонциды). С целью нормализации нарушений обмена веществ, обусловленных воспалением и длительной АМБТ (повышение аппетита, индукторы ферментов, профилактика негативного воздействия специфической терапии), рекомендовали БАВ, которые имеют сокогонный эффект, способствуют синтезу бензпиренгидроксилазы печени, монооксигеназ в кишечнике и печени, витамины группы В. Для активация репаративных механизмов (ускорение эпителизации, восстановление синтетической функции микрофлоры кишечника) рекомендованы витамин А, витамины В1, В2, В6, В12, витамин РР, кальций. Коррекции психоэмоционального статуса способствуют такие БАВ как фитовегеторегуляторы, содержащиеся в лимонах, апельсинах, ванили, корице, бананах. Первые 5 дней после поступления больных на лечение проводилось их комплексное обследование. Для изучения динамики показателей БО у больных ВДТБ в процессе комплексного лечения мы определяли общую сумму незаменимых аминокислот (ОСНАК), общую сумму заменимых аминокислот (ОСЗАК) и общую сумму аминокислот (ОСАК) сыворотки крови (мг в 100 мл сыворотки крови). Лабораторные исследования у больных проводились в два этапа: при поступлении и через 2 мес. лечения. Материалом для них была венозная кровь, забор которой проводился натощак. Применялся метод ионообменной жидкостно-колоночной хроматографии. Исследования проводились с помощью автоматического анализатора аминокислот ААА-339-Т, методом ионообменной колоночной хроматографии.

Результаты и обсуждение. После проведения клинико-лабораторных обследований было установлено, что у всех пациентов I и II группы, которые находились под нашим наблюдением до начала АМБТ, наблюдались симптомы интоксикации (общая слабость, быстрая утомляемость, субфебрильная температура, повышенная потливость, плохой аппетит). Снижение массы тела отмечалось у 21 (70,0 %) пациента I группы и 26 (70,2 %) II группы. Следует отметить, что у 23 (76,7 %) обследованных I группы и 29 (78,4 %) II группы туберкулезный процесс в легких занимал более трех сегментов, у 22 (73,3 %) обследованных I группы и 28 (75,7 %) II группы наблюдался распад легочной ткани, у 23 (76,7 %) пациентов I группы и 29 (78,3 %) II группы выявлено бактериовыделение.

До начала лечения у пациентов обеих групп выявлено снижение ОСНАК в 1,2–1,3 раза (I группа — до 8,5 ±0,5 мг в 100 мл сыворотки крови и II группа до 8,8 ±0,4 мг в 100 мл сыворотки крови) по сравнению с контрольной группой (10,9±0,7 мг в 100 мл сыворотки крови). Также у пациентов обеих групп был снижен уровень ОСЗАК в 1, 2 раза (I группа — до 15,9±0,4 мг в 100 мл сыворотки крови и II группа — до 15,9±0,4 мг в 100 мл сыворотки крови) по сравнению с контрольной группой (19,7±0,9 мг в 100 мл сыворотки крови). До начала лечения ОСАК у пациентов обеих групп была снижена в 1,2–1,3 раза (в I группе — до 24,4±0,5 мг в 100 мл сыворотки крови и II группе до 24,7±0,8 мг в 100 мл сыворотки крови) по сравнению с контрольной группой (30,6±2,4 мг в 100 мл сыворотки крови).

Как показали результаты сравнительного анализа клинической эффективности лечения больных, стойкая нормализация температуры тела, улучшение аппетита, исчезновение ночной потливости наблюдались в среднем через 19,75 ± 3,2 дней у пациентов I группы и 30,55 ± 4,1 дней у пациентов II группы после начала лечения ($p < 0,05$), соответственно, у пациентов I группы интоксикационный синдром исчезал быстрее на 10,8 ± 0,97 дней. Исчезновение кашля, значительное уменьшение одышки после начала лечения у больных I группы наблюдалось в среднем через 37,24 ± 5,12 дней, а во II группе — через 46,19 ± 3,44 дней. Итак, респираторные жалобы у пациентов I группы исчезали быстрее на 8,95 ± 1,68 дней.

После проведенного комплексного лечения в обеих группах отмечалось увеличение ОСНАК. У пациентов I группы, которые в комплексном лечении ВДТБ получали пребиотик (лактулозу) и нутрициологическую коррекцию пищевого рациона через 2 мес. лечения, отме-

чено достоверное ($p < 0,05$) повышение ОСНАК до 10,1 ± 0,1 мг в 100 мл сыворотки крови, во II группе ОСНАК увеличилась до 9,1 ± 0,2 мг в 100 мл сыворотки крови (недостоверное повышение в сравнении с показателем до лечения). Кроме того, у пациентов I группы наблюдалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение ОСЗАК до 19,8 ± 0,1 мг в 100 мл сыворотки крови по сравнению с показателем до лечения и показателями ОСЗАК у пациентов II группы 18,1 ± 0, 2 мг в 100 мл сыворотки крови. Следует отметить достоверное ($p < 0,05$) повышение ОСАК у пациентов I группы до 29,9 ± 0,2 мг в 100 мл сыворотки крови по сравнению с показателем до лечения и показателями ОСАК у пациентов II группы 27,2 ± 0 5 мг в 100 мл сыворотки крови.

Выводы. До начала лечения у больных ВДТБ отмечаются нарушения БО за счет уменьшения ОСНАК, ОСЗАК и ОСАК сыворотки крови. Назначение стандартной АМБТ в течение двух месяцев способствует положительной динамике нарушений БО, но полной нормализации аминокислотного состава сыворотки крови не происходит. Полученные результаты свидетельствуют о том, что использование патогенетических методов лечения (пребиотиков (лактулозы) и нутрициологической коррекции пищевого рациона) в сочетании с АМБТ способствует нормализации аминокислотного состава сыворотки крови и повышению эффективности лечения.

УДК 616.24-002:616-002.9:612-017.1

А. Гуила, С. Гинда
ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Республика Молдова

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В АССОЦИАЦИИ С ТОКСОКАРОЗОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность. Гельминтами инвазировано около 2 млрд населения планеты. Подобные тенденции наблюдают и в России, где в последние годы отмечен рост заболеваемости гельминтозами: за 5 лет токсокароз вырос на 64 % (Боткина А. С., 2016; Морозова Т. В., 2015).

С недавнего времени большая часть токсокар обитает в городских популяциях собак и кошек, где инвазия у собак токсокарами достигает 100 %, не исключая таковой в сельских популяциях собак (Горохов В. В., 2011).

Негативное воздействие на здоровье человека токсокар складывается из многих факторов: вариабельности клинических проявлений, отрицательного влияния на развитие поствакцинального иммунитета, иммунопатологических реакций организма, способности мигрирующих личинок транспортировать патогенные вирусы (Державина Т. Ю., 2010).

Одной из причин неэффективного лечения туберкулеза и пополнения контингента больных с рецидивами туберкулеза могут быть сопутствующие заболевания инфекционной этиологии (Давис Н. А., 2013).

Сочетание туберкулеза легких и токсокароза является, по сути, сочетанием двух заболеваний с выраженной эндогенной интоксикацией и аллергией. Это требует назначения полифункциональных препаратов, обладающих иммунокорректирующей и дезинтоксцирующей активностью.

Цель исследования — изучить некоторые параметры интоксикационного синдрома у больных с сочетанием туберкулеза легких и токсокароза под влиянием различных схем лечения.

Материал и методы. Исследование включает 53 больных разного пола и возраста с сочетанием туберкулеза легких и токсокароза. Больных разделили на 3 группы — 22 из них получали противотуберкулезное, противопаразитарное и иммунокоррегирующее лечение, 18 — противотуберкулезное и иммунокоррегирующее лечение, 13 — только противотуберкулезное лечение. В контрольную группу вошли 100 здоровых доноров (лабораторный контроль). Всем больным проведено комплексное иммунологическое обследование, включавшее в себя следующие исследования: показатели лейкоформулы; содержание Anti-Toxocara IgG в твердофазном иммуноферментном анализе с использованием наборов фирмы NovaTec (Германия); IgE total определяли в твердофазном иммуноферментном анализе с использованием наборов фирмы UBI MAGIWEL (США). Определение содержания циркулирующих иммунных комплексов в нашей модификации, сущность которой заключается в том, что дополнительно осветляют сыворотку крови путем краткого центрифугирования, а измерение прироста мутности образца в присутствии ПЭГ с конечной концентрацией 2,5 % для определения крупных ЦИК, 4,2 % для ЦИК средних размеров и 8,0 % — для ЦИК мелких размеров проводят с использованием микропланшетного ридера EL×808 (Ultra Microplate Reader) при длине волны 450 нм, при этом длительность инкубации сокращают до 15 минут. Больные получали стандартное противотуберкулезное лечение,

противопаразитарное лечение препаратом Альбендазол и иммунокорригирующий препарат силимарин.

Обсуждение результатов. Содержание антител к токсокаре (Anti-ToxoIgG единица измерения в NTU) специфичных для обследованных групп больных (1 — 40,0±4,98; 2 — 45,1±2,78; 3 — 48,0±3,83) до начала лечения было примерно одинаковым и достоверно выше, чем у здоровых — 4,4±0,43 ($p<0,001$ во всех случаях). После лечения содержание антител к токсокаре достоверно снизилось в первой до 24,5±3,58 ($p<0,05$) и второй группе больных до 34,1±2,60 ($p<0,01$), а в третьей группе больных имело только тенденцию (45,7±4,88) к дальнейшему снижению.

Содержание IgE в UI/ml у больных всех трех групп до начала лечения было примерно одинаковым (1 — 199±29,3; 2 — 185±24,8; 3 — 207±21,0) и достоверно выше, чем у здоровых — 9,3±0,37 ($p<0,001$ во всех случаях). После лечения содержание IgE достоверно снизилось в первой до 115±20,5 ($p<0,01$) и второй группе больных до 118±19,8 ($p<0,05$), а в третьей группе больных имело только тенденцию (162±25,9) к дальнейшему снижению.

Содержание эозинофилов (в %) у больных всех трех групп до начала лечения было достоверно выше (1 — 12,6±0,35; 2 — 8,8±2,04; 3 — 7,6±0,92), чем у здоровых 1,7±0,10 — ($p<0,001$ во всех случаях). Самым высоким содержание эозинофилов было у больных первой группы. После лечения содержание эозинофилов в первой группе больных (9,4±1,97) имело тенденцию к дальнейшему снижению, у больных второй группы (8,9±1,66) не изменялось, а у больных третьей группы (12,2±2,22) имело тенденцию к повышению.

Таким образом, изученные показатели имели наиболее положительную динамику у больных первой группы, которые получали противотуберкулезное, противопаразитарное и иммунокоррегирующее лечение, несколько хуже у больных второй группы, которые получали противотуберкулезное и иммунокоррегирующее лечение, и самая плохая динамика отмечена у больных, которые получали только противотуберкулезное лечение.

Содержание лейкоцитов (10^9/л) у больных всех трех групп до начала лечения было достоверно выше (1 — 10,3±0,77; 2 — 8,8±0,57; 3 — 8,4±0,72), чем у здоровых 6,0±0,12 — ($p<0,001$ во всех случаях). Самым высоким содержание лейкоцитов было у больных первой группы. После лечения содержание лейкоцитов в первой группе больных достоверно снизилось до 8,1±0,71 ($p<0,05$), у больных второй (до 7,6±0,62) и третьей группы (до 7,8±0,61) имело только тенденцию к снижению.

Содержание сегментоядерных нейтрофилов (в %) у больных всех групп достоверно не отличалось от показателя здоровых. После лечения не отмечено достоверных изменений ни в одной из групп.

Содержание палочкоядерных нейтрофилов (в %) во всех группах до начала лечения (1 — 3,4±0,84; 2 — 3,0±0,75; 3 — 2,5±0,56) было примерно на одном уровне и достоверно выше, чем у здоровых ($p<0,01$ для всех групп). Содержание палочкоядерных нейтрофилов после лечения в первой группе достоверно снизилось до 1,4±0,44 ($p<0,05$), у больных второй группы (до 1,7±0,25) отмечена только тенденция к снижению, а у больных третьей группы (3,2±0,76), наоборот, отмечена тенденция к увеличению этого показателя. Это говорит о наличии сдвига «влево» у больных обследованных групп. Однако если у больных первой группы отмечены достоверные изменения к улучшению, то у больных третьей группы продолжается тенденция к увеличению показателей сдвига «влево». Наличие сдвига «влево» в лейкоформуле крови может говорить о наличии эндогенной интоксикации у обследованных больных. Для подтверждения этого было проанализировано содержание циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК).

Содержание ЦИК (в единицах оптической плотности) с большой молекулярной массой (PEG 2,5 %), обладающих малой токсичностью, до начала лечения было примерно одинаковым во всех группах (1 — 28,0±4,03; 2 — 21,9±1,72; 3 — 28,5±5,48) и достоверно отличное от показателей здоровых — 11,2±0,74 ($p<0,001$ для всех групп). Показатели содержания ЦИК после лечения у больных первой группы (15,4±3,13) достоверно снижались ($p<0,01$), а у больных второй (20,6±3,48) и третьей (22,3±4,91) группы имели только тенденцию к снижению.

Содержание ЦИК (в единицах оптической плотности) со средней молекулярной массой (ПЭГ 4,2 %), обладающих большей токсичностью до начала лечения во всех трех группах больных (1 — 63,9±6,07; 2 — 60,2±5,15; 3 — 63,9±6,39) было достоверно больше, чем у здоровых — 29,9±1,57 ($p<0,001$ для всех групп). Показатели содержания ЦИК после лечения у больных первой (42,9±4,28) и второй группы (46,6±4,29) достоверно снижались ($p<0,05$), а у больных третьей группы (54,6±6,60) имели только тенденцию к снижению.

Содержание ЦИК (в единицах оптической плотности) с малой молекулярной массой (ПЭГ 8,0 %) обладающих высокой токсичностью было до начала лечения во всех группах достоверно больше (1 — 539±39,8; 2 — 534±36,1; 3 — 546±47,9), чем у здоровых — 282±10,7 ($p<0,001$ во всех группах). Показатели содержания ЦИК после лече-

ния у больных первой (359±33,7) и второй группы (404±29,5) достоверно снижались (соответственно $p<0,001$ и $p<0,01$), а у больных третьей группы (462±53,2) имели только тенденцию к снижению.

Таким образом, отмечается значительное увеличение содержания ЦИК всех трех концентраций у больных всех групп, что подтверждает наличии эндогенной интоксикации у обследованных. После лечения содержания ЦИК эффективно изменялось у больных первой группы, которые получали противотуберкулезное, противопаразитарное и иммунокоррегирующее лечение, несколько хуже у больных второй группы, которые получали противотуберкулезное и иммунокоррегирующее лечение, и самая плохая динамика отмечена у больных, которые получали только противотуберкулезное лечение.

Заключение. Показатели, характеризующие состояние иммунологической реактивности и степень интоксикации (показатели лейкоформулы, содержание антител к токсокаре — AntiToxocaraIgG, содержание IgE и содержание циркулирующих иммунных комплексов) со статистической достоверностью, говорят о более эффективной динамике течения заболевания у больных первой группы, которые получали противотуберкулезное, противопаразитарное и иммунокоррегирующее лечение, несколько хуже у больных второй группы, которые получали противотуберкулезное и иммунокоррегирующее лечение, и самая плохая динамика отмечена у больных, которые получали только противотуберкулезное лечение.

УДК 614:616-036.86:616.24-002.5 (478)

Л. И. Доменте[1], А. Ф. Московчук[1], В. А. Болотникова[1], М. С. Лукьян[2]
[1]ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк»,
[2]Национальный консилиум установления ограничения возможностей и трудоспособности больных, г. Кишинев, Республика Молдова

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И ТЕНДЕНЦИИ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Введение. В условиях эпидемиологического неблагополучия по туберкулезу (ТБ), несмотря на некоторый спад напряженности, в Республике Молдова проблема первичной инвалидности вследствие ТБ заслуживает особого внимания. Ее актуальность обусловлена сложившимися социально-экономическими условиями жизни населения,

поражением туберкулезом лиц преимущественно продуктивного возраста, современной организацией противотуберкулезной помощи. Все это и многое другое обозначили первичную инвалидность как серьезную медико-социальную проблему.

Цель. Оценка динамики и структуры первичной инвалидности вследствие ТБ легких, изучение причин инвалидизации больных.

Материалы и методы. Анализ данных официальной ежегодной медицинской отчетности по клинико-экспертной работе. В исследование было включено 530 больных ТБ легких, у которых первичный выход на инвалидность зарегистрирован в 2015 г.

Результаты и обсуждение. Анализ состава контингента больных, впервые признанных инвалидами вследствие ТБ легких, показал, что мужчины составили 84,5 %, женщины — 15,5 %, лица в трудоспособном возрасте — 99,4 %, жители городов — 31,3 %, жители сельской местности — 68,7 %. Показатель первичного выхода на инвалидность по ТБ легких в 2015 г. составил 18,5 на 100 тыс. взрослого населения. Сравнение территориальных показателей выявило более высокий уровень инвалидизации среди городского населения (22,7 на 100 тыс. соответствующего населения), чем среди сельских жителей (13,2 на 100 тыс.).

В последние годы выявлена позитивная тенденция уменьшения доли впервые признанных инвалидов (ВПИ) вследствие фиброзно-кавернозного туберкулеза до 7,2 % в 2015 г. Параллельно отмечено увеличение удельного веса ВПИ при туберкулезе, сочетанном с ВИЧ-инфекцией с 2,5 % в 2011 г. до 8,11 % в 2015 г. Значительный удельный вес (54,7 %) среди ВПИ в 2015 г. составили больные с резистентными формами ТБ легких, преимущественно с МЛУ / ШЛУ-возбудителя.

Основное бремя в структуре первичной инвалидности несут больные с инфильтративным ТБ легких (83,1 %), диссеминированным ТБ (7,4 %) и фиброзно-кавернозным ТБ (7,2 %). Согласно данных Национального консилиума установления ограничения возможностей и трудоспособности больных, распределение ВПИ по группам инвалидности показало, что при первичной экспертизе больных ТБ легких у 3,6 % сохранившаяся трудоспособность (СТ) составила 45–60 %. Клинико-функциональные нарушения у этих лиц привели к ограничению способности к трудовой деятельности, самообслуживанию и передвижению средней степени выраженности (III группа инвалидности). У значительного большинства (94,7 %) больных ТБ легких сохранившаяся трудоспособность была на уровне 25–40 %. Клинико-функциональные нарушения привели к ограничению способности к трудовой

деятельности, самообслуживанию и передвижению выраженной степени (II группа инвалидности). У 1,7 % пациентов уровень СТ был ниже — 20 %. Нарушения основных функций организма были значительны и привели к значительно выраженному ограничению жизнедеятельности (I группа инвалидности).

Установлено, что наиболее значимыми медико-социальными причинами, приводящими к инвалидности, являются: позднее выявление, распространенность процесса и высокий удельный вес деструкций легочной ткани (33,2 %), МЛУ-ТБ (25,4 %) значительная коморбидность, низкая приверженность к лечению больных, нередко их социальная дезадаптация.

Заключение. Проведенный анализ позволяет подчеркнуть, что борьба с ТБ требует широкой разноплановой работы, в том числе и по проведению медико-социальной экспертизы. Это выдвигает перед фтизиопульмонологами настоятельную необходимость дальнейшего совершенствования комплексного лечения и социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом, ставших инвалидами, соблюдая этапную последовательность и индивидуальные особенности.

УДК 378.016:616-002.5:378.014.25

И. В. Еременчук, Л. Д. Тодорико
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ФТИЗИАТРИИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ В КОНТЕКСТЕ БОЛОНСКОГО ПРОЦЕССА

Для современного состояния развития высшего образования в Украине характерна модернизация и присоединение к Болонскому процессу с целью вхождения в Европейское образовательное и научное пространство.

Болонский процесс — добровольный, полисубъектный, поливариантный, открытый, постепенный и гибкий. Он основывается на ценностях Европейского образования и культуры и не нивелирует национальных особенностей образовательной системы Украины.

Современное развитие медицины требует от высших учебных заведений постоянного совершенствования педагогического процесса с учетом опыта традиционных медицинских отраслей и одновременным использованием новейших медицинских технологий для повышения

профессионального уровня выпускников высших учебных заведений и для повышения конкурентоспособности самого учебного заведения. С каждым годом количество англоязычных иностранных студентов отечественных высших учебных медицинских заведений постоянно увеличивается. Этот факт, с одной стороны, повышает авторитет наших медицинских школ в мире, а с другой, требует постоянно совершенствовать уровень преподавания дисциплин на английском языке студентам-иностранцам.

Целью подготовки специалиста на основе кредитно-модульной системы является не только формирование определенного объема знаний, практических навыков и умений, но и развитие способностей к творческой научной работе будущего специалиста, что особенно важно для адекватной ориентации в сложных случаях и формирования психологических компонентов будущего врача.

Кредитно-модульное обучение предполагает органическое сочетание активных форм учебного процесса с систематической самостоятельной работой, которая должна побуждать студента к плодотворной систематической работе и достижения на этой основе более качественного уровня знаний. На кафедре фтизиатрии и пульмонологии ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет» студенты проходят все уровни профессиональной подготовки: 1 уровень — знакомство, знание общих симптомов, синдромов туберкулеза; 2 уровень — репродуктивные теоретические знания; 3 уровень — собственно уровень профессиональных навыков и умений; 4 уровень — творческий уровень познавательной деятельности. С целью более углубленного изучения и усвоения студентами-иностранцами курса фтизиатрии преподаватели кафедры проводят большую работу в поисках новых эффективных форм и методов преподавания. Для более эффективного и качественного усвоения материала на кафедре особое внимание уделяется современным технологиям обучения: созданию мультимедийных презентаций к каждому занятию; пополнению учебного компьютерного банка наглядно иллюстрированным материалом — фотографиями и рентгенограммами больных с типичными и нетипичными вариантами течения туберкулеза легких, спирограммами, которые несут в себе познавательную и научную информацию, повышают внимание студентов, способствуют развитию клинического мышления; более частом применении компьютерных тестовых программ, которые позволяют быстро определить уровень теоретической подготовки к занятию и тем самым уменьшить время на опрос и увеличить — на формирование

практических навыков и умений. Однако для использования и демонстрации нового материала, тестов или воспроизведение ситуаций для обеспечения практических занятий необходимо увеличить количество современной аппаратуры, совершенствование специализированных компьютерных программ. Стоит отметить, что широкая замена практической деятельности тестовым контролем не способствует надлежащей подготовке врача, который после обучения оставляет Украину и в другой стране встречается с коренным образом отличающейся практикой деятельности лечебно-профилактического учреждения.

В Болонской системе самостоятельная работа играет отдельную роль и составляет 50–60 % от всего занятия. Для самостоятельной подготовки к практическим занятиям иностранные студенты обеспечиваются методическими указаниями, которые управляют самостоятельной работой студентов на этапах подготовки к занятиям, а также содержат достаточное количество тренировочных упражнений и тестов для выполнения индивидуальных профессионально-ориентированных задач во время практических занятий и при усвоении внеаудиторных тем. В методических указаниях четко подается материал к каждой теме и обеспечивается последовательная деятельность студента в условиях, максимально приближенных к практической деятельности. Здесь необходимо отметить, что для обеспечения качественного освоения фтизиатрии необходимо привлекать студентов к тщательному исследованию и анализу флюорограмм, рентгенограмм, томограмм, спирограмм, интерпретаций лабораторных данных. Студент IV курса чаще всего самостоятельно с этим справиться не может. Следовательно, нужна постоянная помощь преподавателя. Большое количество студентов в группах (12–13 человек) не позволяет полноценно работать с каждым студентом, в результате индивидуальная работа с самого начала становится проблематичной. Кроме того, решение контрольных тестовых, ситуационных задач, курация больных, устное закрепление изученного материала в комплексе не дает возможности более тщательно овладеть той или иной темой, поскольку не хватает времени.

В процессе обучения англоязычных студентов преподаватели сталкиваются также с тем, что английский язык не является родным языком для студентов-иностранцев, в одной группе учатся студенты из разных стран с разными уровнями знания английского языка и произношением слов, в т.ч. медицинских терминов. Иногда произношение и написание тяжелы для восприятия даже преподавателем, который хорошо владеет английским языком.

Итак, материал целесообразнее выкладывать меньшим количеством слов или четкой терминологии, максимально использовать демонстрационный материал (бланки лабораторных исследований, таблицы, схемы, рисунки и т.д.), графическое и схематическое изображение объективных, лабораторных и рентгенологических поражений органов дыхания.

В соответствии с требованиями Болонского процесса качество образования оценивается по возможности будущего врача применять теоретические знания в практической деятельности. Однако если с оценкой теоретических и практических навыков проблем не возникает, то оценить умение работать с больным, поставить и обосновать диагноз, составить схему обследования, провести дифференциальную диагностику, назначить адекватное лечение становится невозможным из-за наличия «языкового барьера» у иностранного студента и незнания английского языка больными.

В настоящее время получили самое широкое распространение разнообразные источники информации. Книга имеет для обучения и для студента первостепенное значение. Умение работать с печатным текстом, знание и понимание различных способов оформления научной мысли всегда помогут и в успешном учении, и в дальнейшей профессиональной жизни. Используемые в процессе обучения источники печатной информации имеют свои особенности.

На кафедре издана англоязычная монография (Todoriko L. Topical issues of current phthisiology / L. Todoriko, V. Shapovalov, I. Semianiv; by general editionship of Professor L. Todoriko. — Lambert Academic Publishing. — 2015. — 353 p.), которая знакомит студентов с результатами научных изысканий авторов. Для студенческой работы эта книга может послужить полным источником информации по изучаемой проблеме и библиографическим данным.

Изданные учебники содержат нормативные, стандартизированные, общеобязательные учебные материалы по данной дисциплине. Сведения, содержащиеся в них, дают представление об основных понятиях фтизиатрии, что способствует тщательной подготовке студентов к занятию: национальный учебник — Phthisiology : textbook / V. I. Petrenko, O. K. Asmolov, M. G. Boyko et al.; edited by V. I. Petrenko. — K. : AUS Medicine Publishing, 2015. — 416 p.; Phthisiatry: tuberculosis diagnostics update: a teaching manual of English for foreign students / L. Todoriko, V. Shapovalov, I. Semianiv: edited by prof. L. Todoriko. — Chernivtsi: Meduniversity, 2016. — 138 c.; Phthisiatry: treatment of

tuberculosis update: a teaching manual of English for foreign students / L. Todoriko, V. Shapovalov, I. Semianiv: edited by prof. L. Todoriko. — Chernivtsi: Meduniversity, 2016. — 138 c.

На кафедре фтизиатрии и пульмонологии БГМУ разработана карта для самостоятельной работы с пациентом: «Chart scheme of an in s patient suffering from tuberculosis of respiratory system organs with the recommendations concerning the management of a patient & drawing up his case history», которая обращает внимание на основные моменты и пути преодоления трудностей в работе с больным, заполняется студентом под контролем преподавателя и играет большую роль в соблюдении студентом инфекционного контроля. Карта предусматривает заполнение студентом-иностранцем на английском языке основных жалоб, данных анамнеза, объективного обследования, составление схемы дообследования больного, обоснование предварительного диагноза, составление плана и проведение дифференциальной диагностики, конечного клинического диагноза, лечения больного и профилактики заболевания, содержит комментарии и советы по написанию каждого раздела.

Таким образом, опыт работы преподавания фтизиатрии студентам на английском языке в контексте Болонской системы образования показывает, что клинические дисциплины, каковой и является фтизиатрия, сложны для усвоения и требуют соблюдения активных методов обучения, улучшения информационно-методического обеспечения учебного процесса, оптимизации самостоятельной работы, пересмотра системы оценивания знаний и умений студентов; уменьшения количественного состава академических групп до 5–6 студентов, как того и требуют стандарты ECT, что будет способствовать улучшению качественного усвоения теоретических знаний, а главное, практических умений по фтизиатрии.

УДК 616.24-002.5-084

А. Ш. Искакова, Г. Б. Нашенова, Р. А. Агзамова, А. А. Бугаков
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Цель. Изучение методов выявления и клиническая структура туберкулеза органов дыхания.

Материалы и методы. Проведен анализ 326 историй болезни больных туберкулезом органов дыхания, находившихся на лечении в ПТД г. Астана.

Результаты и обсуждение. Основным методом выявления туберкулеза органов дыхания у взрослого населения остается флюорографический метод. Так, из общего числа анализируемых больных 71,4 % были выявлены при профилактическом флюорографическом осмотре. При обращении в лечебно-профилактические учреждения города с подозрительными на туберкулез клиническими симптомами были выявлены 27,5 %, что, возможно, является следствием недостаточной информированности населения о ранних признаках заболевания.

По клиническим формам подавляющее количество составляли больные с инфильтративным туберкулезом легких — 76,5 %, в 10,1 % — очаговым туберкулезом легких, 5,5 % — диссеминированным туберкулезом легких. Удельный вес туберкулемы, фиброзно-кавернозного туберкулеза и цирротического туберкулеза легких составил по 0,09 %. Туберкулезный плеврит был установлен в 4,3 %, туберкулез бронхов — в 0,6 % и милиарный туберкулез — в 0,3 % случаев.

Выводы. Флюорографическим методом были выявлены 71,4 % больных туберкулезом, что свидетельствует о высокой эффективности этого метода. Часто встречающейся клинической формой является инфильтративный туберкулез легких.

◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈

УДК 616.24-002.5-084

С. И. Корчагов, Я. Е. Рыбак
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ТУБЕРКУЛЁЗ РЯДОМ

Туберкулез является не только и не столько медицинской проблемой, сколько социальной. Особенностью данной болезни является длительное, незаметное для самого больного течение. Многие боятся туберкулеза, но мало кто понимает, чего конкретно он боится. Многие боятся больных туберкулезом, но мало кто знает, чего нужно боятся. И единицы реально понимают, что нужно делать, чтобы не заболеть туберкулезом.

Целью работы было показать особенности возбудителя туберкулеза, условия инфицирования и способы раннего выявления.

Материалы и методы. Был снят и смонтирован короткометражный видеофильм, наглядно демонстрирующий особенности такого распространенного и малоизвестного заболевания, как туберкулез. При создании данного фильма были использованы Интернет-источники и собственный отснятый материал.

Результаты. Полученный видеоролик содержит информацию, необходимую для понимания особенностей течения и передачи возбудителя туберкулеза в городской среде. Созданный фильм рассчитан не только на медицинских работников, но и на обычного зрителя. В нашей короткометражке в доступной форме и на очевидных примерах раскрываются основные причины распространения туберкулеза, показываются главные заблуждения, касающиеся этого заболевания, и демонстрируются правила, позволяющие вовремя выявить и вылечить туберкулез.

Выводы. Создание короткометражных научно-популярных видеофильмов является наиболее удобной формой представления информации, рассчитанной на широкий круг людей, как медицинских, так и не медицинских специальностей. Использование данного видеофильма в учебном процессе позволит усилить наглядность изучения материала, в том числе, благодаря визуализации наиболее сложных аспектов данной темы. Демонстрация обучающего видеофильма усилит эмоциональную окраску восприятия, что также будет способствовать успешному освоению студентами дисциплины.

УДК 616.24-002.5-089

А. Ю. Кручиненко, С. В. Полянский, Г. В. Марченко, Л. А. Сокол, В. В. Таволжанская
ГБУЗ «Клинический противотуберкулезный диспансер», г. Краснодар, Россия

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Коллапсотерапевтические методы, такие как пневмоперитонеум, искусственный пневмоторакс считались эффективными в лечении ограниченных деструктивных форм туберкулеза легких. Неэффективный искусственный пневмоторакс у больных туберкулезом легких может приводить к экссудативным плевритам, развитию ригидного легкого, гемоторакса и эмпиемы плевры. Искусственный пневмопе-

ритонеум прост в исполнении, но его применение ограничено при заболеваниях брюшной полости и сердечно-сосудистой системы. В связи с изменениями в современных условиях течения инфекционного процесса, возникла необходимость разработки новых методов немедикаментозного лечения полостей распада и сформированных каверн у больных туберкулезом легких.

В нашей клинике в период 2011–2016 гг. при лечении осложненного туберкулеза легких применяется использование эндобронхиального клапана (клапанная бронхоблокация). Принципом работы данной методики является создание искусственного коллапса участка легкого с сохранением дренажной функции блокированного клапаном бронха. Метод основан на использовании оригинального эндобронхиального клапана в соответствие с авторским патентом (изобретение № 2244517 от 20.01.2005 и № 58898 от 10.12.2006, регистрационное удостоверение № 01032006/5025-06 от 21.12.2006).

Цель исследования — обобщить и определить эффективность бронхоблокации при осложненных деструктивных формах туберкулеза легких.

Материалы и методы. Исследованы результаты лечения 158 пациентов с 2011–2016 гг. (мужчин 98 (62 %) и женщин 60 (38 %)) с туберкулезом легких в фазе распада. Возраст больных до 30 лет — 24 человек (15 %), от 30 до 40 лет — 33 пациента (21 %), от 40 до 50 лет — 55 пациентов (54 %), от 50 до 70 лет — 16 пациентов (10 %). У 54 % больных процесс был односторонним, у 46 % двухсторонним. У 139 пациентов (88 %) была множественная лекарственная устойчивость, у 20 пациентов (12 %) без множественной лекарственной устойчивости. Все больные получали химиотерапию согласно лекарственной устойчивости возбудителя и индивидуальной переносимости. Длительность окклюзии у терапевтических больных в среднем составляла 286 дней, от 153 до 435 дней. Эффективность лечения оценивали через 6–9 мес.

Клапанный бронхоблокатор был применен нами для лечения послеоперационных остаточных плевральных полостей у 23 пациентов. При этом средний срок окклюзии составлял 25 дней (от 14 до 53 суток).

Результаты. Положительную клинико-рентгенологическую динамику наблюдали у 144 пациентов с деструктивным процессом легкого. Закрытие остаточных плевральных полостей после хирургического лечения наблюдалось у 19 больных, что составило 83 %. Осложнения при клапанной бронхоблокации наблюдали у 14 пациентов, что проявлялось в разрастании грануляций и стенозировании бронхов.

У 4 пациентов возникло заращение бронха после удаления бронхоблокатора.

Заключение. Применение методики клапанной бронхоблокации позволяет отходить из очага поражения воздуху и мокроте без обратного поступления, достигается состояние лечебной гиповентиляции, способствуя повышению эффекта специфической антибактериальной терапии.

В хирургической практике установка бронхоблокатора после операции сопряженных с плеврэктомией и декортикации легкого позволяет надежно прервать бронхо-плевральное сообщение, что в свою очередь исключает развитие эмпиемы плевры в послеоперационном периоде. После удаления бронхоблокатора отмечается восстановление воздушности легочной ткани при отсутствии остаточных полостей.

УДК 655.4/.5(072)

Н. В. Кузьмина, Н. В. Нелидова
БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет», г. Сургут, Россия

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, ПОЛУЧИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ОТДЕЛЕНИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА СУРГУТСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО ДИСПАНСЕРА

В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 932н от 15 ноября 2012 г. в КУ ХМАО – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» в январе 2014 года впервые на территории ХМАО – Югры было открыто отделение для длительного наблюдения больных с хроническими формами туберкулеза на 50 коек, созданное для оказания круглосуточной специализированной медицинской помощи больным с хроническими формами туберкулеза, в отношении которых не требуется активных медицинских мероприятий, но нуждающихся в постоянном медицинском наблюдении.

Функциями отделения длительного наблюдения больных с хроническими формами туберкулеза являются:

- диагностика и лечение больных с хроническими формами туберкулеза;

- контролируемое лечение больных туберкулезом, находящихся в трудной жизненной ситуации;
- медико-социальная помощь больным туберкулезом;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и направление больных на медико-социальную экспертизу;
- взаимодействие с органами социальной защиты населения по вопросам социальной, правовой, психологической реабилитации лиц, находящихся на лечении в отделении;
- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Медицинская помощь в отделении наблюдения больных с хроническими формами туберкулеза оказывается:

- больным хроническим туберкулезом II Б группы диспансерного учета, в том числе с наличием осложнений туберкулеза или сопутствующей патологии;
- больным активным туберкулезом без определенного места жительства (до клинического излечения);
- больным туберкулезом в терминальном состоянии, нуждающимся в постоянном медицинском уходе.

Материалы и методы. Для характеристики контингента больных, получавших лечение в отделении для больных с хроническими формами туберкулеза Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера, был проведен анализ годовых отчетов этого отделения за время его функционирования (2014 и 2015 гг.).

Результаты. Общее число госпитализированных в отделение для больных с хроническими формами туберкулеза пациентов за 2014 год составило 154 человека, за 2015 год — 200 человек. Среди них преобладали мужчины — 86,4 % (133 пациента) в 2014 году и 83,5 % (167 пациентов) в 2015 году, процент женщин был 13,6 %, и 16,5 % соответственно. Возраст пациентов варьировал от 21 года до 76 лет, при этом средний возраст составил в 2014 году — 39 лет, в 2015 году — 40 лет. Инвалидность по туберкулезу имели 35,7 %, 55 больных, госпитализированных в 2014 году, и 50,5 %, 101 больной, госпитализированный в 2015 году. Из общего числа госпитализированных пациентов в 2014 году жителями города Сургута являлись 40,25 % (62 человека), жителями других населенных пунктов ХМАО – Югры — 59,75 % (92 человека), в 2015 году жители города Сургута составили 41 % (82 человека), жители других населенных пунктов ХМАО – Югры — 59 % (118

человек). Ранее находились в местах лишении свободы 56,4 % (87 больных), госпитализированных в 2014 году, и 57,5 % (115 больных), госпитализированных в 2015 году. Среднее количество койко-дней в 2014 году было 217, в 2015 году — 97.

Структура диагнозов пациентов, госпитализированных в 2014 году, представлена на рисунке 1, структура диагнозов пациентов, госпитализированных в 2015 году, представлена на рисунке 2. Как видно из диаграмм, в структуре диагнозов преобладали диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулез, которые характеризуются большим объемом поражения легочной ткани, ее грубыми изменениями и плохо поддаются противотуберкулезной терапии.

Полости распада при поступлении имели 86,4 % (133 человек), госпитализированных в 2014 году и 93,5 % (187 человек), госпитализированных в 2015 году, бактериовыделителями являлись 86,4 % (130 человек) и 88,0 % (176 человек) соответственно.

По группам диспансерного учета среди госпитализированных в 2014 году были следующие соотношения:

- 1 А ГДУ (вновь выявленные пациенты) — 15,6 % (24 человека);
- 1 Б ГДУ (пациенты с рецидивом туберкулеза) — 5,8 % (9 человек);
- 2 А ГДУ (пациенты с хроническими формами туберкулеза, имеющие перспективы на излечение) — 51,3 % (79 человек);
- 2 Б ГДУ (бесперспективные пациенты с хроническими формами туберкулеза) — 27,3 % (42 человек).

По группам диспансерного учета среди госпитализированных в 2015 году соотношения составили:

- 1 А ГДУ (вновь выявленные пациенты) — 14 % (28 человек);
- 1 Б ГДУ (пациенты с рецидивом туберкулеза) — 4,5 % (9 человек);
- 2 А ГДУ (пациенты с хроническими формами туберкулеза, имеющие перспективы на излечение) — 63 % (126 человек);
- 2 Б ГДУ (бесперспективные пациенты с хроническими формами туберкулеза) — 18,5 % (37 человек).

Количество ВИЧ-инфицированных пациентов в 2014 году составило 37,66 % (58 человек), в 2015 году — 43 % (86 человек). Наличие ВИЧ-инфекции у пациентов, больных туберкулезом является крайне неблагоприятным прогностическим фактором. При этом из числа ВИЧ-инфицированных противовирусную терапию (АРВТ) в 2014 году

принимало лишь 17,2 % (10 человек), в 2015 году — 23,3 % (20 человек). Большая часть этих пациентов АРВТ не получала по причине добровольного отказа от приема противовирусной терапии, вследствие чего уровень иммунных клеток у них постепенно снижался, что еще более усугубляло течение туберкулеза.

Огромное значение в деле успешности лечения туберкулеза имеет сохранение лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам. Наличие у пациента множественной или широкой лекарственной устойчивости является крайне неблагоприятным фактором в лечении туберкулеза легких, поскольку при наличии данных видов устойчивости снижается эффективность лечения, возрастает количество принимаемых препаратов, увеличиваются сроки лечения, а следовательно многократно возрастают финансовые затраты на лечение данной категории пациентов. Множественная лекарственная устойчивость в 2014 году и 2015 году выявлена у одинакового количества больных (48,05 %), более трети пациентов имели широкую лекарственную устойчивость, причем отмечена тенденция к росту этого показателя (в 2014 г. — у 29,2 % больных, в 2015 г. — у 44 % больных).

Заключение. Основной контингент пациентов, получивших лечение в отделении для больных с хроническими формами туберкулеза Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера за время его функционирования, — это мужчины, около 40 лет, ранее находившиеся в местах лишения свободы. Более половины госпитализированных пациентов в 2014 и 2015 гг. не являлись жителями города Сургута, а поступали из других населенных пунктов ХМАО. Среди пациентов этого отделения более трети — ВИЧ-инфицированные (в 2014 г. — 37,66 %, в 2015 г. — 43 %), что является неблагоприятным прогностическим фактором для лечения туберкулеза. В структуре диагнозов ведущее место занимали диссеминированный туберкулез легких и фиброзно-кавернозный туберкулез (в 2014 г. — 86,4 %, в 2015 г. — 91 %).Среди больных хроническими формами туберкулеза легких чрезвычайно высок уровень множественной и широкой лекарственной устойчивости (МЛУ и ШЛУ), что является следствием прерываний курсов терапии и низкой приверженности пациентов данной категории к адекватному и своевременному лечению, а так же является прогностически неблагоприятным фактором при лечении туберкулеза.

УДК 655.4/.5(072)

Н. В. Кузьмина[1], Н. В. Нелидова[1], Ж. Д. Шейшеева[2], Н. В. Герасимова[2]
[1]БУ ВО ХМАО – Югры «Сургутский государственный университет»,
[2]КУ ХМАО – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Сургут, Россия

ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ХРОНИЧЕСКИМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНОГО РЕГИОНА

Одной из главных причин роста туберкулёза во всём мире является эпидемия ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ до половины людей, живущих с ВИЧ и СПИД во всём мире, заболевают туберкулёзом.

Целью работы явилось изучение особенностей течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в сочетании с вирусным гепатитом С в условиях северного региона.

Материалы и методы. С целью изучения течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных больных в сочетании с вирусным гепатитом С в условиях северного региона проведен анализ данных, полученных из годовых отчетов Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера и 177 историй болезни пациентов, имеющих активный туберкулез, ассоциированный с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С, проходивших лечение в отделении для больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ в 2016 году.

Результаты. В соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 932н от 15 ноября 2012 г. [1] в КУ ХМАО – Югры «Сургутский клинический противотуберкулезный диспансер» в январе 2014 года впервые на территории ХМАО – Югры было открыто отделение для больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ на 60 коек. Всего за 2016 год в данном отделении пролечено 212 больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией, 177 из них имели хронический вирусный гепатит С (83,5 %). Среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С превалировала возрастная группа от 31 до 40 лет — 112 человек из 177 (63,3 %), средний возраст составил 34,7±1,2 года. Преобладали мужчины — 152 человека (85,9 %). Лиц без определенного места жительства было 5,6 % (10 человек). 1 больной являлся пред-

ставителем коренных малочисленных народов Севера (ханты). В местах лишения свободы ранее пребывали 98 больных с сочетанной патологией (55,3 %), не имели постоянной работы 149 человек (84,2 %), инвалидами по туберкулезу являлись 3 человека (1,7 %), не состояли в браке 108 человек (61 %). 89,3 % больных (158 человек) указывали на употребление наркотических веществ, 57 % (101 человек) принимали алкоголь. Впервые диагноз туберкулеза установлен у 120 человек (67,8 %). При анализе распределения по клиническим формам туберкулеза легких установлено, что чаще всего среди этой группы больных встречался диссеминированный туберкулез — у 62,7 % пациентов (111 человек), инфильтративный туберкулез выявлен у 22 % (39 человек), очаговый туберкулез имели 7 человек (4 %), фиброзно-кавернозный туберкулез — 3 человека (2 %), по одному больному — туберкулезный спондилит, туберкулезный менингит. Анализ внелегочных поражений показал, что туберкулез легких у больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С чаще всего осложнялся экссудативным плевритом — у 13 человек (6,8 %). У 4 больных (2,25 %) выявлен туберкулезный менингит, 5 больных (2,8 %) — туберкулез периферических лимфатических узлов. По 1 больному (0,6 %) имели туберкулез почек, туберкулезный перикардит, туберкулезный спондилит. Генерализацию туберкулеза с поражением кроме легких нескольких органов или систем имели 8 человек (4,5 %).

Среди сопутствующих заболеваний у больных активным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С выявлены следующие нозологии: хронический вирусный гепатит В (9,6 %, 17 человек), миопия (16,3 %, 29 человек), наркотическая и алкогольная зависимости (70 %, 124 человека), 22 человека (12,4 %) имели хронический описторхоз.

Анализ жалоб, предъявляемых больными при поступлении в стационар, показал, что ведущим легочным симптомом у большинства больных был кашель — у 112 человек (63,2 %), у половины их них (56 человек, 31,6 %) с выделением мокроты. Одышка выявлена у 84 пациентов (47,5 %). У основной массы больных туберкулезом с сочетанной патологией отмечалась общая слабость (124 человек, 70 %), повышение температуры тела отмечено у 86 человек (48,5 %), потливость у 45 человек (25,4 %).

Объективное обследование выявило, что более чем у половины больных состояние при поступлении оценено как средней степени

тяжести (101 человека, 57,6 %), у 45 человек (25,4 %) — удовлетворительное, у 31 человека (17,5 %) — тяжелое.

При исследовании общего анализа крови получены следующие данные. Среди показателей красной крови при поступлении снижение гемоглобина выявлено у 159 больных, 89,8 %, эритроцитов — у 148 больных, 83,6 %. Лейкоцитоз отмечался у 47 (26,6 %) больных, лейкопения — у 41 больного, 23,2 %, лимфопения — у 57 больных (32,2 %), повышение процентного содержания палочкоядерных нейтрофилов — у 38 больных, 21,5 %. Практически у всех больных при поступлении была повышена скорость оседания эритроцитов (172 человека, 97,1 %). Биохимическое исследование крови выявило повышение уровня АСТ при поступлении у 89 пациентов (50,2 %) и АЛТ у 102 человек (57,6 %), что отражает активность хронического вирусного гепатита С с одной стороны, с другой стороны может быть следствием злоупотребления алкоголем.

Микобактерии туберкулеза в мокроте обнаружены у 107 больных (60,5 %). В ходе обследования у 46 пациентов (26 %) выявлена впервые лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам, из них множественную лекарственную устойчивость имел 21 человек (11,7 % больных с сочетанной патологией и 19,6 % бактериовыделителей) и 1 больной имел широкую лекарственную устойчивость (0,05 % и 2,2 % соответственно). У 74 человек (41,8 %) отмечен распад ткани легкого.

На момент проведения исследования все больные находились в стадии вторичных заболеваний (4б,4в) (Российская клиническая классификация 2006 года). У 61 человека (34,5 %) оказались доступными данные исследования уровня CD4-лимфоцитов, из них только у 9 человек (14 %) наблюдалось нормальное значение этого показателя, понижение — у 53 больных (86,9 %), причем у 46 человек (75,4 %) отмечено снижение его ниже 0,2×10/9 л. Высокоактивная антиретровирусная терапия проводилась у 88 человек (49,7 %), 31 больному (17,5 %) она была не показана по тяжести состояния, остальные пациенты отказались от приема препаратов.

При анализе эффективности лечения по показателю прекращения бактериовыделения выявлено, что среди больных туберкулезом с ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С, выделявших микобактерии туберкулеза при поступлении, у более чем половины больных достигнуто абациллирование (58,9 %, 63 человека из 107). При этом, через 1 месяц химиотерапии прекращение бактериовыделения

достигнуто у 38 пациентов (35,5 %), через 2 месяца — у 16 больных (15 %), через 3 месяца — у 5 больных (4,7 %),через 6 месяцев — еще у 4 больных (3,7 %).

Изучение эффективности терапии по динамике репаративных процессов в легких у 74 больных, имевших при поступлении деструктивные изменения, показало, что закрытие полостей распада наступило у 8 человек, что составило 10,8 %. В течение первых трех месяцев лечения полости распада закрылись у 2 больных (2,7 %), с 3 по 6 месяц лечения — еще у 5 больных (6,7 %), у одного пациента (1,6 %) — более чем через 6 месяцев от начала химиотерапии.

Летальный исход зарегистрирован у 27 человек. Основной причиной смерти у всех умерших стала ВИЧ-инфекция с проявлениями микобактериальной инфекции.

Причинами неэффективности лечения являлись наличие сопутствующих иммуносупрессивных заболеваний, распространенные деструктивные изменения в легких, низкая приверженность к терапии, самовольное прерывание лечения на фоне пагубного употребления алкоголя, наркотических веществ.

Заключение. Среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией и вирусным гепатитом С превалировали мужчины молодого возраста. Значительная часть больных имела черты социальной дезадаптации. У $^{2}/_{3}$ больных туберкулёз был выявлен впервые. Преобладали распространенные процессы (диссеминированный и инфильтративный туберкулез легких).

Среди сопутствующих заболеваний у больных активным туберкулезом с ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом С превалировала наркотическая и алкогольная зависимости.

Среди жалоб наиболее значимыми являлись кашель, одышка, общая слабость, лихорадка. Практически четверть больных находились в тяжелом состоянии. У большинства больных встречалась анемия и ускорение СОЭ, у половины — лимфопения и повышение трансаминаз печени, у четверти — лейкоцитоз и лейкопения.

Бактериовыделение выявлено более чем у половины больных, четверть пациентов имели лекарственную устойчивость МБТ, при этом 19,6 % имели множественную и 2,2 % — широкую лекарственную резистентность. Распад ткани легкого имели почти половина больных. У всех больных выставлена ВИЧ-инфекция в стадии вторичных заболеваний. Практически все больные имели снижение уровня CD4-лим-

фоцитов, причем у $^{2}/_{3}$ пациентов он был ниже 0,2×10/9 л. Лишь половине больных проводилась антиретровирусная терапия, остальные пациенты отказались от приема препаратов.

Более чем у половины больных достигнуто абациллирование (58,9 %, 63 человека из 107). Рубцевание отмечено лишь у $^{1}/_{10}$ больных. Летальный исход зарегистрирован у четверти больных. Основной причиной смерти у всех умерших стала ВИЧ-инфекция с проявлениями микобактериальной инфекции.

Причинами неэффективности лечения явились наличие сопутствующих иммуносупрессивных заболеваний, распространенные деструктивные изменения в легких, низкая приверженность к терапии, самовольное прерывание лечения на фоне пагубного употребления алкоголя, наркотических веществ.

◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈

УДК 616.24-002.5-085

Ю. И. Лебедев, С. Н. Новикова, Н. В. Рублева, И. Ю. Лебедев
ФГБОУ ВО Курский ГМУ Минздрава России, г. Курск, Россия

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННЫМИ ФОРМАМИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С ВЫСОКОЙ И НИЗКОЙ ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ

Актуальность. Актуальной и трудно разрешимой проблемой химиотерапии туберкулеза в наши дни является низкая приверженность лечению больных, важной составляющей которой являются личностные особенности пациентов.

Цель: оценить личностные особенности пациентов с высокой и низкой приверженностью лечению.

Материал и методы. Рандомизированным способом отобрано 130 больных (98 мужчин и 32 женщин) трудоспособного возраста (от 20 до 45 лет) из числа лиц, поступивших в стационар с ограниченными формами впервые выявленного туберкулеза легких. После получения информированного согласия все пациенты были обследованы с использованием клинических, рентгенологических и лабораторных методов, включая оценку приверженности лечению оригинальным способом (положительное решение по заявке на изобретение). Больные с высокой и низкой приверженностью лечению обследованы по методике СМИЛ в модификации В. Н. Собчек.

Полученные результаты. В ходе проведенного исследования установлено, что преобладающей формой туберкулеза среди обследованных пациентов был инфильтративный (69 чел, 53 %); реже ограниченный диссеминированный (42 чел, 32,3 %), очаговый (10 чел, 7,6 %) и туберкулема легких (9 чел, 6,9 %). Фаза распада установлена у 70 (53,8 %), бактериовыделение — у 77 (59,2 %), лекарственная устойчивость — у 15 (12,3 %) больных. У 23 пациентов (17,7 %) 1-й группы обнаружена высокая приверженность лечению (9–10 стенов); у 29 чел. (23,3 %) 2-й группы — низкая (1–2 стена). Обращает на себя внимание более высокий удельный вес фазы распада и бактериовыделения во 2-й группе пациентов, хотя разница статистически мало достоверна.

Проанализированы ведущие шкалы СМИЛ у пациентов обеих групп с учетом максимального числа Т-баллов в каждом профиле. У 52 пациентов 2-й группы, чаще, чем у больных 1-й группы, встречались высокие показатели по 4-й шкале. Разница между исследуемыми группами по этому показателю была достоверна ($p<0,05$) и позволяет предположить, что у больных с низкой приверженностью лечению возникают трудности с социальной адаптацией. Отмечен также высокий показатель по 6-й шкале — «ригидность», указывающий на стеничность установок, стремление к опоре на собственный опыт и практичность. Таких больных раздражала неопределенность, отмечались гнев и враждебный настрой на здоровье. У них же отмечались повышенные показатели по 9-й шкале, определяющие акцентуацию по гипертимному и экзальтированному типу.

При сравнении по шкалам СМИЛ «слабого» регистра отмечены высокие показатели по 2-й шкале («пессимистичность») особенно у лиц, злоупотребляющих алкоголем. У них же зафиксирована высокая психологическая уязвимость и повышенный суицидальный риск.

Заключение. Впервые выявленные больные с ограниченными формами туберкулеза легких в 22,3 % демонстрируют низкую приверженность лечению и высокие показатели по 4-й, 6-й и 9-й шкалам СМИЛ, что целесообразно рассматривать в качестве дополнительных маркеров риска низкой приверженности противотуберкулезной терапии. Пациентам с высокими показателями по 2-й и 9-й шкалам нужна регулярная психологическая поддержка, чтобы снизить пессимистичность, а также предупредить или ослабить развитие депрессии.

УДК[612.017. + 616.-002.5.]

А. И. Лощакова, Н. А. Браженко, О. Н. Браженко
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В КЛИНИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Введение. Нарушения ВНС у больных туберкулезом проявляется астено-вегетативным синдромом с различными жалобами и объективными признаками. Знание клинической структуры дисфункции ВНС имеет важное значение в оценке течения, лечения и исхода заболевания.

Методы и материалы. Оценка состояния ВНС проведена у 65 больных активным туберкулезом (диссеминированный туберкулез легких — 39, инфильтративный — 26) по результатам жалоб больных и изучение данных анкеты-опросника Вейна-Соловьевой. Острое и подострое начало заболевания констатировано у 22 больных (33,9 %), инаперцептное — у 43 (66,1 %). Туберкулезный процесс в легких у 32 больных был в фазе инфильтрации и у 33 — в фазе распада. Дисфункция ВНС проявилась общей слабостью, снижением работоспособности, головокружением, головной болью, плохим сном, сниженным аппетитом, метеоризмом, гипергидрозом, гипосаливацией, сердцебиением, перебоями в работе сердца, зябкостью рук и плохой переносимостью тепла. Среди задаваемых вопросов в анкете были следующие: изменяется ли окраска пальцев кистей и стоп; бывают головокружения, головные боли, нарушение сна; отмечается ли снижение работоспособности и т.д. При суммарном выявлении 15 баллов и более у больных констатировалось дисфункция деятельности ВНС.

Результаты и обсуждение. Одновременное предъявление 3 и более жалоб, чаще наблюдаемое у больных диссеминированным туберкулезом легких, было выявлено у 14 больных (21,5 %). По характеру изменений выявленные нарушения деятельности ВНС относились к психовегетативному синдрому, связанному с нарушением работы надсегментарного регуляторного аппарата ВНС лимбико-ретикулярного комплекса головного мозга (таламус, гипоталамус, миндалина, гипокамп, ретикулярная формация ствола мозга). Функциональное состояние ВНС в «зоне нормы» (до 15 баллов) по данным анкеты определено у 23 больных (29,5 %) туберкулезом легких, а дисфункция ВНС — у 42 (64,6 %). Среди больных с дисфункцией ВНС у 27 человек был ди-

агностирован диссеминированный (69,2 %) и у 15 (57,7 %) — инфильтративный туберкулез. Нарушение деятельности ВНС по данным объективных клинических исследований выявлено у большего числа больных. При этом у них определялись исхудание, бледность кожных покровов, усиленный блеск или тусклость склер глаз, расширение или сужение зрачков, повышенное отложение жира в подкожной клетчатке, изменение дермографизма, дыхания и пульса. Симпатикотонический эффект со стороны органов дыхания проявился учащенным дыханием в 61,5 %, а со стороны сердечно-сосудистой системы — тахикардией в 60,0 %. Белый дермографизм, характерный для преобладания симпатических влияний, выявлен у 58,5 % больных. Преобладание симпатической иннервации у больных проявилось также уменьшением абсолютного количества лимфоцитов (56,9 %) и ускорением СОЭ (60,0 %). Поскольку при туберкулезе имеется различная выраженность интоксикационного синдрома, то и степень антигенного раздражения ВНС у них различная. В связи с этим у больных имеет место дисфункции ВНС на фоне скрытой туберкулезной интоксикации. Применение инструментальных, функциональных и лабораторных исследований в таких случаях не только улучшит диагностику дисфункции ВНС, но определит патогенетические механизмы ее развития.

Выводы. Приведенные данные свидетельствуют о том, что анализ результатов субъективных и объективных исследований направлен на своевременную диагностику нарушений функционального состояния ВНС. С его состоянием тесным образом связаны резервные возможности организма, его вегетативное обеспечение. Явная дисфункция ВНС у больных выявляется субъективными и объективными методами исследований. Для диагностики скрытых ее проявлений необходимы специальные исследования.

УДК[612.017. + 616.-002.5.]

А. И. Лощакова, О. Н. Браженко, Н. А. Браженко
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, г. Санкт-Петербург, Россия

ДИСФУНКЦИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ ПО ДАННЫМ КОЖНО-ТЕМПЕРАТУРНОЙ ТОПОГРАФИИ

Введение. Дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС) при туберкулезе зависит от выраженности интоксикации и бывает явной или скрытой. Первая выявляется по жалобам, а вторая — специальны-

ми исследованиями. Обе они имеют отношение к течению заболевания, лечению и исходу туберкулеза.

Методы и материалы. Оценка функционального состояния ВНС у 65 больных активным туберкулезом в возрасте от 20 до 60 лет при поступлении на лечение проводилась по методике Ю. Ю. Вайчулис и Я. П. Юшенайте (1970). Среди обследованных больных туберкулезом мужчин было 36, женщин — 29. У 39 человек был диагностирован диссеминированный туберкулез легких и у 26 — инфильтративный. Фаза инфильтрации определена у 32 больных и распада в легочной ткани — у 33. Острое и подострое начало заболевания констатировано у 22 больных (33,9 %), инаперцептное — у 43 (66,1 %). У больных электронным термометром «ТЦ-1» с точечным датчиком измерялась температура кожи в 3 точках на шее, на ладонях у основания 2-го пальца и на подошвах у основания 1-го пальца. Результат оценивался по двум индексам. Индекс 1-й (индекс Мх – Мп) — это разница температур на шеи и подошве и 2-й (индекс Мх– Мл) — на шеи и ладоне. В зависимости от состояния сосудов кожи, регулируемых симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС, выделено 5 типов КТТ. При уравновешенности обоих отделов ВНС 1-й индекс у мужчин колебался от 4,7 до 9,7 С ° и у женщин — от 4,3 до 7,7 С °, а 2-й — от 3,5 до 7,5 С ° и от 4,3 до 6,0 С ° (соответственно). Такие колебания определили тип средней температуры. Выход температуры кожи за пределы этих границ отражал дисфункцию ВНС. Она проявилась 4 типами кожно-температурной топографии (КТТ): гипертермическим, гипотермическим, переходным и диссоциированным.

Результаты и обсуждение. При оценке тонуса периферических сосудов кожи тип средней температуры определен у 14 больных (21,5 %), а у остальных 51 (78,5 %) — дисфунция ВНС. Она проявилась гипертермическими, гипотермическими, переходными и диссоциированными типами КТТ. Гипертермический, определенный у 19 больных (29,2 %), диагностировался в случаях, когда оба индекса были меньше индексов типа средней температуры. Он отражал преобладание активности парасимпатического отдела нервной системы. Гипотермический тип КТТ был выявлен также у 19 больных (29,2 %) и характеризовался превышением обоих индексов в сравнении с «зоной нормы». Он отражал преобладание активности симпатического отдела ВНС. Переходный тип КТТ, определенный у 9 человек (13,9 %), характеризовался 1-м индексом в «зоне нормы», а 2-м — выше или ниже средних показателей. Это определяло вегетососудистую дистонию и дисфункцию

обоих отделов ВНС. Диссоциированный тип КТТ, определенный у 4 больных (6,2 %), определялся тогда, когда 1-й индекс был выше, а 2-й — ниже индексов средней температуры. При сравнении частоты типов средней температуры с частотой патологических типов КТТ у больных туберкулезом легких выявлено высокое статистически значимое достоверное различие ($t = 4,60$; $p < 0,001$), достоверно свидетельствующее о выраженном нарушении ВТ у больных туберкулезом при поступлении на лечение. При этом частота умеренного нарушения ВТ (гипертермический, гипотермический типы — 58,4 %) преобладала над выраженным (переходный, диссоциированный типы — 20,1 %). Сравнение их ($t = 2,80$; $p < 0,01$) достоверно подтвердило, что в дисфункции ВНС у больных туберкулезом в начале лечения у $^2/_3$ больных наблюдались умеренные изменения и у $^1/_3$ — выраженные.

Выводы. Оценка тонуса периферических сосудов кожи у больных является простым, доступным, высокоинформативным методом, который необходим в клинике для мониторинга. Инструментальная оценка состояния ВНС методом КТТ выявило в 78,5 % явную и скрытую ее дисфункцию.

УДК 616.61- 002.555-07

Н. В. Морозов
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

К ВОПРОСУ О ПРАВОМОЧНОСТИ ДИАГНОЗА ФИБРОЗНОГО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЁЗА ПОЧКИ

Использование в клинической практике антибиотиков и химиопрепаратов широкого спектра действия существенно изменило клиническое течение многих заболеваний, в том числе, и туберкулёза почек. Одной из современных особенностей данного заболевания является факт возможности выключения почечного очага деструкции среди кавернозных форм как результат лекарственного патоморфоза с превалированием фибропластических процессов. По аналогии с лёгочной патологией, где существует нозологическая форма — «фиброзно-кавернозный» туберкулёз лёгких, невольно напрашивается вопрос о правомочности диагноза «фиброзно-кавернозный» туберкулёза почки. Следует признать, что и в настоящее время единой классификации во фтизиоурологии нет. Мы придерживаемся мнения В. Д. Грунда (1969),

что при создании классификации должен быть положен, прежде всего, клинико-рентгенологический принцип. По классификации, утверждённой Приказом МЗ СССР в 1974 г., различают 5 клинико-рентгенологических форм: туберкулёз почечной паренхимы; туберкулёз почечного сосочка (папиллит); кавернозный туберкулёз почки; фиброзно-кавернозный туберкулёз почки; пионефроз. В противовес этому, другие авторы считают необходимым за основу брать принцип стадийности (исходя из степени деструкции почечной ткани) и являются сторонниками классификации нефротуберкулёза, предложенной А. Л. Шабадом (1978). Согласно этой классификации, нефротуберкулёз разделяется на 4 стадии: I стадия — недеструктивный (инфильтративный) туберкулёз почки; II стадия — начальная деструкция: папиллит или небольшие (не более 1 см в диаметре) одиночные каверны; III стадия — ограниченная деструкция: каверны больших размеров или поликавернозный туберкулёз в одном из сегментов почки; IV стадия — тотальная или субтотальная деструкция (поликавернозный туберкулёз двух сегментов, туберкулёзный пионефроз, омелотворение почки). Не являясь сторонниками этой классификации, мы вместе с тем отмечаем её положительное значение для выработки тактики лечения — консервативного, либо хирургического (с оценкой объёма оперативного вмешательства). Но, на практике при оформлении документации, и прежде всего истории болезни, в большинстве медицинских учреждений выставляется диагноз с учётом клинико-рентгенологической формы туберкулёза почек. К сожалению, фиброзно-кавернозная форма туберкулёза почки в последующих отечественных предлагаемых классификациях исчезла. Однако, с 2006 г. в Украине, согласно приказу Министерства здравоохранения от 09.06.2006 385н, действует клиническая классификация туберкулёза, в которой значится «фиброзно-кавернозный туберкулёз почки» (Пасечников С. П., 2015). Исходя из клинико-рентгенологического принципа, эта форма кавернозного туберкулёза имеет право на своё самостоятельное существование. Во-первых, «истинное выключение» почечного очага (каверны) рентгенологически проявляется характерной диссоциацией (несовпадением, расхождением) уро- и пиелографических данных, когда каверна видна на экскреторных урограммах и отсутствует на ретроградной пиелограмме. УЗИ почек выявляет это эхонегативное образование. Во-вторых, клинически, при выключении данного очага возникает «ложный нормальный» общий анализ мочи, но утверждать о каком-либо затихании воспалительного процесса или клиническом излечении не при-

ходится. Наоборот, у оперированных больных кавернозным туберкулёзом почек при бактериологическом исследовании резекционного патологического материала нередко находят МБТ. В-третьих, к сожалению, выключение очага в силу превалирования фибропластических реакций, происходит раньше, нежели он санируется и это проявляется соответствующей клинической симптоматикой. Интоксикационный синдром остаётся: общая слабость, недомогание, разбитость, нервозность. При вовлечении в процесс фиброзной капсулы почки, богатой интерорецепторами, возникает синдром поясничных болей. Также возможен рефлекс с почечного очага на мочевой пузырь с появлением дизурии. Всё вышеизложенное при неправильной интерпретации может стать причиной врачебных ошибок, особенно в общей лечебной сети. По нашим наблюдениям, большая часть фтизиоурологических больных до поступления в специализированный стационар наблюдалась и длительно лечилась у врачей общей практики по поводу хронического пиелонефрита. Недостаточная осведомлённость об уротуберкулёзе, отсутствие туберкулёзной (фтизиоурологической) настороженности, незнание особенностей клинического течения данной патологии в современных условиях — всё это приводит к тому, что поздние формы туберкулёза мочевой системы составляют в настоящее время более 60 %. Известно, что под маской туберкулёза («мистификатора») скрываются многие урологические заболевания, имеющие с ним сходные клинико-рентгенологические проявления, затрудняющие его диагностику. В общеурологической практике диагноз пиелонефрита чаще ставится на основании синдрома поясничных болей и наличия патологии осадка мочи — лейкоцитурии (пиурии). Конечный ожидаемый результат лечения сводится к получению общего нормального анализа мочи, что успокаивает как врача, так и пациента. В таком случае может оказаться именно вариант течения фиброзно-кавернозного туберкулёза почки и тогда остающиеся клинические симптомы при ошибочной интерпретации являются поводом для установления в последующем ложных диагнозов. Интоксикационный синдром воспринимается как астеноневротический, либо, как капризы неблагодарного длительно леченного пациента. Наличие болей в пояснице при имеющемся нормальном анализе мочи является поводом для постановки диагноза пояснично-крестцового радикулита. Дизурические явления расцениваются как проявления простатита, аденомы предстательной железы, цисталгии в сочетании с климактерическим неврозом и другие. Совершенно понятно, фактор времени явно играет не в

пользу пациента, усугубляя в дальнейшем его судьбу. Таким образом, одной из особенностей современного течения кавернозного туберкулёза почки является возможность «истинного» выключения почечного очага деструкции на фоне проводимой терапии и это следует расценивать, как появление самостоятельной формы нефротуберкулёза — фиброзно-кавернозного туберкулёза почки с присущими ей клинико-рентгенологическими симптомами.

УДК 616.6-002.5-07-08

Н. В. Морозов
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова, г. Санкт-Петербург, Россия

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ВО ФТИЗИОУРОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ (РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ)

Проблема выявления, диагностики и лечения больных урогенитальным туберкулёзом остаётся актуальной. По-прежнему, ещё диагностируются поздние формы нефротуберкулёза, осложнённые специфическим поражением мочевых путей, что приводит к необходимости выполнения оперативных вмешательств, нередко заканчивающихся потерей важного органа — почки. Сложившаяся неблагополучная ситуация во фтизиоурологии вынуждает к поиску новых и усовершенствованию «традиционных» методик исследования. Для выявления больных туберкулёзом мочеполовой системы основную роль играют организационные мероприятия, заключающиеся в тесном сотрудничестве врачей общей лечебной сети и специализированной службы. Тщательно собранный анамнез (туберкулёзный, контакты с туберкулёзными больными, особенно бактериовыделителями); выяснение жалоб пациента с подробным изложением развития болезни; фтизиатрическая или фтизиоурологическая настороженность в случаях длительности заболевания и неэффективности проводимого лечения, особенно у лиц из «группы риска» с выполнением «клинического минимума обследования» — всё это характеризует тот первоначальный амбулаторно-поликлинический этап, позволяющий заподозрить туберкулёз и провести затем диагностику уже в условиях специализированных учреждений (противотуберкулёзного диспансера или стационара). Внедрение эндоскопической техники и совершенствование не-

обходимого эндоурологического инструментария значительно расширили возможности для диагностики и лечения урологических заболеваний, в том числе, уротуберкулёза. Важно отметить, что с помощью современных ригидных и фиброволоконных (гибких) эндоскопов можно выполнить диагностическую и лечебную уретеропиелоскопию, нефроскопию. Помимо этого, появились телекоммуникационные технологии, позволяющие визуализировать данные исследования непосредственно на мониторе и при необходимости передавать полученную информацию на расстоянии, что очень важно при проведении консультаций. По данным литературы, от 20 до 80 % у больных нефротуберкулёзом в специфический процесс вовлечены мочевыводящие пути, среди которых чаще поражается мочеточник. На экскреторных урограммах визуализируется широкий, натянутый мочеточник от лоханки до мочевого пузыря («симптом струны»). При этом трудно определить, чем обусловлена такая рентгенологическая картина. Любой воспалительный процесс характеризуется сочетанием экссудативных (инфильтративных), альтеративных (деструктивных) и продуктивных (рубцевание, обызвествление) тканевых реакций. Не всегда можно ответить на вопрос о характере и превалировании тех или иных реакций. На практике в таком случае назначается специфическая терапия сроком не менее 2–3 недель (а иногда и больше) с последующей оценкой рентгенологической динамики. Улучшение говорит в пользу инфильтративной фазы воспаления, ухудшение — о превалировании фибропластических процессов (склеротических), подтверждающих необходимость выполнения реконструктивно-восстановительной операции. Однако известно, что конечный результат подобных операций во многом зависит от сроков их проведения. Вот почему, уретеропиелоскопия с использованием фиброволоконного (гибкого) эндоскопа, позволяет визуализировать и оценить характер морфологических изменений мочеточника и тем самым ускорить сроки оперативного вмешательства. Особые трудности возникают при лечении кавернозных форм туберкулёза почки (в условиях МЛУ к противотуберкулёзным препаратам) и оценки активности туберкулёзного процесса (затихание, излечение). Довольно часто у данной категории пациентов отмечается выключение почечного очага (в том числе и каверны). Поэтому сейчас появилась возможность не вслепую, а под ультразвуковым или рентгенологическим контролем выполнять пункцию (биопсию) почки, используя современную эндоскопическую технику. Данное исследование предусматривает бактериологическое и гистологическое

исследование полученного патологического материала. С лечебной целью возможно введение дубящих средств и противотуберкулёзных препаратов. В диагностике и дифференциальной диагностике туберкулёза мочевого пузыря с другими его заболеваниями значительную роль играют инструментальные методы исследования, когда помимо осмотра слизистой мочевого пузыря может быть выполнена мультифокальная биопсия для определения характера морфологических изменений. В недалёком прошлом, при знакомстве с документацией, поступавшей в БЗК (бюро заочной консультации), иногда возникали сомнения в достоверности данных цистоскопии лечащего врача. В настоящее время появилась возможность полученную информацию при цистоскопии вывести на монитор, а при необходимости передать её на расстоянии с помощью телекоммуникационных технологий. Во фтизиоурологической практике постепенно (пока не решительно) стали осваивать малоинвазивные методы хирургии — лапароскопические операции. Преимущества этих эндоскопических методик перед традиционными открытыми способами не вызывают сомнения. Однако, осторожность их использования во фтизиоурологии объясняется ещё недостаточной подготовкой (квалификацией) врачей, а также особенностями лекарственного патоморфоза ввиду выраженности фибропластических тканевых реакций при данной локализации внелёгочного туберкулёза. В этой связи, необходимо будет чётко определить противопоказания для выполнения подобных операций. В недалёком будущем можно надеяться, в качестве перспективы, на внедрение и освоение роботизированных операций с использованием Робота да Винчи. Диагностика туберкулёза наружных половых органов и внутренних половых желёз (предстательной железы, семенных пузырьков) основывается на данных осмотра и пальпации, которые всё-таки не лишены элементов субъективизма. Сейчас появились возможности получения более достоверной информации, используя УЗИ, МРТ. Большую роль в диагностике туберкулёза половой системы мужчин играют малоинвазивные методики, такие как пункция, биопсия, позволяющие получить результаты бактериологического, гистологического исследований патологического биопсийного материала. И всё это выполняется под строгим ультразвуковым и рентгенологическим контролем, тем самым предотвращая и уменьшая риск возникновения серьёзных осложнений.

Таким образом, всё вышеприведённое убедительно показывает новые возможности более детального обследования больных урогени-

тальным туберкулёзом, как в плане диагностики, так и лечения. Появились возможности с помощью телекоммуникационных технологий передавать полученную информацию на расстоянии и, тем самым, оказывать существенную консультативную помощь органам здравоохранения.

◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈◈

УДК 616-002.5

Г. С. Мухамедьянов[1], Д. В. Галиуллин[1], Р. К. Ягафарова[2], Р. А. Шарипов[1], Г. С. Хамидуллина[1]

[1] Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер,

[2] ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ УСТОЙЧИВОСТИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН ЗА 5 ЛЕТ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПОСЕВОВ

Введение. Одна из самых острых проблем лечения туберкулеза, несущей медицинские и экономические угрозы для всех стран — проблема лекарственной устойчивости (ЛУ). Одними из основных причин возникновения множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерий туберкулеза (МБТ) являются: неадекватное предыдущее лечение и поздняя диагностика первичной ЛУ возбудителя. Из факторов риска развития широкой лекарственной устойчивости (ШЛУ) МБТ немаловажны первичная МЛУ и применение противотуберкулезных препаратов (ПТП) резервного ряда в анамнезе. В связи с недостаточной эффективностью химиотерапии туберкулеза и нарастающей ЛУ возбудителя остается актуальным мониторинг региональной ЛУ возбудителя к используемым ПТП, что и явилось целью исследования.

Материалы и методы. Изучены результаты посевов мокроты больных туберкулезом органов дыхания с МБТ+, находившихся на стационарном лечении в период с 2012 по 2016 гг.: 1311 посевов в 2012 г.; 1115 в 2013 г.; 1059 в 2014 г.; 1161 в 2015 г. и 660 в 2016 г. — всего 5306 посевов, некоторые пациенты сдавали анализы неоднократно. Клинические штаммы МБТ были получены при культивировании на средах Левенштейна – Йенсена и Мордовского, а ЛУ к ПТП изучена стандартным методом абсолютных концентраций с определением роста МБТ при критических концентрациях ПТП.

Результаты и обсуждение. Исследование чувствительности к ПТП выявило рост в динамике ЛУ. К изониазиду в 2012 г. — у 70,0 % (918 посевов); в 2013 г. — 72,6 % (809 посевов); в 2014 г. — 77,2 % (818 посевов); в 2015 г. — 79,2 % (919 посевов); в 2016 г. — 75,6 % (499 посевов). К рифампицину в 2012 г. — 57,5 % (754 посева); в 2013 г. — 59,3 % (661 посев); в 2014 г. — 68,7 % (728 посевов); в 2015 г. — 69,3 % (805 посевов); в 2016 г. — 65,3 % (431 посев). К этамбутолу в 2012 г. — 65,8 % (862 посева); в 2013 г. — 68,2 % (760 посевов); в 2014 г. — 69,1 % (731 посев); в 2015 г. — 69,1 % (802 посева); в 2016 г. — 59,7 % (394 посева). К стрептомицину в 2012 г. — 70,5 % (924 посева); в 2013 г. — 73,8 % (823 посева); в 2014 г. — 80,3 % (850 посевов); в 2015 г. — 80,7 % (937 посевов); в 2016 г. — 71,8 % (474 посева). К канамицину в 2012 г. — 53,1 % (696 посевов); в 2013 г. — 53,8 % (600 посевов); в 2014 г. — 50,8 % (538 посевов); в 2015 г. — 60,6 % (703 посева); в 2016 г. — 54,1 % (357 посевов). К циклосерину в 2012 г. — 0,2 % (3 посева); в 2013 г. — 1,6 % (18 посевов); в 2014 г. — 4,3 % (46 посевов); в 2015 г. — 5,0 % (58 посевов); в 2016 г. — 19,7 % (130 посевов). К офлоксацину в 2012 г. — 29,9 % (392 посева); в 2013 г. — 44,5 % (496 посевов); в 2014 г. — 55,2 % (585 посевов); в 2015 г. — 56,1 % (651 посев); в 2016 г. — 52,6 % (347 посевов). К аминосалициловой кислоте в 2012 г. — 8,3 % (109 посевов); в 2013 г. — 13,5 % (151 посев); в 2014 г. — 22,0 % (233 посева); в 2015 г. — 20,7 % (240 посевов); в 2016 г. — 26,8 % (177 посевов). Выявление МЛУ в 2012 г. — 56,5 % (741 посева); в 2013 г. — 58,4 % (651 посев); в 2014 г. — 67,4 % (651 посев); в 2015 г. — 67,5 % (784 посева); в 2016 г. — 63,0 % (416 посевов). Выявление ШЛУ в 2012 г. — 24,3 % (318 посевов); в 2013 г. — 30,6 % (341 посев); в 2014 г. — 37,5 % (397 посевов); в 2015 г. — 42,5 % (493 посева); в 2011 г. — 38,9 % (257 посевов).

Выводы

1. ПТП первого ряда в современных условиях утрачивают свою эффективность в связи с ростом МЛУ и ШЛУ МБТ.
2. Резкий рост ЛУ к ПТП второго ряда требует определения четких показаний для использования их в клинической практике и ограничения широкого применения без проведения контроля чувствительности к ним МБТ.
3. Проведенное исследование доказывает значимость регулярного мониторинга антибактериальной чувствительности МБТ для выбора рациональной химиотерапии и позволяет выявить региональные особенности.

УДК 616-002.5:378.17

Т. В. Мякишева, Е. Е. Рашкевич, Ю. В. Фролова, О. В. Василевская, А. А. Колобанова
ФГБОУ ВО Смоленский ГМУ Минздрава России, г. Смоленск, Россия

ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В ПРЕПОДАВАНИИ ФТИЗИАТРИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Фтизиатрия является обязательной к изучению дисциплиной на большинстве факультетов медицинских вузов. Прочные знания по профилактике, раннему выявлению и диагностике туберкулеза необходимы врачам всех специальностей. Однако преподавание фтизиатрии связано с определенными сложностями, обусловленными рядом объективных и субъективных причин. Из последних наибольшую проблему представляет низкая мотивация студентов к изучению дисциплины, зачастую обусловленная ошибочным представлением о невостребованности получаемых знаний в практической работе, а также отсутствием экзамена по дисциплине. И если проблема мотивации студентов в настоящее время частично решена за счет введения экзамена по дисциплине, то объективные трудности, связанные со сравнительно малым количеством аудиторных занятий при объемном учебно-тематическом плане остаются. Поскольку план включает не только специализированные модули, но и вопросы дифференциальной диагностики, а для успешного освоения дисциплины обучающиеся должны быть компетентны в вопросах анатомии, физиологии, эпидемиологии, владеть методами лучевой, лабораторной и микробиологический диагностики, необходима преемственность в изучении фтизиатрии и других клинических, а также фундаментальных дисциплин.

Изучению фтизиатрии в медицинском вузе предшествуют такие дисциплины, как микробиология, анатомия, патологическая анатомия, патофизиология, пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика, фармакология.

Необходимость преемственности в изучении фундаментальных и клинических дисциплин в высшей медицинской школе не является чем-то новым. Междисциплинарный подход обусловлен практической необходимостью и всегда находил свое применение в процессе преподавания в высшей медицинской школе. Однако в условиях последних требований ФГОС стало необходимым и актуальным его более глубокое внедрение, расширение и, соответственно, научное обоснование.

В связи с этим нами было проведено исследование, целью которого было проанализировать динамику исходного уровня подготовки обучающихся за 5-летний период и выявить разделы смежных дисциплин, необходимые для успешного освоения фтизиатрии, по которым исходный уровень знаний является низким.

Материалы и методы. В исследование включены студенты лечебного (489 человек) и педиатрического (321 человек) факультетов, проходящие обучение на кафедре фтизиопульмонологии с 2011 по 2015 годы. Определение исходного уровня знаний студентов по смежным дисциплинам проводилось с использованием системы проведения и оценки программированного контроля Полиплут-7, версия 17.06. (Казанский ГМУ). Указанная система разработана профессором А. А. Визелем и включает вопросы для специалистов различного уровня, в т.ч. до изучения цикла фтизиатрии. Вопросы, включенные в тестирование, разнообразны. Помимо узкоспециализированных, они содержат общие вопросы на эрудицию, поэтому студенты воспринимают их положительно. Для выполнения цели исследования мы провели статистический анализ результатов тестирования с применением Т-критерия Стьюдента.

Результаты. В 2011–2012 учебном году — первом, включенном в исследуемый период, — средний балл, полученный студентами лечебного факультета при исходном тестировании, составил 3,6±0,08 [доверительный интервал 3,34; 3,83]. На педиатрическом факультете он был достоверно ниже — 3,1±0,05 [2,96; 3,31], критерий Стьюдента $t=4,57$, $p<0,01$. В последующие годы сохранялись достоверные различия в исходном уровне знаний студентов лечебного и педиатрического факультетов. Так, в 2012–2013 учебном году средний балл на лечебном факультете составил 3,6±0,04 [3,43; 3,49], на педиатрическом — 3,3±0,07 [3,31; 3,36], $p<0,05$; в 2013-2014 учебном году средний балл на лечебном факультете составил 3,4±0,04 [3,33; 3,59], на педиатрическом — 3,2±0,07 [2,97; 3,42], $p<0,05$; в 2014–2015 году — 3,4±0,06 [3,26; 3,62] и 3,2±0,08 [2,91; 3,40] соответственно на лечебном и педиатрическом факультетах, $p<0,05$.

Однако за исследуемый период средний балл студентов каждого отдельно взятого факультета по итогам тестирования оставался стабильным, достоверной динамики по годам установлено не было. Так, на лечебном факультете изучаемый показатель был 3,6; 3,6; 3,4; 3,4, на педиатрическом — 3,1; 3,3; 3,2; 3,2.

Используемая программа содержала вопросы по наиболее важным разделам смежных дисциплин, необходимым для успешного освоения

фтизиатрии: лучевая диагностика, пропедевтика внутренних болезней, микробиология, эпидемиология, анатомия человека, патологическая физиология. Наибольшие затруднения у студентов вызывали вопросы по клинической патофизиологии, нормальной физиологии, анатомии дыхательной системы, лучевой диагностике, знания которых необходимы для успешного овладения профессиональными компетенциями при изучении дисциплины «фтизиатрия».

Выводы

1. Исходный уровень знаний студентов перед изучением дисциплины «фтизиатрия» в 2011–2015 гг. по результатам тестирования являлся удовлетворительным. На лечебном факультете средний балл, полученный по итогам тестирования, был достоверно выше, чем на педиатрическом.
2. Наибольшие затруднения вызвали ответы на вопросы по разделам «клиническая патологическая физиология», «нормальная физиология», «анатомия человека».

Указанные трудности могли быть связаны с длительным периодом времени, прошедшим со времени изучения данных дисциплин на первых курсах университета. В связи с этим следует уделять внимание на практических занятиях повторению вызвавших затруднение вопросов. Необходимо дальнейшее развитие и укрепление междисциплинарного подхода к освоению фтизиатрии, налаживание преемственности между смежными кафедрами в изучении дисциплин и включение вопросов из необходимых разделов при исходном тестировании.

УДК 616.24-002.5-084

Г. Б. Нашенова, А. Ш. Искакова, Р. А. Агзамова, А. А. Бугаков, М. Б. Нашенов
АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Цель. Изучение особенностей клинических проявлений и рентгенологической картины туберкулеза органов дыхания у детей из очагов туберкулезной инфекции.

Материалы и методы. Проведен анализ 37 историй болезни детей из очагов туберкулезной инфекции в возрасте от 1 года от 11 лет, находившихся на стационарном лечении в детско-подростковом отделении про-

тивотуберкулезного диспансера г. Астаны в период с 2014–2015 гг. Оценивали клиническую структуру и клинико-рентгенологические особенности процесса, особенности поствакцинального иммунитета, результаты туберкулинодиагностики и проведения ДИАСКИНТЕСТа, результаты химопрофилактики.

Результаты. У 87,9 % детей был диагностирован первичный туберкулез, в 12,1 % случаев s вторичный. В структуре клинических форм 66,4 % случаев диагностирован туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, в 9,5 % — первичный туберкулезный комплекс, 14,1 % — очаговый туберкулез легких. Бактериовыделение было обнаружено у 5,4 % больных детей микроскопическим методом в промывных водах бронхов. Осложненное течение встречалось у 25,4 % больных, двусторонний характер поражения — у 36,2 %. Течение туберкулеза у всех детей характеризовалось торпидностью с превалированием уплотнения казеозных очагов и формированием крупных кальцинатов и фиброзированием.

Недостаточная эффективность вакцинации BCG отмечена у 47,6 % детей: поставкцинальный рубчик отсутствовал у 25,5 %, у остальных детей он был несостоятельный (менее 4 мм). Гиперергический характер туберкулиновой чувствительности выявлен у 58,9 % детей. Химиопрофилактика проводилась в 67,4 % случаев.

Заключение. У детей из очагов туберкулезной инфекции туберкулезный процесс характеризуется большей распространенностью и двусторонним поражением, протекает торпидно с выраженной гиперсенсибилизацией организма к МТ. Часто имеет осложненное течение. Поэтому эти дети нуждаются в более полноценном комплексе мероприятий по выявлению, профилактике туберкулеза. В лечении рекомендуется использовать препараты с десенсебилизирующим эффектом и репаративной направленностью.

УДК 616.24-002.5-084

Е. В. Павлова, Х. К. Аминев
ФГБОУ ВО Башкирский ГМУ Минздрава России, г. Уфа, Россия

ОСОБЕННОСТИ МОРФОЛОГИИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

При морфологическом исследовании удаленных во время операции участков легочной ткани, пораженной туберкулезным процессом в просвете бронхов мелкого, среднего и крупного калибров, обнару-

живают в большом количестве лимфоциты, макрофаги, слущенный эпителий, слизь, которые снижают воздушность легочной ткани и способствуют развитию осложнений в раннем послеоперационном периоде. В месте пересечения бронха нередко присутствуют признаки специфического и неспецифического воспаления. Неспецифический бронхит оказывает отрицательное влияние на течение основного легочного процесса и результаты его лечения. Изменения бронхов при туберкулезе легких могут носить специфический, неспецифический и смешанный характер. Патологоанатомическое изучение резецированных легких показало, что стенка дренирующего бронха в $^{2}/_{3}$ наблюдений при распаде туберкуломы поражается специфическим процессом. У оперированных по поводу кавернозного и фиброзно-кавернозного туберкулеза поражение бронхиального дерева отмечено во всех случаях, часто носит распространенный характер, проявляется в виде деформирующего, специфического бронхита. При туберкулезе легких с некупированным к моменту операции бактериовыделением специфическое поражение подслизистого слоя дренирующего бронха развивается почти у всех больных (92 %) и выявляется только гистологическим исследованием. Визуальный осмотр перед операцией дает зачастую субъективное представление о состоянии бронхов. Для определения объёма хирургического вмешательства необходимо изучение состояния бронхов в предполагаемом месте пересечения. Активный туберкулез трахеи и бронхов в последние годы стал встречаться чаще (9,4–16,2 %).

Целью исследования явилось изучение состояния бронхов в предполагаемом месте пересечения, сопоставление визуальной и морфологической картины.

Материалы и методы. Нами сопоставлены и проанализированы данные предоперационной фибробронхоскопии (ФБС) и патогистологические заключения по операционному материалу у 113 больных. ФБС проводилась по традиционной методике. Гистологические препараты окрашивались гематоксилин-эозином и по Ван-Гизону.

Результаты. Всем больным до операции была проведена диагностическая ФБС.

Из 113 больных у 104 (92,0 %) была выявлена патология бронхов, которая требовала коррекции до операции. Больным с бронхитом I ст. интенсивности воспаления — 54 (47,8 %) в качестве предоперационной подготовки были назначены ультразвуковые ингаляции с антиспастической смесью, тиосульфатом натрия. Больным с бронхитом II ст.

интенсивности воспаления — 34 (30,1 %) и гнойным — 9(7,9 %) назначены лечебные ФБС 2–3 раза в неделю с местным введением антибиотиков широкого спектра действия, ферментных препаратов, глюкокортикоидов. Больным с рубцовыми стенозами и деформациями — 7(6,2 %) назначена рассасывающая терапия. Вопрос о хирургическом вмешательстве решался после излечения патологии бронхов. В результате предоперационной подготовки количество больных с нормальным состоянием ТБД увеличилось с 9(7,9 %) до 26(23,0 %), с бронхитом I степени интенсивности воспаления уменьшилось с 54(47,8 %) до 48(42,5 %), с бронхитом II степени интенсивности воспаления с 34(30,1 %) до 28(24,8 %), а с гнойным бронхитом с 9(7,9 %) до 4(3,5 %). Количество больных с рубцовыми стенозами и деформациями осталось прежним, поскольку процесс носил необратимый характер. Наиболее часто клиническое излечение туберкулеза бронхов без лечебных ФБС сопровождается грубым нарушением бронхиальной проходимости в виде формирования фиброзно-рубцового сужения просвета бронхов, преимущественно III степени. Выделение этой группы необходимо в связи с тем, что данная патология не поддается консервативной терапии и играет важную роль в определении объема хирургического вмешательства.

Больным с рубцовыми стенозами и деформациями бронхов выполнены резекции легкого (лобэктомии), которые предусматривают пересечение бронха выше описанных изменений. Одному больному с диагнозом фиброзно-кавернозный туберкулез легких S_{1-2} левого легкого, сопутствующим рубцовым стенозом язычковых бронхов I степени произведена 5-реберная верхнезадняя торакопластика с резекцией S_{1-2} левого легкого с целью создания условий для рубцевания каверны.

По результатам морфологического исследования больные были разделены на группы.

I группа — обнаружен неспецифический бронхит.

IA подгруппа — эндоскопически и гистологически диагностирован неспецифический бронхит — 42 (37,2 %) человека.

IБ подруппа — эндоскопически бронхит не обнаружен, а гистологически определен неспецифический бронхит — 2 (1,8 %) человека.

II группа — эндоскопически и гистологически бронхит не обнаружен — 69(61,1 %) человек.

В первой группе больных оказалась 44 человека (38,9 %) из 113.

У 2 (1,8 %) больных IБ подгруппы бронх был пересечен в зоне неспецифических воспалительных изменений. Следует отметить, что

у обоих больных после диагностической ФБС прошло 29–31 день. Возможно за этот период активизировалась неспецифическая микрофлора.

У 69(61,1 %) больных второй группы нормальная эндоскопическая картина слизистой бронхов подтверждена гистологическим исследованием.

Следует отметить особо, что при морфологическом исследовании в срезах бронхов туберкулезное воспаление так же не обнаружено, что свидетельствует о полноценной предоперационной подготовке.

Выводы

1. Больным с продолжающимся бактериовыделением в предоперационном периоде необходимо производить биопсию в предполагаемом месте пересечения бронха, даже если визуально признаков воспаления слизистой оболочки бронхов не обнаруживается.
2. Проводить ФБС в ближайший период перед операцией. Необходим ФБС-контроль после лечения воспалительных изменений ТБД.

УДК 616.24-002.54-(089.844+089.819.843+74)=82

А. В. Павлунин[1], Е. В. Медоваров[1], Н. И. Панченко[1], Н. В. Мельников[2]
[1] ФГБОУ ВО НижГМА Минздрава России,
[2] ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический противотуберкулезный диспансер», г. Нижний Новгород, Россия

ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА, ДОПОЛНЕННАЯ КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИЕЙ, В ЛЕЧЕНИИ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

Распространенность фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ) легких в России остается высокой — 12,6 случаев на 100 тыс. населения в 2015 году. При этом ФКТ диагностируется у 1,1 % впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания. В то же время отмечается рост доли оперированных больных (с 7,3 % в 2014 году до 9,2 % в 2015). У данного контингента больных медикаментозная терапия не способна привести к излечению, а радикальные резекционные оперативные вмешательства зачастую невозможны по причине наличия распространенного двустороннего процесса, хронической легочно-сердечной недостаточности, тяжелой сопутствующей патологии, поэтому остаются актуальными паллиативные методы хирургического

лечения и коллапсотерапия. В данном исследовании представлен опыт применения сочетания торакопластики с клапанной бронхоблокацией в лечении больных ФКТ легких.

Материалы и методы. В период с 2010 по 2015 годы в туберкулезном легочно-хирургическом отделении Нижегородского областного клинического противотуберкулезного диспансера верхнезадняя 5- или 6-реберная экстраплевральная торакопластика (ТПЛ) выполнена 63 больным ФКТ (56 мужчин и 7 женщин в возрасте от 24 до 62 лет, в среднем 43,4±10,6 лет). Одностороннее деструктивное поражение легких имело место у 41 пациента (65,1 %), двухстороннее — у 22. В послеоперационном периоде в зависимости от динамики уменьшения кавернозных полостей, анатомических возможностей определялись показания к дополнительному локальному искусственному коллапсу легкого методом клапанной бронхоблокации (КББ). Лечебная бронхоскопия с имплантацией эндобронхиальных клапанов (ЭБК) (ООО «Медланг», Россия) была произведена 30 пациентам в сроки от 2 недель до 14 месяцев (медиана 1,5 мес.) после операции. Отдаленные результаты лечения изучены у всех больных в сроки до 59 месяцев после операции (медиана наблюдения 10,3 месяца). Эффективность лечения оценивалась по критерию закрытия полости распада, на основании данных мультиспиральной компьютерной томографии в динамике.

Результаты. Осложнения в послеоперационном периоде возникли у 10 (15,9 %) больных, в т.ч. раннее прогрессирование туберкулезного процесса — у 8 пациентов, деструктивная пневмония противоположного легкого — в 1 случае, острая сердечно-сосудистая недостаточность — 1, желудочно-кишечное кровотечение — 1, перфорация язвы желудка и панкреонекроз — в 1 случае. Госпитальная послеоперационная летальность составила 3,2 % (30-дневная — 1,6 %).

Всего закрытие полостей распада достигнуто в 37 случаях (у 58,7 % пациентов) в сроки от 1,0 до 16,1 месяцев после ТПЛ (в среднем через 5,5±4,9 месяцев, медиана 2,8).

У 14 пациентов (22,2 %) закрытие распада произошло в течение первых 3 месяцев от момента операции, без постановки ЭБК. Среди 49 пациентов с сохранявшимися полостями распада ЭБК были имплантированы 30 больным. Закрытие распада произошло у 18 из них, в т.ч. у 7 — в течение 3 месяцев и у 11 — в более отдаленные сроки (максимально до 14,5 месяцев после ТПЛ). У 12 пациентов закрытия полостей распада не произошло. Эффективность комбинированного метода ТПЛ+КББ составила 60,0 %.

У 19 больных с сохранявшимся распадом имплантация ЭБК не проводилась ввиду отказа пациента, анатомических особенностей строения бронхов или расположения каверн, рубцового стеноза бронхов, некупируемого туберкулеза бронхов или других причин. В этой группе полости самостоятельно закрылись в отдаленные сроки после операции лишь у 5 человек (эффективность — 26,3 %, p=0,03).

К исходу времени наблюдения продолжали курс химиотерапии 28 больных, закончили основной курс 24 (из них 18 переведены в III группу диспансерного учета (ГДУ)), во IIA ГДУ переведен 1, оторвалось от лечения — 3, умерло 7 человек (в т.ч. 1 — от причин, не связанных с туберкулезом). Общая 1-годичная кумулятивная выживаемость больных составила 89,4 %, 3-летняя — 71,5 %.

Выводы. Применение клапанной бронхоблокации после верхнезадней экстраплевральной торакопластики у больных ФКТ легких позволяет статистически значимо увеличить долю пациентов с закрытием полостей распада (с 26,3 до 60,0 %, p=0,03) в группе пациентов с недостаточным непосредственным эффектом от коллапсохирургического вмешательства. Данный метод лечения должен быть использован в арсенале хирургического лечения ФКТ.

УДК 616.24-002.5-053.2(571.53)

С. В. Писаренко[1], Н. К. Писаренко[2]
[1]ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк»,
[2]Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

ТЕНДЕНЦИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 14 ЛЕТ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Введение. Туберкулез поражает преимущественно взрослых людей в их самые продуктивные годы. Однако риску подвергаются все возрастные группы. В 2015 году 1 миллион детей (0–14 лет) заболели туберкулезом и 170 000 детей (не считая детей с ВИЧ) умерли от этой болезни. Более 95 % случаев заболевания и смерти происходит в развивающихся странах (WHO, 2016).

Несмотря на определенный экономический рост, произошедший за последнее время, Республика Молдова остается самой бедной страной в Европейском регионе ВОЗ (WHO, 2012). Социально-политичес-

кий переходный период стал причиной ухудшения общего состояния здоровья населения, роста бремени неинфекционных и инфекционных болезней. Основную проблему в сфере борьбы против инфекционных заболеваний в Республике Молдова наряду с ВИЧ/СПИД составляет туберкулез. В 90-е годы показатель регистрируемой заболеваемости туберкулезом вырос практически во всех бывших республиках СССР, включая Республику Молдова. При этом наиболее резкое нарастание частоты возникновения туберкулеза было зарегистрировано у детей (WHO, 2017; HFA-DB, 2016). Потенциал страны в плане реагирования как на известные, так и неизвестные риски для здоровья все еще недостаточный (WHO, 2006). В настоящее время Республика Молдова — одна из 18 высокоприоритетных стран Европейского региона ВОЗ по борьбе с туберкулезом, и одна из 27 стран мира с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (WHO, 2017).

Цель. Изучить тенденции динамики заболеваемости туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет в Республике Молдова в 2000–2015 годах.

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет в 2000–2015 годах в Республике Молдова. Проанализирован показатель частоты возникновения новых случаев туберкулеза среди (детского) населения, которая была зарегистрирована Национальным статистическим бюро Республики Молдова.

Результаты и их обсуждение. В Республике Молдова в 2015 году под наблюдение с впервые установленным диагнозом туберкулеза было взято 2373 больных (1710 мужчин и 630 женщин), в том числе 105 детей в возрасте от 0 до 14 лет (55 мальчиков и 50 девочек).

Заболеваемость туберкулезом детей от 0 до 14 лет составила: в 2000 г. — 10,3; 2001 г. — 13,3; 2002 г. — 14,4; 2003 г. — 27,2; 2004 г. — 31,7; 2005 г. — 25,3; 2006 г. — 24,8; 2007 г. — 25,3; 2008 г. — 24,1; 2009 г. — 24,9; 2010 г. — 21,5; 2011 г. — 25,5; 2012 г. — 24,2; 2013 г. — 22,2; 2014 г. — 18,3; 2015 г. — 18,5 на 100 тыс. человек. Динамику разнообразия показателя заболеваемости туберкулезом детей в 2000–2015 годы отражала куполообразная линия тренда с максимумом значения в 2004 году (R^2=0,6241) и умеренная тенденция к снижению значений показателя в 2005–2015 годах (R^2=0,7313). В равной мере это относилось к динамике заболеваемости туберкулезом как мальчиков, так и девочек. В 2015 году показатели их заболеваемости составили соответственно 0,188 и 0,182 на 1 тыс. человек и вошли в расчетные пределы [соответственно, 0,17 (0,1–0,25) и 0,17 (0,079–0,27)] [WHO, 2017].

Известно, что заболеваемость туберкулезом детского населения находится в прямой зависимости от эпидемической ситуации по туберкулезу среди взрослых. В этой связи была изучена заболеваемость туберкулезом всего населения, которая составила: в 2000 г. — 70,5; 2001 г. — 83,2; 2002 г. — 83,7; 2003 г. — 87,6; 2004 г. — 91,6; 2005 г. — 106; 2006 г. — 102,9; 2007 г. — 99,1; 2008 г. — 92,6; 2009 г. — 90,5; 2010 г. — 87,3; 2011 г. — 89,3; 2012 г. — 89; 2013 г. — 85,7; 2014 г. — 77,2; 2015 г. — 66,8 на 100 тыс. человек. Динамику разнообразия показателя заболеваемости туберкулезом населения в 2000–2015 годы отражала куполообразная линия тренда с максимумом значения в 2005 году (R^2=0,8149) и умеренная тенденция к снижению значений показателя в 2006–2015 годы (R^2=0,7313). Это относилось к динамике заболеваемости туберкулезом как мужчин, так и женщин. Вместе с тем, в 2015 году показатели их заболеваемости (соответственно 10,0 и 3,59 на 1 тыс. человек) оставались существенно выше расчетных [соответственно, 4,5 (3,1–5,8) и 1,7 (0,36–3,1)] [WHO, 2017].

Обращает на себя внимание то, что максимальное значение показателя заболеваемости туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет было отмечено в год, предшествовавший наибольшему значению показателя заболеваемости туберкулезом остального населения. Это может быть объяснено большой эпидемической опасностью, в первую очередь для детей, которую представляют взрослые «больные» в период, предшествующий взятию их на учет противотуберкулезного учреждения. С началом проведения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции риск заболевания в них детей резко снижается.

Выводы

1. Изменение показателя заболеваемости туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет в Республике Молдова в 2000–2015 годах характеризовалось увеличением его значения до максимума в 2004 году и долговременной умеренной тенденцией к снижению в последующем.
2. Заболеваемость туберкулезом детей в возрасте от 0 до 14 лет в Республике Молдова в 2000–2015 годах находилась в прямой зависимости от эпидемической ситуации по туберкулезу среди остального населения, в первую очередь мужского населения.
3. Особую эпидемическую опасность для детей представляли взрослые «больные» в период, предшествовавший взятию их на учет противотуберкулезного учреждения.

УДК 616.24-002.5-053.2(571.53)

С. В. Писаренко[1], Н. К. Писаренко[2]
[1] ОМСУ Институт фтизиопневмологии «Кирилл Драганюк»,
[2]Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

ТЕНДЕНЦИИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Введение. Туберкулез является основной инфекционной причиной смерти в мире. Более 95 % случаев смерти от туберкулеза происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. В целом в 2014 г. у 480 тысяч людей в мире развился туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью. С 2000 года заболеваемость туберкулезом снижалась в среднем на 1,5 % в год и в настоящее время снизилась на 18 % по сравнению с уровнем 2000 года. Уровень смертности от туберкулеза к 2015 году снизился на 47 % по сравнению с уровнем 1990 года (WHO, 2016). Основной причиной развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью является неправильное ведение ТБ [WHO, 2016; Megan Brooks, 2016].

Несмотря на определенный экономический рост, произошедший за последнее время, Республика Молдова остается самой бедной страной в Европейском регионе ВОЗ, одной из 18 высокоприоритетных стран Европейского региона по борьбе с туберкулезом, и одной из 27 стран мира с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ–ТБ) (WHO, 2016].

Цель. Изучить тенденции динамики распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Молдова в период с 2011 по 2015 годы.

Материалы и методы. По данным национального центра мониторинга туберкулеза за период с 2011 по 2015 годы изучены показатели удельного веса случаев МЛУ–ТБ среди новых случаев и рецидивов ТБ, в том числе подтвержденных специальными лабораторными тестами (ПСЛТ), — культуральными, а с 2014 г. и молекулярными — GeneXpert, а также показатель удельного веса умерших от МЛУ–ТБ среди всех умерших от прогрессирования ТБ. Оценивалась ситуация по МЛУ–ТБ в Республике Молдова в целом и в населенных пунктах левобережья Днестра (которым могут быть предоставлены особые формы и условия автономии согласно Закону РМ Nr. 764 от 27.12.2001).

Результаты и их обсуждение. В период с 2011 по 2015 годы показатель удельного веса МЛУ–ТБ среди новых случаев и рецидивов заболевания составлял в: 2011 г. — 18,4 %; 2012 г. — 16,6 %; 2013 г. — 19,1 %; 2014 г. — 15,7 %; 2015 г. — 13,9 % и имел тенденцию к снижению [R^2=0,7034]. При этом абсолютное число случаев МЛУ–ТБ уменьшилось с 748 в 2011 г. до 565 в 2015 г. Установленная тенденция [R^2=0,8611] была в большей степени характерна для показателя удельного веса МЛУ–ТБ среди новых случаев ТБ, подтвержденных специальными лабораторными тестами (ПСЛТ), чем среди случаев рецидива заболевания ПСЛТ [R^2=0,1886]. В 2015 году МЛУ–ТБ был диагностирован в 25,4 % новых случаев ТБ и в 64,7 % рецидивов заболевания.

Показатель удельного веса случаев смерти от МЛУ–ТБ среди всех смертей от ТБ составлял: в 2011 г. — 44,3 %; 2012 г. — 38,9 %; 2013 г. — 43,4 %; 2014 г. — 36,1 %; 2015 г. — 35,5 % и имел выраженную тенденцию к снижению [R^2=0,9725]. При этом абсолютное число случаев смерти от МЛУ–ТБ уменьшилось с 291 в 2011 г. до 144 в 2015 г., или на 50,5 %. В 2015 году случаи смерти от МЛУ–ТБ составили 35,5 % всех смертей, вызванных ТБ.

Ситуация по МЛУ–ТБ в указанный период отличалась в районах страны, расположенных на разных берегах реки Днестр. В правобережных районах, где проживает 85,8 % населения Республики Молдова, тенденции динамики уровня МЛУ–ТБ практически не отличалась от тенденций динамики общереспубликанских показателей. В то же время в населенных пунктах левобережья Днестра тенденции снижения (ТС) показателей были менее выраженными (для ТС показателя удельного веса МЛУ–ТБ среди новых случаев туберкулеза ПСЛТ R^2=0,39460; для ТС показателя удельного веса МЛУ–ТБ среди рецидивов заболевания ПСЛТ R^2=0,5036; для ТС показателя удельного веса случаев смерти от МЛУ–ТБ среди всех смертей от туберкулеза R^2=0,4809). В 2015 году МЛУ–ТБ был диагностирован в 39,9 % новых случаев ТБ и в 77,0 % рецидивов заболевания. Абсолютное число случаев смерти от МЛУ–ТБ в правобережных районах и в населенных пунктах левобережья Днестра, в указанный период уменьшилось, соответственно, на 55,3 % и 36,1 %. При этом случаи смерти от МЛУ–ТБ в правобережных районах и в населенных пунктах Левобережья составили, соответственно, 31,2 % и 50,0 % всех смертей, вызванных ТБ.

Высокий уровень МЛУ–ТБ в Республике Молдова объясняется ненадлежащим использованием противотуберкулезных препаратов, преждевременным прекращением лечения первичных больных, недо-

статочным инфекционным контролем в лечебных учреждениях и на дому у пациента, бедностью. Неодинаковая же ситуация по МЛУ–ТБ в отдельных регионах страны обусловлена различиями конкретных форм организации системы охраны здоровья населения.

Выводы

1. Динамика ситуации по МЛУ–ТБ в Республике Молдова в период с 2011 по 2015 годы характеризовалась тенденциями к снижению показателей распространенности (МЛУ–ТБ).
2. Современная ситуация по МЛУ–ТБ в стране в целом и в отдельных ее регионах остается напряженной. Остается высокой распространенность МЛУ–ТБ среди новых случаев и рецидивов заболевания. МЛУ–ТБ вызывает смерть не менее трети больных туберкулезом.
3. Уменьшению распространенности МЛУ–ТБ способствует надлежащая организация системы организации системы охраны здоровья населения и ведения туберкулеза.

УДК 614.253:616.24-002.5

О. Я. Подвербецкий, В. И. Сливка
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ДЕОНТОЛОГИЯ ВО ФТИЗИАТРИИ

Перед врачом любой специальности при первом знакомстве с больным стоит задача успокоить его, снять эмоциональное напряжение, настроить на успех лечения, вселить надежду на выздоровление. Чтобы решить эту нелегкую задачу, необходим полный контакт и взаимопонимание, терпение, умение слушать больного, сопереживать страданиям больного человека.

Первый этап лечения больного туберкулезом состоит в том, чтобы завоевать его доверие, заставить поверить в возможность лечения, принять условия этого лечения, вызвать желание сотрудничать с врачом, медицинской сестрой.

Сложным вопросом деонтологии является поведение врача у постели больного с хронической формой туберкулеза в стадии декомпенсации. Возникает вопрос, информировать ли родственников и больного о возможном летальном исходе. Больного информировать неже-

лательно, чтобы не терялась надежда. В ответ на настойчивые вопросы пациента и родственников лучше ответить, что состояние тяжелое, но принимаются все возможные меры для его улучшения.

Не должно возникать проблем у врачей при оказании помощи больным туберкулезом, находящимся в следственных изоляторах и тюрьмах. При решении этого вопроса нельзя руководствоваться идеей мести, несовместимой с врачебной миссией. Меру наказания преступника определяет суд, а лечить такого больного необходимо по всем правилам.

Взаимоотношения между врачом и престарелыми, больными туберкулезом, имеют определенные особенности. Прежде всего, это должно быть уважительное отношение, забота об их бытовых условиях, выяснение привычек больного, уточнения условий проживания в палате. Недопустимо использовать такие слова, как «дедушка», «бабушка», обращение на «ты». Ни в коем случае не следует упрекать больного хронической формой туберкулеза, не следует говорить ему, что вылечить его невозможно из-за характерных изменений в легких или возраста. Неуважительное отношение к оздоровлению людей среднего и пожилого возраста s типичное проявление бескультурья и отсталости мышления, плохой медицинской подготовки.

Сообщая родственникам о смерти больного, врач и заведующий отделением должны иметь продуманное и обоснованное медицинское заключение. Сообщение должно быть гуманным, ведь врач обращается к людям, подавленным горем. Важно подчеркнуть при этом неизбежность рокового конца и то, что родственникам не в чем себя упрекать, что для больного делалось все, чтобы спасти его, однако прогрессирование туберкулеза оказалось крайне тяжелым.

Обязательно должна храниться последовательность (преемственность) в тактике врачей, которые лечат больного, и тех, которые ранее предоставляли лечение. Недопустимо заочное обсуждение недостатков или преимуществ врачебной компетенции тех или иных врачей. Нужно тесно сотрудничать с другими врачами при оказании помощи больному. Врач в любую минуту должен быть готов прийти на помощь больному и коллеге. Недопустимо также панибратское поведение опытных врачей с молодыми. Первый этап ведения больного туберкулезом у врача заключается в том, чтобы завоевать его доверие, помочь поверить в возможность излечения, принять условия определенного лечения, вызвать желание сотрудничать с врачом, медицинской сестрой. Все это составляет деонтологические основы ведения больных туберкулезом.

УДК 616.24-002.5-084

Д. С. Рясенский, А. В. Асеев, А. И. Эльгали
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН

Противотуберкулезные химиопрепараты при длительном применении оказывают различные токсические эффекты. Хорошо описаны воздействия каждого препарата на конкретные органы. Однако в литературе не встречается описание токсического эффекта химиотерапии, связанного с нарушением липидного обмена у больных туберкулезом.

Целью работы явилось определение особенностей липидного спектра у больных туберкулезом, получающих противотуберкулезную химиотерапию.

Материалы и методы. Были обследованы 308 больных обоих полов, проходивших лечение в Тверском областном клиническом противотуберкулезном диспансере. Все больные получали химиопрепараты по 1 стандартному режиму в соответствии с весом. Кровь для исследования забирали в конце интенсивной фазы лечения. Группу контроля составили здоровые добровольцы, 36 человек без диагностированной инфекционной или соматической патологии. Все больные и здоровые обследованные лица относились к лицам молодого и среднего возраста по градации ВОЗ. Экстракцию липидов проводили по Фолчу. Определение липидного спектра выполняли методом проточной хроматографии. Определение соотношений основных классов общих и фосфолипидов проводили денситометрически. Определяли следующие классы: общие фосфолипиды, свободный холестерин, свободные жирные кислоты, триглицериды, эфиры холестерина, суммарные лизофосфолипиды, сфингомиелин, фосфатидилинозитол, фосфатидилхолин, фосфатидилсерин, фосфатидилэтаноламин. Статистическую обработку проводили стандартными методами с применением программы Statistica. Различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. При сравнении липидного спектра здоровых добровольцев и больных туберкулезом, получавших в течении двух месяцев противотуберкулезные химиопрепараты, были выявлены следующие особенности. Уровень общих фосфолипидов был значительно

повышен в группе больных, получавших химиотерапию. Различия по данной фракции оказались более, чем на 8 % и были статистически достоверны ($p<0,05$). Показатель фракции свободного холестерина так же был достоверно выше на фоне приема препаратов и отличался от контрольной группы на 7,9 %. Однако значение относительно содержания в плазме крови свободных жирных кислот изменилось мало. Данный показатель от нормы достоверно не отличался ($p>0,05$). Уровень триглицеридов так же был близок к норме, однако повышение его на 1,8 % было статистически значимым ($p<0,05$). Эфиры холестерина напротив уменьшались у больных туберкулезом после интенсивной фазы, и не смотря на то, что данное значение было всего на 1,6 % ниже нормы, различие оказалось достоверным ($p<0,05$). Уровень суммарных лизофосфолипидов резко повышался после химиотерапии и достигал значений в 16 % от суммы всех фракций фосфолипидов. Это достоверно выше нормальных значений ($p<0,05$). Содержание сфингомиелина так же повышалось, но не так выраженно. Разница с нормой в 2,6 % была достоверной ($p>0,05$). Показатель фракции фосфатидилинозитола был ниже в 2 раза относительно аналогичного показателя у здоровых. Уровень фосфатидилхолина в плазме после химиотерапии был ниже на 7,8 %, чем у здоровых. Данные относительного содержания фосфатидилсерина статистически не отличались от контрольных значений. Относительное содержание фосфатидилэтаноламина у больных туберкулезом после проведения химиотерапии было достоверно выше, чем у здоровых ($p<0,05$).

Выводы. Выявленные изменения соотношений основных классов общих и фосфолипидов у больных туберкулезом после интенсивной фазы химиотерапии свидетельствуют о выраженном токсическом эффекте не только на отдельные органы и системы, но и на липидный обмен в целом, и требуют проведения корригирующей терапии.

УДК 616.24-002.5-084

Д. С. Рясенский, А. В. Асеев, А. И. Эльгали
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ЛИЗОФОСФОЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Туберкулез — инфекционное заболевание, для которого характерно длительное течение и выраженная перестройка многих био-

химических процессов, протекающих в организме, как вследствие влияния инфекта, так и вследствие длительного приема противотуберкулезных химиопрепаратов. Липидный спектр плазмы крови является наиболее чувствительным к различного рода воздействиям биологического и химического характера. Изменение соотношений отдельных фракций липидов может указывать на особенности патологических процессов, протекающих в организме человека под влиянием туберкулёзной инфекции и химиопрепаратов, составляющих основу этиотропной терапии больных туберкулезом. Липиды плазмы крови тесно связаны с мембранными липидами, выполняющими не только структурную функцию, но и определяющие многие функциональные особенности клеток. Особый интерес представляет изучение фракции лизофосфолипидов. Данная фракция представлена *лизофосфатидилхолином*, лизофосфотидилэтаноламином и лизофосфотидилсерином. Повышение относительного содержания лизофосфолипидов в плазме крови связано с повышение активности фосфолипазы А2, способствующей разрушению фосфатидилхолина с образованием лизофосфатидилхолина. Данная группа фосфолипидов токсична для клеток и долгое время повышение уровня суммарных лизофосфолипидов расценивалось исключительно как патологическая дезорганизация липидного обмена. В основном различные эффекты лизофосфолипидов объясняли их поверхностно-активными или детергентными свойствами. Однако, в последнее время, в литературе всё чаще встречается информация об участии лизофосфолипидов в трансдукции клеточных сигналов. Незначительное повышение данной фракции является адаптационной реакцией организма и лишь повышение показателей относительного содержания лизофосфолипидов более 10 % от нормы говорит о патологическом их накоплении.

Целью работы было определение особенностей изменения фракции суммарных лизофосфолипидов у больных туберкулезом легких до лечения и после окончания интенсивной фазы противотуберкулезной химиотерапии.

Материалы и методы. Выполнено определение фосфолипидного спектра крови 308 больных туберкулезом. Все обследованные находились на лечении в Тверском областном клиническом противотуберкулезном диспансере. Кровь для исследования забирали до начала лечения и после окончания интенсивной фазы химиотерапии. Все больные

получали препараты по 1 режиму. В исследование не включали лиц с сопутствующей диагностированной инфекционной или соматической патологией. Группу контроля составили здоровые добровольцы в количестве 36 человек. Экстракцию липидов проводили по Фолчу. Определение суммарных лизофосфолипидов выполняли методом тонкослойной хроматографии с денситометрией полученных хроматограмм в отраженном свете. Для подсчета относительного содержания лизофосфолипидов площадь пика лизофракций делили на площадь всех пиков. Попарное сравнение данных проводили с использованием статистического пакета StatSoft Statistica. Различия считались значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученных данных выявили следующие закономерности в изменении относительного содержания фракции суммарных лизофосфолипидов. У больных туберкулезом легких до начала лечения значение лизофосфолипидов было снижено на 1,9 % относительно контрольной группы. Такое снижение говорит о нарушении липидного обмена у больных туберкулезом вследствие контаминации микобактериальной флорой. Снижение уровня лизофракции могло так же быть фоном развития туберкулеза и присутствовать у больных ещё до болезни. Низкий уровень лизофосфолипидов у больных до начала терапии свидетельствует о нарушении липидного обмена не связанным с токсическим действием препаратов. После проведения интенсивной фазы химиотерапии мы наблюдали резкое повышение относительного содержания лизофракции. Уровень суммарных лизофосфолипидов после приема противотуберкулезных препаратов был достоверно выше, по сравнению с контрольными значениями и значениями в группе больных до начала лечения и составлял 16 %. Столь значительное повышение уровня лизофосфолипидов происходит вследствие токсического влияния противотуберкулезной химиотерапии и отражает выраженность дезрегуляции липидного обмена.

Выводы. Таким образом у больных туберкулезом легких до лечения и после окончания интенсивной фазы химиотерапии имеются разнонаправленные изменения относительного содержания лизофосфолипидов. Однако в обоих случаях показатели значительно отличались от контрольных и говорят о нарушении липидного обмена как в результате действия инфекта, так и вследствие токсического эффекта противотуберкулезной терапии.

УДК 616.24-002.5-084

Д. С. Рясенский, А. В. Асеев, А. И. Эльгали
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН В УСЛОВИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Длительный курс химиотерапии при туберкулезе самым различным образом отражается на функции всех органов и систем человеческого организма. Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов хорошо изучены и описаны в литературе. Однако, наиболее чувствительным к токсическому воздействию медикаментозных препаратов является липидный обмен. Определение относительного содержания отдельных классов общих и фосфолипидов позволяет получить представление о выраженности и направленности патологических процессов. На основании полученных сведений о процентном содержании различных фракций липидного спектра можно рассчитать интегральные показатели состояния биологических мембран.

Целью исследования явилось определение коэффициентов деструкции мембран и холестерин фосфолипидного соотношения в плазме крови больных туберкулезом до начала лечения и после окончания интенсивной фазы химиотерапии.

Материалы и методы. В основу работы легли результаты определения липидного спектра плазмы крови у 308 больных туберкулезом легких. Все больные находились на стационарном лечении в Тверском областном клиническом противотуберкулезном диспансере. Исследование проводилось с добровольного информированного согласия пациентов при отсутствии у последних сопутствующей патологии, а также деструктивного процесса в легких. Все обследованные получали противотуберкулезное лечение по первому режиму. Кровь для исследования забирали из вены до начала лечения и после окончания интенсивной фазы химиотерапии. Липиды экстрагировали по Фолчу с последующим хроматографическим разделением полученного экстракта на основные классы общих липидов и фосфолипидов. Детектирование и подсчет процентного содержания отдельных фракций производили в отраженном свете денситометрически. Статистическую обработку выполняли с применением программы Statistica.

Результаты. После обработки полученных данных были выявлены следующие характерные особенности изменения соотношений липид-

ных компонентов. В группе здоровых добровольцев холестерин фосфолипидное отношение оказалось равным 0,8, что не противоречит литературным данным. У больных туберкулезом до начала этиотропной терапии значение холестерин фосфолипидного отношения было чуть снижено и соответствовало 0,76. После проведения интенсивной фазы химиотерапии показатели данного коэффициента резко повышались и соответствовали 1,34. Такие числовые значения холестерин фосфолипидного отношения были достоверно выше не только по сравнению со здоровыми, но и больными до начала лечения. Среднее значение коэффициента деструкции мембран в контрольной группе равнялось 3,16. У больных туберкулезом легких данный показатель оказался достоверно выше и соответствовал 5,28. Однако, после проведенного курса химиотерапии значения коэффициента деструкции мембран уменьшались более, чем в 5 раз. Такое резкое снижение данного коэффициента характерно для патологических процессов, связанных с увеличением проницаемости клеточных мембран и увеличением деструкции. В данном случае выявленные изменения можно объяснить цитотоксическим эффектом противотуберкулезной химиотерапии.

Выводы. Таким образом, нами были выявлены выраженные отклонения от нормы таких интегральных показателей, как холестерин фосфолипидное отношение и коэффициент деструкции мембран, свидетельствующие о необходимости специфической коррекции липидного обмена у больных туберкулезом легких во время проведения этиотропной терапии.

УДК 616.24-002.5-084

Д. С. Рясенский, А. В. Асеев, А. И. Эльгали
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СООТНОШЕНИЙ ОСНОВНЫХ ФРАКЦИЙ ЛИПИДОВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЛЕГКИХ

Для туберкулеза легких характерно длительное течение, сопровождающееся значительной перестройкой различных систем организма. Наиболее наглядным является изменение соотношений липидных фракций в спектре общих и фосфолипидов плазмы крови. Роль отдельных классов липидов крови человека хорошо изучена. Существует много работ, посвященных изучению взаимопревращения различных

липидных компонентов плазмы крови, а также изучению особенностей липидного спектра при соматической и инфекционной патологии.

Целью работы было изучение особенностей изменения соотношений основных фракций липидов у больных туберкулёзом легких.

Материалы и методы. В рамках исследования проведен анализ липидного спектра крови у больных не деструктивными формами туберкулеза легких. В исследование включены 308 больных без сопутствующей соматической и инфекционной патологии. Кровь для исследования забирали из вены до начала лечения и после окончания интенсивной фазы химиотерапии. Все больные получали лечение по 1 стандартному режиму. Контрольную группу составили 36 здоровых добровольцев. Возраст всех обследованных лиц соответствовал молодому и среднему возрасту по градации ВОЗ. Липидный спектр определяли хроматографически. Экстракцию проводили по Фолчу. Статистическую обработку данных выполнили в программе Statistica10.

Результаты и обсуждение. Анализ полученных данных выявил дезорганизацию липидного обмена у больных туберкулезом, как до начала лечения, так и после окончания химиотерапии. При этом ряд изменений носили однонаправленный характер и отличались лишь выраженностью отклонения от нормы, а часть носила разнонаправленный характер. Так в спектре общих липидов особое внимание обращает на себя изменение таких фракций как суммарные фосфолипиды и свободный холестерин. При этом относительное содержание фракции свободных жирных кислот увеличивалось исключительно до начала химиотерапии, а после интенсивной фазы уменьшалось и достоверно от контрольных показателей не отличалось. Уровень триглицеридов напротив был значительно снижен у больных до начала лечения, а после химиотерапии сравним со значениями контрольной группы. В спектре фосфолипидов особое значение имеет повышение относительного содержания суммарных лизофосфолипидов после химиотерапии, так как свидетельствует о мембранодеструктивном действии противотуберкулезных препаратов. До лечения этот показатель был ниже контрольных значений. Другой важной отличительной особенностью является резкое снижение относительного содержания фосфатидилхолина по сравнению с группой больных до начала лечения. Изменения данного показателя носило разнонаправленный характер. Так же важно отметить изменение уровня фосфатидилинозитола. У больных туберкулезом легких он был несколько повышен, а после проведения химиотерапии резко снижался и был в 2 раза ниже нормы.

Выводы

1. Наличие разнонаправленных изменений липидного спектра крови больных туберкулёзом лёгких до начала лечения и после окончания интенсивной фазы химиотерапии говорит о различиях в патогенетических механизмах дезрегуляции липидного обмена под действием инфекта и противотуберкулезной химиотерапии.
2. Более выраженные изменения липидного спектра после проведения химиотерапии соответствуют более выраженным нарушениям липидного обмена вследствие токсического воздействия этиотропной терапии.

УДК 616.24-002.5-084

Д. С. Рясенский, А. В. Асеев, А. И. Эльгали
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

ТОКСИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ

Липидный спектр плазмы крови — универсальный показатель состояния обменных процессов в организме человека. Соотношение отдельных компонентов липидного спектра высоко чувствительно к различным воздействиям эндогенного и экзогенного происхождения. Изменение в липидном составе плазмы крови активно изучается при различной соматической и инфекционной патологии. Однако в литературе отсеивается описание изменения липидного спектра плазмы у больных туберкулезом после приема противотуберкулезных химиопрепаратов. В то же время выявление особенностей соотношения фракций общих липидов и фосфолипидов плазмы крови у больных туберкулезом имеет важное значение для понимания механизмов токсического действия этиотропной противотуберкулезной химиотерапии.

Целью работы являлось изучение соотношений различных компонентов липидного и фосфолипидного состава крови у больных туберкулезом, получавших этиотропную терапию.

Материалы и методы. Для изучения данного вопроса нами были сформированы 2 группы. Первую группу составили 36 здоровых добровольцев, не имеющих диагностированной соматической или инфекционной патологии. Во вторую группу вошли больные туберкулезом, получавшие химиотерапию по 1 стандартному режиму в течении 2-х месяцев, в общей сумме 60 доз комбинации препаратов первого ряда.

Все обследованные лица были в возрасте от 25 до 60 лет и относились к обоим полам в равном соотношении. Больные туберкулезом легких, имевшие распад или устойчивость к указанным препаратам, в исследование не включались. Экстракцию липидов плазмы проводили по Фолчу. Липидный спектр определяли классическими методиками, основанными на проточной тонкослойной хроматографии. Подсчет относительного содержания основных липидных и фосфолипидных компонентов осуществляли денситометрически. Статистическую обработку полученных данных выполняли с применением программы статистической обработки Statistica10.

Результатом исследования является полный спектр общих липидов и фосфолипидов плазмы крови больных туберкулезом легких после проведения интенсивной фазы химиотерапии. Анализ полученных данных выявил значительные отклонения в соотношении основных фракций от контрольных показателей. Причиной обнаруженной дезрегуляции липидного обмена является не столько влияние микобактериальной флоры, сколько токсическое действие химиотерапии. В основе обнаруженных изменений лежит активация фосфолипазы А2, приводящая к расщеплению фосфатидилхолина. Уровень данной фракции был достоверно ниже у больных после проведения химиотерапии. При этом обращает на себя внимание значительно повышенный уровень суммарных лизофосфолипидов. Данный показатель так же свидетельствует о высокой активности фосфолипаз. Накопление высоких концентраций лизофосфолипидов, как правило, вызывает цитотоксический эффект и может негативно отразиться на состоянии больного и сроках его лечения. Другой важной особенностью изменения липидного спектра больных туберкулёзом легких, получающих противотуберкулезную терапию, является резкое снижение относительного содержания общих фосфолипидов при одновременном повышении относительного содержания свободного холестерина. Указанный дисбаланс основных компонентов липидного спектра свидетельствует о глубоком нарушении обменных процессов вследствие токсического действия химиотерапии и длительной персистенции микобактерий. Выявленные нарушения являются не только маркером патологического изменения липидного обмена, но и косвенно свидетельствуют о состоянии общей резистивности организма и факторах, влияющих на способность организма больного человека бороться с туберкулезной инфекцией.

Выводы. Таким образом, нами выявлены существенные сдвиги в состоянии липидного и фосфолипидного спектра крови больных ту-

беркулезом легких, получающих противотуберкулезную химиотерапию, имеющие важное значение в оценке токсического влияния на организм этиотропной терапии и специфического воздействия микобактерий. Полученные данные могут быть использованы для проведения корригирующей патогенетической терапии в комплексном лечении больных туберкулезом легких.

УДК 616.24-0025-08:615.28

Л. Н. Савоненкова[1], Ф. Ф. Сайфутдинова [2], В. А. Дубровина [2]
[1]ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
[2]Областной противотуберкулёзный диспансер, г. Ульяновск, Россия

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЁЗА У ГОСПИТАЛЬНОГО КОНТИНГЕНТА БОЛЬНЫХ

Цель — охарактеризовать устойчивость возбудителя туберкулёза к противотуберкулёзным препаратам у госпитализированных больных.

Материалы и методы. Проанализирована лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (МБТ) у 265 больных, отобранных методом сплошной выборки из всех 656 бактериовыделителей, госпитализированных в отделение № 3 Ульяновского областного противотуберкулезного диспансера за период с 2010 по 2015 годы. Возраст больных варьировал от 19 до 75, (42,7±0,7; 95 % ДИ 41,4–44,2) лет, отношение мужчин и женщин было 4,3:1. Забор материала для исследования, выделение культуры и определение её устойчивости проводился в соответствии с приказами МЗ РФ № 109 от 21.03.03 года и № 951 от 29.12.2014 года, обработка результатов — с помощью программы «Statistica 10.0 for Windows». Достоверность различий между показателями оценивалась t-критерием Стьюдента и методом χ^2-квадрат.

Результаты и обсуждение. Лекарственная устойчивость возбудителя выявлена у 265 из 656 (40,4 %), вторичная у 179 (27,3 %), первичная — у 86 (13,1 %) больных, выделяющих МБТ, p=0,002. В клинической структуре туберкулеза с выделением лекарственной устойчивости возбудителя 112 (42,2 %) и 93(35,1 %) составили инфильтративная и фиброзно-кавернозная формы с одинаковой частотой (p=0,26), 49 (18,5 %) — диссеминированная и 11 (4,2 %) — казеозная пневмония, диагностированные вдвое и в 10 раз реже, p=0,001. Это в целом соответствует структуре клинических форм стационарного контингента больных туберкулезом с деструктивными формами и бактериовыделе-

нием. Устойчивость к двум и более препаратам выявлена у 209 (31,9 %), в том числе множественная — у 173 (26,4 %) госпитализированных бактериовыделителей, что в 3,8–3,1 раз чаще, чем к одному противотуберкулезному препарату, p=0,001. К препаратам первого ряда устойчивость обнаружили у 200 (30,5 %), второго — у 132 (20,1 %), причем у 67 (10,2 %) — к препаратам обоих рядов.

Устойчивость к стрептомицину выявили у 191 (29,1 %), изониазиду — у 186 (28,4 %), рифампицину — у 166 (25,3 %) из числа госпитализированных бактериовыделителей, что составило 72,1 %–70,2 %–62,6 % от всех больных с лекарственной устойчивостью МБТ. Резистентность к канамицину регистрировали у 102 (15,5 %), этамбутолу — у 87 (13,3 %), протионамиду — у 81 (12,3 %), амикацину — у 60 (9,1 %) всех бактериовыделителей или в 38,5 %–32,8 %–30,6 %–22,6 % случаев заболевания с устойчивостью к МБТ. Устойчивость к фторхинолонам регистрировали у 38 (5,8 %), капреомицину — у 29 (4,4 %), ПАСК — у 12 (1,8 %) госпитализированных больных туберкулезом с бактериовыделением, что составило 14,3 %–10,9 %–4,5 % от бактериовыделителей с лекарственной устойчивостью.

Заключение. Устойчивость МБТ к противотуберкулёзным препаратам выявляется у 40,4 %, в том числе множественная — у 26,4 % госпитальных больных, являющихся бактериовыделителями, причем вторичная устойчивость вдвое чаще первичной. Резистентность к стрептомицину, изониазиду и рифампицину определяется в $^{3}/_{4}$–$^{2}/_{3}$; к канамицину, этамбутолу, протионамиду, амикацину — в каждом 3–4-м; к фторхинолонам и капреомицину — в каждом 7–9-м, а к ПАСК — в каждом 20-м госпитальном случае туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя.

УДК 616.24-002.5-036

Л. Н. Савоненкова[1], Т. Е. Сорокина[2]
[1]ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет»,
[2]Больница исправительно-трудовой колонии № 9, г. Ульяновск, Россия

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Заболеваемость туберкулезом в учреждениях пенитенциарного типа значительно выше, чем в общей популяции. Пребывание в пенитенциарных учреждениях характеризуется особыми условиями быта,

а контингент указанных учреждений отличается по социальному и материальному статусу.

Цель — изучение коморбидности у больных туберкулезом лиц, находящихся в местах лишения свободы.

Методы и материалы. Обследование больных проводили в соответствии с приказами МЗ РФ № 951 от 29.12.2014 года, обработка результатов — с помощью программы «Statistica 10.0 for Windows». Достоверность различий между показателями оценивали с помощью t-критерия Стьюдента и методом 2Ч2 (χ^2-квадрат). Различия считали достоверными при $p<0,05$. Проанализированы 323 медицинские карты всех стационарных больных, получивших лечение по поводу туберкулеза в областной больнице в исправительно-трудовой колонии № 9 в 2015 году (сплошная выборка). С диагнозом инфильтративный туберкулез легких было 262 (81,2 %), диссеминированный — 22 (6,8 %), очаговый туберкулез легких — 10 (3,1 %), туберкулезный плеврит — 9 (2,8 %), милиарный туберкулез легких и казеозная пневмония — 5 (1,5 %), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов и первичный туберкулезный комплекс — 3 (0,9 %), в том числе с деструкцией и бактериовыделением 112 (34,7 %) осужденных.

Результаты и обсуждение. Коморбидность выявлена у всех 323 (100 %) осужденных, больных туберкулезом. Их возраст составил 35,0±0,6; 95 % ДИ 34,2–36,1 лет. У 232 или 71,8 % больных туберкулезом регистрировали два сопутствующих заболевания, реже — три (n=43 или 13,3 %) или четыре заболевания одновременно (n=7 или 1,7 %), p=0,001. Одно сопутствующее заболевание выявили лишь у 41 (12,7 %) больных. В структуре сопутствующих заболеваний были наркомания и хронический вирусный гепатит В и/или С, встретившиеся в 172 и 153 случаях (53,3 % и 47,4 %), ВИЧ-инфекция (n=90 или 27,9 %), гипотрофия (n=70 или 21,7 %). Язвенную болезнь желудка/двенадцатиперстной кишки или хронический гастрит (n=39 или 12,1 %), артериальную гипертонию и ишемическую болезнь (n=32 или 9,9 %), хронический бронхит и бронхиальную астму (n=29 или 9,0 %) диагностировали реже, p=0,001. Остеохондроз позвоночника (n=23 или 7,1 %), психические заболевания и алкоголизм (n= 25 или 7,8 %), анемия (n= 16 или 5,0 %), сахарный диабет (n= 7 или 2,2 %), хроническая болезнь почек (n= 6 или 1,9 %) встретились значительно реже, p=0,001.

Выводы

1. Коморбидность имеет место у 100 % больных туберкулезом, находящихся в пенитенциарных учреждениях. Причем у $^3/_4$ больных

(71,8 %) туберкулезом диагностируется по два, у каждого седьмого-восьмого (13,3 %) по три сопутствующих заболевания.

2. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у больных туберкулезом, находящихся в пенитенциарных учреждениях, являются наркомания и хронический вирусный гепатит В и/или С, встречающиеся у каждого второго пациента (53,3 % и 47,4 % соответственно). У каждого четвертого – пятого осужденного диагностируется ВИЧ-инфекция (27,9 %) и гипотрофия (21,7 %).
3. У каждого десятого больного туберкулезом пенитенциарных учреждений, несмотря на молодой возраст (35,0±0,6 лет), имеют место хронические заболевания гастроинтестинального тракта (12,1 %), сердечно-сосудистые заболевания (9,9 %), а также хронические болезни органов дыхания (9,0 %).

УДК. 616-002.5-07

Т. Ю. Салина, Т. И. Морозова
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов, Россия

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ТУБОСАН В ИНТЕНСИВНУЮ ФАЗУ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Лечение больных туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ) и (ШЛУ) микобактерий отличается низкой эффективностью антибактериальной терапии. Применение шести противотуберкулезных препаратов в течение длительного, многомесячного периода у ряда пациентов приводит к появлению ряда нежелательных реакций, не достигая должного положительного эффекта. Это заставляет искать дополнительные средства повышения эффективности лечения.

Цель — оценить эффективность использования нового иммунотропного препарата тубосан в комплексном лечении больных с тяжелыми, деструктивными формами туберкулеза легких с МЛУ и ШЛУ.

Материалы и методы. Лечение препаратом тубосан в составе комбинированной терапии по IY и Y режимам химиотерапии получали 20 социально-адаптированных женщин, в возрасте от 27 до 75 лет, нахо-

дившихся на стационарном лечении в ОКПТД в 2016 году. Все пациентки имели тяжелые, распространенные формы туберкулеза (инфильтративный — 14 (70 %), генерализованный туберкулез — 2 (10 %), множественные туберкулемы легких, включая прогрессирование процесса в послеоперационном периоде — 4 (20 %) человека) с наличием осложнений (легочно-сердечной и дыхательной недостаточности, туберкулеза гортани и бронхов, кахексии) — у 8 (40 %). У всех больных, в лечении которых использовался тубосан, регистрировался лекарственно-устойчивый туберкулез (ЛУ), включая устойчивость к рифампицину в 2 (10 %) случаях, МЛУ в сочетании с полирезистентностью в 6 (30 %), ШЛУ в 10 (50 %) и тотальную ЛУ ко всем препаратам в 2 (10 %) случаях. У 19 (95 %) человек процесс протекал на фоне тяжелой сопутствующей патологии: ХОБЛ — 16 (80 %), сахарный диабет — 4 (20 %), заболевания желудочно-кишечного тракта — 4 (20 %), заболевания мочеполовой системы — 8 (40 %), заболевания сердечно-сосудистой системы 2 человека (10 %). Основанием к назначению препарата тубосан в большинстве случаев послужило прогрессирование туберкулезного процесса или отсутствие должного эффекта от проводимой стандартной химиотерапии с учетом ЛУ, что требовало усиления патогенетической терапии. Препарат применяли по схеме по 200 мг 2 раза в день per os, ежедневно в течение 2 месяцев. Эффективность терапии оценивали по динамике клинико-рентгенологической картины, уменьшению интенсивности бактериовыделения, рубцеванию полостей распада в легких, динамике гематологических показателей через 2 месяца терапии.

Результаты и обсуждение. В результате лечения через 2 месяца терапии достигнуто полное исчезновение интоксикационного синдрома у 20 (100 %) пациенток, прекращение прогрессирования туберкулезного процесса и частичное рассасывание инфильтрации и уменьшение в размерах полостей распада — у 10 (50 %), рубцевание полости распада — в 2 случаях (10 %), прекращение бактериовыделения, регистрируемое методом микроскопии и посева — у 4 (20 %) и в 2 (10 %) случаях достигнуто уменьшение интенсивности бактериовыделения. Улучшение гематологических показателей в виде уменьшения СОЭ, лейкоцитоза и увеличения числа лимфоцитов было зарегистрировано у 8 (40 %) человек. На применение тубосана нежелательные реакции не были выявлены ни в одном случае.

Заключение. На основании анализа небольшого числа пациентов с тяжелыми, деструктивными формами туберкулеза легких с МЛУ и

ШЛУ можно сделать вывод о том, что использование препарата тубосан в составе этиопатогенетической терапии в целом благоприятно влияет на течение туберкулезного процесса.

УДК 378.091.3:004

И. А. Семянив, В. И. Сливка
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Современное состояние общественного развития, одной из особенностей которого выступает многоразовое увеличение информационных потоков, заставляет формулировать принципиально новые приоритеты в подготовке специалистов высшей школы, в том числе медицинской.

Применение современных информационных технологий в учебном процессе вуза требует изменений в методике преподавания всех дисциплин. Это связано с тем, что преподаватель перестает быть для студента единственным источником получения знаний. Сейчас много информации можно найти в сети Интернет. Ориентация на формирование репродуктивных навыков, таких как запоминание и воспроизведение, по традиционному обучению сменяется развитием умений сопоставления, синтеза, анализа, оценки выявления связей, планирования, группового взаимодействия с использованием информационно-коммуникационных технологий. В таких условиях изменения должны коснуться методики проведения аудиторных занятий и организации самостоятельной работы.

Информационно-коммуникационные технологии усиливают роль методов активного познания и дистанционного обучения. По требованиям Болонского процесса увеличивается доля самостоятельной работы студентов в учебных программах всех дисциплин. Информационно-коммуникационные и дистанционные технологии обучения позволяют обеспечить студентов электронными учебными ресурсами для самостоятельной работы, задачами для самостоятельного выполнения, реализовать индивидуальный подход к каждому студенту и тому подобное.

Использование дистанционных технологий в условиях кредитно-модульной системы дает возможность: а) студентам — выбирать удобное время для изучения и усвоения учебных дисциплин, самостоятельно осуществлять дистанционно-модульный контроль и анализ своей учебной деятельности; б) преподавателям — систематически управлять учебной работой студентов, контролировать и анализировать их деятельность по каждому модулю учебной дисциплины, стимулирует студента качественно усваивать содержание высшего образования.

В настоящее время наиболее распространенными дистанционными технологиями поддержки учебного процесса в высшей школе являются:

- кейс-технологии;
- телевизионно-спутниковая технология;
- сетевые информационно-коммуникационные технологии.

В высшем медицинском образовании чаще всего используются телевизионно-спутниковые и сетевые информационно-коммуникационные технологии. Сейчас разработан довольно широкий спектр систем управления обучением, которые распространяются как на коммерческой основе (WebCT, Blackboard, Microsoft Learning Gateway), так и свободно (ATutor, OLAT, Sakai, MOODLE). Использование в учебном процессе современных электронных средств обучения и информационных ресурсов, в том числе и для дистанционного обучения, позволяет улучшить подготовку студентов-медиков на додипломном этапе подготовки.

УДК 378.018.43:004:614.253.4

И. А. Семянив, Л. Д. Тодорико, М. М. Семянив
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

КОНЦЕПЦИЯ ИНФОРМАТИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА С ПОМОЩЬЮ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ «MOODLE» ДЛЯ ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Введение. Информационные технологии обучения развивают идеи программированного обучения, открывают совершенно новые, еще не исследуемые технологические варианты обучения, связанные с уникальными возможностями современных компьютеров и телекоммуникаций.

Современное информационное общество диктует настоятельную необходимость информатизации образования, цель которой состоит в глобальной рационализации интеллектуальной деятельности за счет использования новых информационных технологий, радикального повышения эффективности и качества подготовки специалистов с новым типом мышления, который соответствует требованиям постиндустриального общества.

Согласно «Основных принципов развития информационного общества в Украине», одной из основных целей развития информационного общества в Украине является обеспечение компьютерной и информационной грамотности населения, прежде всего путем создания системы образования, ориентированной на использование новейших информационно-компьютерных технологий (ИКТ) в формировании всесторонне развитой личности.

Главным условием успешной реализации основных принципов является обеспечение обучения, воспитания, профессиональной подготовки человека для работы в информационном обществе.

Концепция информатизации учебного процесса предусматривает поэтапное внедрение в учебный процесс программных средств учебно-воспитательного назначения (ПСУН), рациональное сочетание традиционных методов и средств обучения с современными информационными технологиями, что, в конечном итоге, ведет к улучшению результатов обучения.

Переход к новым компьютерно-ориентированным технологиям обучения, создание условий для их разработки, апробации и внедрения, рациональное сочетание новых информационных технологий обучения с традиционными — сложная педагогическая задача, требующая решения целого комплекса психолого-педагогических, организационных, учебно-методических, технических и других проблем.

В основу использования средств современных ИКТ в учебном процессе, как и других традиционных средств и систем обучения, должны быть положены общепризнанные дидактические принципы обучения. К ним относятся принципы: единства обучения, воспитания и развития; научности и систематичности; сознания и творческой активности студентов в обучении; наглядности; прочности усвоения знаний, формирования умений и навыков; дифференцированного подхода к обучению каждого студента; развивающего обучения.

Программные средства учебного назначения должны соответствовать требованиям педагогической целесообразности и оправданности

их применения, которые заключаются в том, что программное средство следует наполнять таким содержанием, которое наиболее эффективно может быть усвоено с помощью компьютера и использовано только тогда, когда это дает неоспоримый педагогический эффект. В первую очередь это касается демонстраций процессов, реализация которых в условиях обучения затруднена или невозможна.

В частности, при подборе методики представления и проверки усвоения предметных знаний и умений студентов необходимо учитывать мотивационный аспект, индивидуально-личностные, психофизиологические особенности каждого студента. Важным является также обеспечение определения и последующего учета индивидуального начального уровня, т.е. определение объема и глубины усвоения опорных знаний, сформированных соответствующих умений, устойчивости навыков, с использованием компьютерной программы оценки базисного уровня знаний по конкретному предмету.

Дистанционное обучение (ДО) — совокупность технологий, обеспечивающих доставку обучаемым основного объема изучаемого материала; интерактивное взаимодействие студентов и преподавателей в процессе обучения, предоставление студентам возможности самостоятельной работы по усвоению изучаемого материала, а также в процессе обучения. Использование дистанционных технологий в условиях кредитно-модульной системы дает возможность:

а) студентам — выбирать удобное время для изучения и усвоения учебных дисциплин, самостоятельно осуществлять дистанционно-модульный контроль и анализ своей учебной деятельности;

б) преподавателям — систематически управлять учебной работой студентов, контролировать и анализировать их деятельность по каждому модулю учебной дисциплины, стимулирует студента качественно усваивать содержание высшего образования.

Результаты. В Буковинском государственном медицинском университете для обеспечения студентов, врачей(провизоров)-интернов и врачей-курсантов электронными учебными материалами, организации и управления самостоятельной работой, автоматизированного тестирования используется модель интеграции дневной формы обучения с сетевыми информационно-коммуникационными технологиями обучения на базе LMS «MOODLE».

MOODLE (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) — это виртуальная учебная среда, которая представляет собой сетевую программную оболочку для создания электронных учебно-методичес-

ких комплексов. Это свободное (распространяется по лицензии GNU GPL) веб-приложение, которое позволяет создавать сайты для онлайн-обучения. Данная система реализует философию «педагогики социального конструктивизма» и ориентирована, прежде всего, на организацию взаимодействия между преподавателем и учениками, подходит для организации традиционных дистанционных курсов, а также поддержки очного обучения. MOODLE переведена на десятки языков, в т.ч. на украинский. Система используется в 50 тыс. учебных заведениях более чем 200 странах мира.

Внедрение в учебный процесс БГМУ данной системы начато в мае 2010 года, когда была создана рабочая группа по разработке мероприятий по внедрению дистанционных технологий в учебный процесс. Рабочей группой изучены правовые, организационно-методические, научные и технические основы использования дистанционных технологий, на основании чего был разработан соответствующий план мероприятий.

Согласно разработанному плану была изучена техническая возможность эксплуатации учебной Интернет-среды «MOODLE» студентами университета, для чего в сентябре 2010 года было проведено соответствующее анкетирование. По результатам опроса было установлено, что почти 70 % студентов, которые учились в то время в БГМУ, имеют персональный компьютер (ноутбук) и возможность доступа к сети Интернет.

В октябре 2010 года был запущен сервер дистанционного обучения (moodle.bsmu.edu.ua), на котором была создана навигационная карта в разрезе факультетов, специальностей (направлений), курсов и учебных дисциплин в соответствии с рабочими учебными планами.

На сервере дистанционного обучения преподаватели могут представить наглядные материалы в виде учебных таблиц, презентаций лекций, видеороликов. Это позволяет усилить интерес студентов к учебному материалу, улучшить усвоение, а на практическом (семинарском) занятии наиболее оптимально использовать отведенное время. Кроме того, мультимедийные ресурсы позволяют студентам уже на этапе подготовки к учебному занятию ознакомиться с 3D анатомическими моделями, в видеорежиме увидеть методики проведения клинического или лабораторно-инструментального обследования пациента, ход выполнения экспериментов, прослушать аудиолекции.

Мощный арсенал учебно-методических ресурсов, интерактивные элементы, гибкая и интересная система обратной связи превратила

сервер дистанционного обучения из учебной веб-платформы в своеобразную социальную сеть университетского сообщества. Свидетельством этому может служить статистика посещения сервера, согласно которой его посещают в среднем 2500 пользователей в день. Даже в выходные дни количество посещений составляет не менее 1 тыс.

На сегодняшний день можно констатировать успешность применения ИКТ на всех этапах учебного процесса от подачи нового материала к контролю полученных знаний, умений и навыков.

Выполнение оптимального соотношения объемов аудиторной и самостоятельной работы зависит от качественно составленного учебного плана, в котором учтена не только правильная последовательность изучения отдельных дисциплин, но и достигнуто оптимальное соотношение между аудиторной и самостоятельной работой.

На сервере дистанционного обучения для каждой учебной дисциплины созданы электронные учебные курсы, содержащие организационно-методические и учебно-справочные блоки, а также средства самоконтроля и проверки знаний студентов.

Сервер дистанционного обучения БГМУ позволяет сформировать и предоставить студенту не только организационно-методический и учебно-справочный контент, но и обеспечивает контроль самостоятельной деятельности студента. В частности, преподаватель может получить информацию о количестве посещений сервера, времени пребывания в электронном учебном курсе, перечень обработанных ресурсов и элементов курса, количества и качества выполненных задач. Преподавателю доступны результаты деятельности конкретного студента, а также анализ работы академической группы в целом. Такая информация позволяет преподавателю своевременно влиять на учебную деятельность студентов, корректировать проблемы в обучении, а самое главное — развивать у студентов осознание целесообразности систематической самостоятельной работы. В настоящее время рабочими учебными программами не предусмотрено обязательное использование студентами сервера дистанционного обучения БГМУ при самостоятельной работе, но сервер пользуется большой популярностью среди студенчества. Результаты опроса, проведенного в феврале 2013 года, показали, что около 90 % студентов ежедневно используют сервер при подготовке к учебным занятиям. На сервере по данным сервиса Интернет-статистики «Hotlog» в среднем в сутки регистрируется 5500 просмотров. По показателям «Рамблер ТОП 100» сервер дистанционного обучения БГМУ занимает 6 место в категории «Дистанци-

онное образование», а в категории «Образование», где зарегистрировано более 6400 сайтов и информационных вебпорталов, занимает 57 позицию. По рейтингу «TopPing» поиск дистанционного обучения БГМУ занимает 3–4 место среди всех сайтов Черновицкой области, уступая лишь сайтам отдельных средств массовой информации.

Выводы. В учебный процесс Буковинского государственного медицинского университета внедрены и успешно используются адекватно требованиям высшей медицинской школе современные электронные средства обучения и информационные ресурсы, в том числе и для дистанционного обучения, что позволяет улучшить подготовку студентов-медиков на додипломном этапе и врачей-слушателей на последипломном этапе подготовки.

УДК 378.147

В. И. Сливка
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОГРАММНО-МЕТОДИЧЕСКИХ КОМПЛЕКСОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

Наличие психофизиологических особенностей у студентов как субъектов обучения и воспитания является определяющим в рационально организованном учебном процессе, кроме целей обучения. Необходимость корректно учитывать психофизиологические закономерности учебно-познавательной деятельности является основой сложившейся на базе многовекового опыта системы методов, средств, организационных форм, приемов обучения и воспитания. Информационные технологии обучения (ИТО) могут быть эффективными и не вредить физическому и психическому здоровью студентов только тогда, когда они органично вписываются в традиционную систему обучения.

Основными и необходимыми составляющими ИТО являются педагогические программные средства (ППС) или программные средства учебно-воспитательного назначения (ПСУН). К компьютерно-ориентированным средствам обучения относятся не исключительно программные средства различного назначения, но и другие средства обучения, применение которых совмещается с использованием вычисли-

тельной техники, в том числе и печатные учебные пособия. К ПСУН условно можно отнести, кроме собственно программных средств учебного назначения, видеоматериалы, аудиоматериалы, гипертекстовые и гипермедийные системы учебного назначения.

Концепция информатизации учебного процесса, основанная на органическом сочетании традиционных и новейших средств обучения, предусматривает поэтапное, постепенное внедрение в учебный процесс ПСУН, рациональное объединение традиционных методов и средств обучения с современными информационными технологиями, что, в свою очередь, ведет к улучшению результатов обучения.

Опыт применения компьютерно-ориентированных средств обучения доказывает, что наиболее эффективной формой использования ППС в учебном процессе является их включение в состав программно-методических комплексов (ПМК), то есть использование программных средств наряду с учебно-методическими материалами, предназначенными для преподавателя и студентов. Переход к новым компьютерно-ориентированным технологиям обучения, создание условий для их разработки, апробации и внедрения, рациональное сочетание новых информационных технологий обучения с традиционными — это сложная педагогическая задача, которая требует решения целого комплекса психолого-педагогических, организационных, учебно-методических, технических и других проблем.

Основными среди этих проблем являются:

- разработка научно-методического обеспечения решения задач информатизации учебно-воспитательного процесса;
- подготовка педагогических кадров к использованию в учебном процессе средств современных информационно-коммуникационных технологий;
- подготовка студентов к использованию современных средств учебно-познавательной деятельности;
- материально-техническое и научно-методическое обеспечение учебных заведений;
- разработка методик использования современных информационных технологий обучения в учебном процессе при изучении всех без исключения учебных предметов.

Успешное решение многоаспектных проблем информатизации учебного процесса возможно только при соблюдении психолого-педагогических условий, которые определяют эффективность учебно-познавательной деятельности. Актуальность психолого-педагогической

проблематики обусловлена, прежде всего тем, что она охватывает практически все вопросы, связанные с использованием компьютерной техники в учебном процессе, начиная с психолого-педагогического обоснования использования компьютерной техники непосредственно как средства обучения, выяснения психологических особенностей использования компьютера студентами разных возрастных групп, разработки компьютерно-ориентированных методических систем обучения различных учебных предметов и заканчивая таким практически важным вопросом, как преодоление психологического барьера, возникающего у многих потенциальных пользователей (учителей, руководителей учебных заведений, педагогов-исследователей), относительно самой идеи информатизации всего учебного процесса и связанной с этим необходимостью приложить определенные усилия для овладения новыми методами и средствами учебной деятельности.

К числу неотложных проблем, требующих теоретического и экспериментального обоснования и решения, можно отнести:

- определение цели создания и применения в учебном процессе компьютерно-ориентированных методических систем обучения конкретных учебных предметов;
- разработку методических приемов сочетания индивидуальных, групповых и коллективных форм компьютерно-ориентированного обучения;
- разработку способов использования средств обучения, обеспечивающих активизацию учебно-познавательной деятельности студентов, развитие их самостоятельности;
- разработку средств обучения и методик их применения, направленных на реализацию эффективного мониторинга учебного процесса и организацию эффективного управления учебным процессом;
- определение правильных педагогически целесообразных и обоснованных пропорций между компьютерно-ориентированными и традиционными формами обучения;
- формулировку и проверку психолого-педагогических требований к педагогическим программным средствам на всех этапах учебного процесса;
- разработку эффективных форм управления учебно-познавательной деятельностью с ориентацией на информационно-коммуникационные технологии (ИКТ).

Требования к компьютерно-ориентированным системам обучения.

В основу использования средств современных ИКТ в учебном процессе, как и в любых традиционных средствах и системах обучения, должны быть положены общепризнанные дидактические принципы обучения. К ним относятся:

- принцип единства обучения, воспитания и развития;
- принципы научности и систематичности;
- сознания и творческой активности студентов в обучении;
- принцип наглядности;
- принцип успешного усвоения знаний, формирования умений и навыков;
- принцип дифференцированного подхода к обучению каждого студента в условиях коллективной работы класса;
- принцип развития обучения.

Конкретизируя требования к учебному процессу, организованного с применением ИКТ, можно выделить следующие основные принципы.

Принцип научности. К содержанию обучения следует включать только достоверные научные знания в форме, соответствующей научной модели определенного уровня адекватности, но не может трактоваться иначе, чем принято в соответствующей отрасли науки. К содержанию образования, вместе с тем, могут включаться не только устоявшиеся в науке знания, но и фундаментальные проблемы современной науки. Принцип научности определяет не только способы и критерии отбора содержания учебного материала, но и способы его подачи в соответствии с современным уровнем научных знаний. В связи с этим предусматривается формирование у студентов умений и навыков научного поиска, ознакомления их с современными методами познания. К педагогической модели знаний должны быть включены как сведения об основных научных фактах (законы определенной предметной области), так и о способах, которыми эти факты установлены. Таким образом, воспроизведение учебного материала, в том числе с использованием средств ИКТ, должно происходить на основе моделей, которые должны быть адекватными научному знанию и одновременно доступными для понимания студентами. Способы подачи учебного материала должны соответствовать современным научным методам познания. Такими являются методы моделирования (физическое, математическое, информационное), методы системного анализа, которые способствуют наиболее глубокому познанию объектов и явлений реального мира.

Принцип наглядности. Понимание принципа наглядности требует точного определения тех действий, которые необходимо выполнить с предметами и средствами деятельности, чтобы, с одной стороны, выявить содержание будущего понятия, а с другой — подать это содержание в виде знаковых (или других) моделей.

Принцип систематичности и последовательности. Систематичность подачи учебного материала предусматривает предоставление условий для создания студентом личностной модели знаний, которая должна быть внутренне непротиворечивой системой, соответствовать цели обучения, то есть быть максимально адекватной педагогической модели знаний. В основе этого принципа целесообразно выделить новый компонент — способ реализации учебных действий, в ходе выполнения которых усваиваются знания. Для того чтобы у студентов с самого начала сложилась система представлений о деятельности, которую следует выполнить, необходимо в начале обучения дать общие установки, то есть создать ориентировочную основу действий. Содержание учебного предмета и использование компьютерно-ориентированных систем обучения должны отображать логику науки адекватно ее современному состоянию, отображать логику системного раскрытия сущности объектов и явлений действительности, которые изучаются.

Принцип активного привлечения всех студентов в учебный процесс. Принцип активного привлечения всех студентов в учебный процесс требует от преподавателя не только привлечения студентов к активной деятельности на уроке. Важным является осознание студентом необходимости собственной деятельности, предоставление ему возможности выбора таких ее видов, которые отвечают его способностям. Формулировка преподавателем критериев отбора наиболее рациональных видов деятельности создает соответствующую ориентировочную основу. Одним из таких критериев является соответствие содержания деятельности студентов усвоенным знаниям, причем, активность выступает как требование воспроизведения студентами не только предметных действий, но и учебных действий, в ходе которых происходит усвоение предметных знаний. Отсюда следует, что содержание деятельности, организованной с использованием ПСУН, должно отвечать усвоенным знаниям. С другой стороны, если целью является формирование у студентов умений, которые входят как составляющие в педагогическую модель знаний, то организацию деятельности можно осуществлять как следование определенным рекомендациям, сформулированным в виде описания последовательности действий. Если же

целью является формирование умений решать эвристические задачи, то необходимо предоставить студентам возможность самостоятельно строить план действий. Компьютер и ПСУН в этой ситуации могут играть роль справочника.

Принцип индивидуализации индивидуального подхода в обучении. При создании и выборе компьютерно-ориентированных систем обучения, с применением которых реализуется принцип индивидуализации обучения, должны учитываться направления и уровни индивидуализации. В частности, во время отбора методики подачи и проверки усвоения предметных знаний и умений студентов необходимо учитывать мотивационные аспекты, индивидуально-личностные, психофизиологические особенности каждого студента. Важным является также определение и последующая необходимость учитывать индивидуальный начальный уровень, то есть определение объема и глубины усвоения базовых знаний.

Принцип доступности. Доступностью определяется возможность достижения цели обучения, как в целом, так и на определенном его этапе. Условием реализации является наличие до начала обучения всех его внутренних и внешних предпосылок.

Принцип доступности связан с принципами систематичности и последовательности, поскольку только те знания, которые подаются в строгой последовательности, с соблюдением требований систематичности, становятся доступными для восприятия и усвоения.

Определение уровня эффективности педагогического программного обеспечения.

Определение уровня эффективности педагогического программного обеспечения производится, как правило, путем экспертной оценки.

Для формирования оценочного суждения необходимо четко сформулировать определенные критерии эффективности и качества программного средства, предназначенного для использования в учебном процессе.

Для определения пригодности использования программного средства в учебном процессе не достаточно общих требований к качеству программных средств, приведенных в форме номенклатуры показателей качества первого и второго уровня ДОТУ 285СМИ4 и показателей качества по ГОСТ 28195-84, которым должны отвечать любые товарные (предназначены для использования не только самим разработчиком) программные средства.

Опыт использования программных средств в учебном процессе позволяет сгруппировать критерии определения качества педагогического программного средства по нескольким направлениям.

УДК 378.147.09:004.087:61

В. И. Сливка
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Важная роль в процессе создания и использования информационных технологий принадлежит системе высшего образования как основному источнику высококвалифицированных кадров и мощной базе фундаментальных и прикладных научных исследований. Специфика высшей школы состоит в том, что она, с одной стороны, служит потребителем, а с другой — активным производителем информационных технологий.

Для выяснения роли информационных технологий в высшей школе остановимся на сути этого понятия. Оно может использоваться в значении научного направления или способа работы с информацией. Итак, существует две трактовки понятия «информационная технология»:

1) способ сбора, преобразования и передачи информации для получения новых данных об исследуемом объекте;
2) совокупность знаний о способах и средствах работы с информационными ресурсами.

Информационными технологиями обучения называют все технологии, использующие специальные технические информационные способы (ЭВМ, аудио, кино, видео). В то время, когда компьютеры стали широко использоваться в образовании, появился термин «новая информационная технология обучения». Любая технология обучения, по сути, является информационной, поскольку основу технологического процесса обучения составляет информация и ее движение (преобразование), учебно-воспитательный процесс всегда сопровождается обменом информацией между педагогом и студентом. Но в современном понимании информационной технологии обучения является

та, что использует специальные способы, программные и технические средства (кино, аудио и видео средства, компьютеры, телекоммуникационные сети) для работы с информацией. Суть информатизации высшего образования заключается в создании для педагогов и студентов благоприятных условий для свободного доступа к культурной, учебной и научной информации.

Целью применения компьютерной технологии обучения является:

1) формирование умения студентов работать с информацией, развитие коммуникативных способностей;
2) подготовка личности «информационного общества»;
3) увеличение объема учебного материала для творческого использования его студентами;
4) формирование исследовательских навыков, умение принимать оптимальные решения и тому подобное.

Информационные технологии основываются на использовании определенной формализованной модели содержания, воплощенной в педагогические программные средства, записанные в память компьютера, и возможностях телекоммуникационной сети. Главной особенностью фактологической части содержания обучения является многократное увеличение «поддерживающей информации», наличие компьютерной информационной среды, включающей на современном уровне базы информации, гипертекст и мультимедиа (гипермедиа), микромиры, имитационное обучение, электронные коммуникации (сети), экспертные системы.

Компьютерные средства обучения называют интерактивными, они обладают способностью «отзываться» на действия студента и преподавателя, «вступать» с ними в диалог, что и составляет главную особенность информационных технологий обучения. Компьютер может использоваться на всех этапах процесса обучения: объяснения (введения) нового материала, закрепления, повторения, контроле знаний.

Комплекс компьютерных программ предоставляет пользователям (преподавателям и студентам), которые могут и не владеть языками программирования, такие возможности:

- педагог вводит в базу данных многогранную информацию (теоретический и демонстрационный материал, практические задания, вопросы для тестового контроля) и формирует сценарии проведения занятия;
- студент согласно сценария, выбранного педагогом или самим студентом, работает по учебно-методическим материалам;

- студент сам определяет последовательность и собственный темп изучения учебного материала, используя автоматизированный контроль усвоения знаний;
- информация об учебной деятельности студента протоколируется (количество баллов, набранных во время тестирования по определенным темам) и заносится в базу данных;
- преподавателю и студенту предоставляется информация о результатах обучения.

Таким образом, информатизация обучения требует от преподавателей и студентов компьютерной грамотности, что можно рассматривать как особую часть содержания информационных технологий. Структура содержания компьютерной грамотности состоит:

- из представления об основных понятиях информатики и вычислительной техники;
- знания принципов действия и функциональных возможностей компьютерной техники;
- знания современных операционных систем и владения их основными командами;
- знания современных программных операционных средств общего назначения (Norton Commander, Windows, их расширения) и владения их функциями;
- владения хотя бы одним текстовым редактором;
- начального опыта использования прикладных программ утилитарного назначения.

Конкретные программные и технические средства, относящиеся к информационным технологиям, активно разрабатываются и применяются в высших учебных заведениях. Фактором, определяющим успешное их применение, является работа самого педагога над научно-методическим обеспечением их использования. Это требует решения ним таких конкретных задач: отбор содержания обучения в соответствии с дидактическими свойствами и возможностями средств информационных технологий обучения; прогноз возможного влияния информационных технологий обучения на характер мышления и поведения участников образовательного процесса; выбор способов интеграции информационных технологий обучения с традиционными приёмами и методами обучения; создание соответствующих дидактических условий обучения — формирование учебных групп, организация индивидуальных занятий и самостоятельной работы. Однако, при этом не следует преувеличивать возможности компьютеров, поскольку пере-

дача информации еще не обеспечивает передачу знаний, культуры, поэтому информационные технологии эффективны, но вспомогательные средства.

Во многих учебных заведениях разрабатываются и применяются не только отдельные программы для обучения, но и автоматизированные обучающие системы, которые представляют собой комплекс учебно-методических материалов (демонстрационных, теоретических, практических, контрольных), и компьютерные программы, которые управляют процессом обучения. Такими программными продуктами могут быть электронные варианты следующих учебно-методических материалов: компьютерные презентации иллюстрационного характера, электронные словари-справочники и учебники, лабораторные практикумы с возможностью моделирования реальных процессов, программы-тренажеры, тестовые системы.

Самыми известными компьютерными учебными программами являются зарубежные s система PLATO, Private Tutor, Link Way, Costoc. В Украине в высших учебных заведениях применяются несколько тысяч компьютерных учебных программ.

Принципиально новым направлением компьютеризации обучения является введение интеллектуальных обучающих систем. Как и реальный человек-эксперт, данные системы решают задачи, используя логику и эмпирические правила, умеют пополнять свои знания. Объединяя мощь компьютеров и опыт человека, экспертные системы повышают ценность экспертных знаний, делают их широко применяемыми. Эта качественно новая технология сама моделирует процесс обучения, использует базу данных, которая динамично развивается и содержит, наряду с традиционным представлением информации, экспертные знания предметной и психолого-педагогической сферы, автоматически подбирает рациональную стратегию обучения для каждого студента, автоматически ведет учет новой информации, поступающей в базу данных, то есть саморегулирует систему. Однако, интеллектуальные обучающие системы на уровень массовой технологии пока не вышли.

В 80–90-х годах произошел своеобразный скачок в информатизации, связанный с массовым производством недорогих персональных компьютеров с прекрасными техническими характеристиками. С появлением операционной системы Windows открылись новые возможности и для обучения в диалоговом общении в интерактивных программах. Кроме того, стала широко использоваться графика (рисунки, схемы, диаграммы, чертежи, карты, фотографии). Применение

графических иллюстраций в учебных компьютерных системах позволяет на новом уровне передавать информацию студентам, улучшить ее понимание. Учебные программные продукты, использующие графику, способствуют развитию интуиции, образного мышления студента.

В последнее десятилетие в компьютерных технологиях появились достаточно перспективные для учебных целей технические и программные новинки. В первую очередь, это устройства для работы с компакт-дисками — CD-ROM (от англ. Compact Disk Read Only Memory — устройство для чтения компакт-диска) и CD-RW (от англ. Compact Disk Read / Write s устройство для чтения и записи на компакт-диск), позволяющие сберегать значительные объемы информации (сотни мегабайт) на небольшом и недорогом носителе.

В современном мире сложно представить информационные технологии обучения без технологий мультимедиа (от англ. Multimedia — множественные среды) — объединение нескольких способов подачи информации в одной компьютерной системе: текста, звука, графики, мультипликации, видео, иллюстраций (изображений), пространственного моделирования. Другие формы мультимедиа, такие как представление информации в виде слайдов и магнитной записи, интерактивное видео и видеопродукция, используются довольно давно. Но термин «мультимедиа» стал популярным сравнительно недавно в связи с появлением мощных недорогих компьютеров, оснащенных мониторами с большими операционными возможностями. В настоящее время существуют персональные компьютеры, способные работать со звуковой и видеоинформацией, манипулировать ею для получения специальных эффектов, синтезировать и воспроизводить звуки и видеоинформацию, создавать все виды графической информации, включая анимационные изображения, и объединять все это в едином представлении мультимедиа. Даже те лица, которые имеют недостаточный опыт, могут стать художниками, издателями или производителями видеопродукции. Однако мультимедийные программы — трудоемкий и очень дорогой продукт, поскольку для их разработки необходимо объединить усилия не только специалистов в предметной области, педагогов, психологов и программистов, но и художников, звукооператоров, сценаристов и других профессионалов.

Учебный процесс с использованием средств мультимедиа является захватывающим, поскольку они одновременно действуют на несколько органов чувств и именно поэтому вызывают повышенный интерес и устойчивое внимание аудитории. Большинство педагогов на

Западе считают, что это является очень важным в работе с новым видеопоколением.

Новой технологией неконтактного информационного взаимодействия, реализующего с помощью мультимедиа среды иллюзию непосредственного присутствия в реальном времени в стереоскопически поданном «экранном мире», является виртуальная реальность (от англ. Virtualreality — возможная реальность). В таких системах непрерывно создается иллюзия местонахождения пользователя среди объектов виртуального мира. Вместо обычного дисплея используются очки-телемониторы, обеспечивающие формирование и вывод изображения событий виртуального мира. Управление осуществляется с помощью специального устройства, которое определяет направление перемещения пользователя среди объектов виртуального мира. Кроме того, существует устройство создания и передачи звуковых сигналов. В учебных целях технология виртуальной реальности была впервые применена еще в 60-х годах прошлого столетия, когда с помощью специальных тренажеров пилоты осваивали способы управления самолетом. С 80-х годов в США начали создавать принципиально новые системы диалогового управления образами, которые генерируются, прежде всего, для решения задач подготовки военного персонала. В настоящее время эта технология применяется также в психологии, индустрии развлечений.

Новый импульс информатизации образования способствует развитию информационных телекоммуникационных сетей. Глобальная сеть Интернет обеспечивает доступ к гигантским объемам информации, которая сберегается в разных уголках нашей планеты. Многие эксперты рассматривают технологии Интернета как революционный прорыв, превосходящий по своему значению появление персонального компьютера.

УДК 616.24 – 002.5 – 613.26/292

В. Д. Смоквин, Н. А. Мацегора, Е. А. Бабурина, Я. В. Беседа, А. В. Капрош
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

По данным Всемирной организации здравоохранения треть населения планеты (более 2 млрд) инфицированы микобактериями туберкулеза, из которых 50–60 млн человек болеют туберкулезом. Микобак-

терия туберкулеза убивает больше людей, чем любой другой возбудитель инфекции.

В некоторых странах, в том числе и в Украине, инфицированность микобактериями туберкулеза взрослого населения достигает 80–90 %. Рост заболеваемости туберкулезом в этих регионах обусловлен социально-экономическими и медицинскими причинами, особенно высоким уровнем бедности, и как следствие неполноценным питанием, недостаточным количеством медицинских учреждений и квалифицированных медицинских кадров, эпидемией ВИЧ/СПИДа и расширением стойкости микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам.

На протяжении последних лет наблюдается постепенное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза. Однако, несмотря на тенденцию снижения показателей заболеваемости и смертности от туберкулеза, эпидемическая ситуация в Украине все еще сложная. Среди впервые заболевших туберкулезом почти 60 % составляют безработные трудоспособного возраста, около 13 % пенсионеры, 3 % лица без постоянного места жительства, 1 % — лица, вернувшиеся из мест заключения. Среди заболевших социально незащищенное население составляет 72,9 %.

Социально-экономические трудности отражаются на состоянии здоровья населения, большинство которого находится на грани бедности. При нерациональном питании продукты не содержат необходимое количество белков, жиров, углеводов, витаминов, микроэлементов и других крайне необходимых компонентов. В Украине статистически зафиксировано, что 70 % населения составляют бедные и очень бедные. Доходы населения не покрывают стоимость продуктов питания у 63,6 % работников промышленности, у 63,4 % сельского хозяйства, у 68,1 % непроизводственной сферы. За последние годы уровень употребления мяса, молочных продуктов и фруктов снизился в 2 раза, рыбы — в 1,6 раза, сахара — на 20 %. Здоровье человека в значительной степени определяется его пищевым рационом и может быть сохранено только при условии обеспечения физиологических потребностей организма. Доказано, что в условиях голодания и даже при несбалансированном питании, особенно при недостаточном содержании в рационе белков и витаминов, часто возникает реактивация туберкулеза. Несбалансированное поступление в организм человека основных нутриентов не только способствует формированию и прогрессированию туберкулеза, но и обусловливает снижение эффективности лечения.

Основой лечения больных туберкулезом является химиотерапия этиотропными антибактериальными противотуберкулезными препаратами. Она должна проводиться на фоне правильно организованного гигиенодиетического и лечебно-охранительного режима. Под этим видом лечебного воздействия понимают совокупность мероприятий, устраняющих отрицательные раздражения и эмоции, а также повышающих устойчивость организма к туберкулезной инфекции и укрепляющих уверенность больного в выздоровлении. Непременным условием является индивидуализация лечебного режима применительно к форме и фазе заболевания (режим полного покоя, постельный режим, щадящий и тренировочный). Обязательным элементом современной комплексной терапии туберкулеза является рациональное питание.

При составлении пищевого рациона мы учитываем общие энергетические затраты больного в соответствии с предписанным ему режимом.

При постельном режиме количество усвояемых калорий не должно превышать 30–35 на 1 кг веса больного, при щадящем 35–40, при тренировочном 40–45. Энергетическая ценность суточного рациона составляет в среднем 2500–4000 к/калорий. Питание больных туберкулезом обычно четырехразовое: на завтрак 30 % общей энергетической ценности, на обед — 35–40 %, на ужин — 20 % и за 1,5–2 часа до сна 5–10 %. Интервал между отдельными приемами пищи не больше 4 часов, а между ужином и завтраком — не больше 11 часов. Питание повышает антитоксическую функцию печени, легких, кожи, почек, а также компенсирует дефицит незаменимых пищевых компонентов (аминокислот, полиненасыщенных жирных кислот, витаминов, микроэлементов), который возникает вследствие туберкулезной интоксикации. Научно обоснованный рацион учитывает оптимальные границы физиологических колебаний любого нутриента, так как для организма опасна как его недостача, так и избыток.

При построении пищевого рациона необходимо предусмотреть рациональное сочетание белков, жиров, углеводов, витаминов, минералов и микроэлементов. Белок служит пластическим веществом и стимулятором окислительных процессов, способствует усвоению организмом витаминов, играет большую роль в механизме противотуберкулезного иммунитета. Недостаток его в пище отрицательно отражается на обмене веществ, в частности, ухудшает усвоение жиров. Ограничение белка в пищевом рационе может способствовать обострению туберкулеза и его прогрессированию. Белки, особенно животного происхождения, хорошо усваиваются. Норма белка у наших больных была

1–2 г на 1 кг веса больного (100–120 г в сутки), причем белки животного происхождения составляли 50–60 % общего количества белка в пищевом рационе. Чем тяжелее процесс, тем более полноценный был пищевой белок. В этих случаях назначали мясо, рыбу, сыр, творог, куриные яйца, молочнокислые продукты. В пищевой рацион вводили продукты, которые способствуют образованию в организме таких аминокислот как аргинин, триптофан, фенилаланин и имеют антибиотическое действие. К таким продуктам относятся судак, треска, говядина, курица, баранина, свинина, овсянка, гречка, пшено, рис, соя, ячмень, горох, морковь, капуста, картофель.

Усвояемость белков животного происхождения составляет 94 %, растительного — 70 %.

Среднее количество жиров в пищевом рационе не превышало 50–100 г в сутки (в среднем 1 г на кг веса), главным образом в виде свежего сливочного масла. Перекармливание жирами ведет к избыточному накоплению кетоновых тел в крови и моче, к развитию тканевого ацидоза, газового алкалоза и диспепсических явлений, ухудшению концентрации жирных кислот и холестериновых эстеров в легких, в особенности в участках творожистого некроза. 25 % суточного количества составляли жиры растительного происхождения, которые хорошо метаболизируются в печени даже при ее патологии. Усвояемость жиров растительного происхождения — 94 %, животного 85 %. Жиры способствуют усвоению жирорастворимых витаминов А и Е. Растительные жиры, в особенности подсолнечное масло, являются источником жирных кислот: линолевой и линоленовой, которые активируют липотропное действие холина, который содержится в большинстве продуктов животного и растительного происхождения, улучшающий состояние эндокринной системы. Жиры составляли 30 % суточного калоража.

При активных формах туберкулеза, которые сопровождались температурной реакцией, истощается функция инсулярного аппарата поджелудочной железы, вследствие чего снижается синтез гликогена в печени. Поступление в организм 400–500 г углеводов в сутки (7–8 г на 1 кг веса) является оптимальным минимумом, который сохраняет ценные вещества организма. Некоторое ограничение углеводов было у больных с фибрознокавернозным туберкулезом легких, казеозной пневмонией, экссудативным плевритом, милиарным туберкулезом, менингитом. У таких больных снижается порог ассимиляции и замедляется расщепление сахара, нарушается окисление молочной кислоты. Им рекомендовали принимать пищевые вещества, содержащие

легко усвояемые растительные сахара — сладкие фрукты, ягоды, виноград. В одном килограмме винограда содержится до 180 г глюкозы.

Сладкие концентрированные воды (лимонад, кока и пепси-кола), кондитерские изделия ограничивали до 80–100 г в сутки. Углеводы составляли 55 % суточного калоража.

Активный туберкулез сопровождается полигиповитаминозом и снижением в организме минеральных солей и микроэлементов. Противотуберкулезные препараты также негативно влияют на обмен витаминов и минеральных веществ.

Для повышения эффективности лечения и улучшения переносимости препаратов важной составной частью пищи являются минеральные соли, микроэлементы и витамины. Следует учитывать, что при деструктивных формах туберкулеза, сопровождающихся распадом ткани, уменьшается содержание в организме хлористого кальция, натрия, фосфора, магния, железа, меди, цинка, селена и других. Запасы их пополнялись в основном за счет рационально построенной диеты или тщательно подобранных пищевых добавок. Суточная потребность в минеральных солях и некоторых микроэлементах следующая: поваренной соли — 12 г, кальция — 2 г, фосфора — 4 г, железа — 30 мг, магния — 0,5 г, меди — 20 мг, цинка — 20 мг, селена — 25 мг.

Потребность в несколько повышенных по сравнению с физиологической нормой количестве хлористого натрия у больного туберкулезом возникает после больших кровопотерь, при частой рвоте. Это учитывалось при построении пищевого рациона. Важной задачей в комплексном лечении больных туберкулезом является устранение имеющейся витаминной недостаточности. Мы использовали следующую суточную потребность в витаминах: витамин А (ретинол) — 2–4 мг/сутки (печень животных и рыб, яичный желток, сливочное масло), провитамин ретинола — каротин (морковь, салат, свежие и сушеные абрикосы).

Витамин B_1 (тиамин) 3–5 мг/сутки (дрожжи, рис, пшеница, рожь, бобовые, нежирные сорта мяса, почки, печень, мозг, яичный желток).

Витамин B_2 (рибофлавин) 5–10 мг/сутки (проросшая пшеница, подсолнечное, кукурузное, соевое масло).

Витамин B_3 (пантотеновая кислота) — 10 мг/сутки (горох, фасоль, грибы, картофель, коровья печень, телятина, свинина, яйца, сельдь).

Витамин B_6 (пиридоксин) — 10–15 мг/сутки (мясо, печень, почки, треска, лосось, кукуруза, бобовые). При побочных реакциях на противотуберкулезные препараты до 100–200 мг/сутки за счет пищевых продуктов и синтетических препаратов.

Витамин РР (никотиновая кислота и никотинамид) 100–200 мг/сутки (неочищенный рис, зерна пшеницы, печень, лосось, крабы, креветки). При побочных реакциях — 200–250 мг/сутки.

Витамин С (аскорбиновая кислота) — 200–300 мг/сутки. При побочных реакциях — 500–600 мг/сутки (черная смородина, капуста, красный сладкий перец, апельсины, лимоны, помидоры, малина, шпинат, зелень петрушки, зеленый горошек).

Витамин Е (альфа-токоферол) 20 мг/сутки. Активный антиоксидант (молодые ростки злаков, растительные масла подсолнечное, хлопковое, кукурузное, арахисовое, соевое, облепиховое; мясо, яйца, молоко). Мы широко использовали парафармацевтики, выпускаемые фирмой «Интерпом» г. Симферополь, в которых витамины представлены в благоприятных сочетаниях с минеральными солями, микроэлементами и другими компонентами (Биотроф 2.1 – фито, Биотроф 4.0 – фито, Биотроф 8 – фито (при костно-суставном туберкулезе)).

Систематическое применение этих комплексов содействует образованию специфических защитных факторов, нейтрализации свободных радикалов, улучшению обмена электролитов в организме, улучшению микроциркуляции в тканях, ликвидации явлений дисбактериоза, нормализации многих других физиологических функций. При этом необходимо учитывать, что в условиях туберкулезной интоксикации компенсировать недостаток витаминов и минеральных солей с помощью рационального питания сложно, обязательно необходим прием витаминов и минеральных веществ в виде лекарственных препаратов.

Каким продуктам мы отдаем предпочтение?

1. Все виды мяса, рыбы, колбасных изделий, морепродукты, яйца.
2. Молочнокислые продукты, содержащие кальций и полезные добавки.
3. Мясные и овощные супы.
4. Сливочное и растительное нерафинированное масло.
5. Хлебобулочные изделия, сладости без транс-жиров.
6. Любые фрукты и овощи.
7. Безалкогольные напитки: зеленый чай, сиропы, морсы, компоты из сухофруктов или ягод и фруктов.

Примерный рацион на день.

Завтрак: жареная рыба с картофельным пюре, овощи, сливочное масло, чай.

Обед: борщ со сметаной, запеченное мясо с горошком или кашей, овощи, сок из овощей или фруктов.

Ужин: творог со сметаной, фруктовое пюре или варенье, сливочное масло, кофе с молоком или чай.

Перед сном: стакан кефира.

Анализируя наш опыт в питании больных туберкулезом можно с уверенностью отметить, что сбалансированное полноценное питание является определяющим фактором в приверженности к лечению.

УДК 618.1- 002.5

П. О. Соцкий, М. Д. Сафарян, О. Л. Соцкая
Ереванский государственный медицинский университет им. Мх. Гераци, г. Ереван, Армения

РАЗРАБОТКА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ПОДХОДА К ТАКТИКЕ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФЕРТИЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С БЕСПЛОДИЕМ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ГЕНЕЗА

Одним из особо значимых вопросов современной науки является охрана репродуктивного здоровья населения. В условиях глобального роста туберкулеза в целом и расширения контингента женщин, страдающих бесплодием и нуждающихся в использовании экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), возникает настоятельная необходимость разработки современных подходов к улучшению диагностики туберкулеза гениталий и повышению безопасности ЭКО.

Цель исследования: разработка дифференцированного подхода к тактике восстановления фертильности у больных с бесплодием туберкулезного генеза.

Материалы и методы. Проведено проспективное исследование в течение 2010–2015 гг. Работа выполнена в 2 этапа. Первый этап (диагностический) — это комплексное лабораторно-инструментальное обследование 174 женщин с бесплодием неустановленного диагноза. Из них выделены две группы: основную (I группу) составили 60 женщин с бесплодием и установленным диагнозом генитального туберкулеза, контрольную (II группу) — 50 женщин с бесплодием нетуберкулезного генеза. Второй этап (восстановление фертильности) — это проспективный анализ восстановления фертильности, течения беременности и перинатальных исходов у женщин обеих групп.

На I (диагностическом) этапе использовались следующие методы: общеклиническое, бимануальное, ультразвуковое исследование

органов малого таза (УЗИ), лапароскопия, гистероскопия, гистологическое и культуральное исследование эндометрия, маточных труб, брюшины, яичников и другого операционного материала. При установлении диагноза генитального туберкулеза лечение проводилось кратко-срочными курсами химиотерапии под непосредственным контролем медицинского персонала, а также хирургическая коррекция сопутствующих заболеваний и реабилитационное лечение. По окончании основного этапа терапии у пациенток исследуемых групп проведена оценка эффективности восстановления репродуктивной функции.

На II этапе (восстановление фертильности) в программе ЭКО участвовали 33 супружеские пары: основную I группу составили 16 супружеских пар с диагнозом бесплодия туберкулезного генеза, II группу —15 супружеских пар с бесплодием нетуберкулезного генеза.

Статистический анализ данных проводился на персональном компьютере с помощью пакетов компьютерных программ STATISTICA 6. и GraphPadPrism 4. Оценка значимости разности величин проводилась с помощью t-критерия Стьюдента. Статистически значимыми считались отличия при $p \leq 0,05$ (95 % уровень значимости). При этом значения p могли ранжироваться по 3 уровням достигнутых статистически значимых различий: $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$; $p \leq 0,001$.

Результаты и обсуждение. На I этапе комплексного обследования у женщин I группы выявлено бесплодие, ассоциированное с туберкулезом половых органов, со средней продолжительностью 6,5 лет. Средний возраст женщин варьировал от 22 до 45 лет и составил 27,5±0,3года; во II группе — в среднем 29,1±0,5 года. Среди обследованных в I группе с лечебно-диагностической целью выполнена лапароскопия у 50 женщин, во II группе — у 45 пациенток.

Во время лапароскопии в 66,6 % случаев у пациенток I группы было обнаружено вовлечение в процесс брюшины по типу экссудативного/экссудативно-слипчивого перитонита, синдром Хью-Фитц-Кертиса — у 27 %, сероцеле — у 28,16 %, нодозный сальпингит — у 9,3 %, тубоовариальные образования — у 15,4 %, гидросальпинксы — у 11,2 %, казеозный сальпингит — у 9,2 %, очаги творожистого некроза на брюшине малого таза — у 1,1 %, окклюзия маточных труб и спаечный процесс в малом тазу — у 84,3 % пациенток. Синдром Хью-Фитц-Кертиса обнаружен у 20 % пациенток II группы ($p \leq 0,05$), в 27,6 % случаев выявлен спаечный процесс между органами малого таза ($p \leq 0,01$), сероцеле у 8,16 % пациенток ($p \leq 0,05$), тубоовариальные образования — у 25,4 %

(p≤0,05), гидросальпинксы — у 15,2 % (p≤0,01), кисты яичников — у 23,5 % (p≥0,05), эндометриоз — у 37,1 % (p≥0,05), дермоидная киста — у 3 % (p≥0,05), миома матки — у 15,1 % (p≥0,05), периодическая болезнь — у 15 % (p≥0,05). Окклюзия маточных труб и спаечный процесс в малом тазу обнаружены у 44,3 % пациенток (p≤0,001). Реконструктивно-пластические операции на придатках матки (сальпингоовариолизис, сальпигостомия, фимбриопластика) выполнялись у 15 % пациенток I группы и у 20 % пациенток II группы. У 39,03 % больных выявлены МБТ, лекарственноустойчивые формы — у 4,7 %. Диагноз туберкулеза подтвержден гистологически у 75,8 % женщин I группы, из них у 23,2 % — в сочетании с культуральным методом. Гистерорезектоскопия произведена 19 женщинам I группы и 20 пациенткам II группы. У 60 % больных I группы обнаружена нормальная полость матки, у 29,16 % женщин — внутриматочные и эндоцервикальные синехии. Синдром Ашермана выявлен у 20,11 % пациенток II группы (p≤0,001).

Естественное наступление беременности после проведенного лечения генитального туберкулеза произошло в 10 % случаев. В программе ЭКО участвовали 66 человек — 33 супружеские пары. Пациенты программы ЭКО были разделены на две группы: в I гр. — 16 супружеских пар с бесплодием туберкулезного генеза, во II гр. — 17 пар с бесплодием нетуберкулезной этиологии. В I гр. участие эндометрия обнаружено у 50 % больных. Во II гр. поражение эндометрия обнаружено у 20 % больных. Беременность наступила у 75 % женщин в I гр. и у 94,2 % — во II гр. Для оценки качества технологии ЭКО использовался показатель “take-home baby rate” (ребенок, «забранный» домой» — отношение числа родов с рождением детей, выживших после 27 дней, к числу процедур переноса эмбрионов). В I гр. вышеуказанный показатель составил 8 родов (23,53 %) и 18 живых детей: 3 тройни, 4 двойни, одна одноплодная беременность, во II гр. — 12 родов (37,5 %) и 17 живых детей: 1 тройня, 2 двойни, 9 одноплодных беременностей (p≤0,001). В I гр. частота выкидышей в I триместре по отношению к числу наступления беременностей составила 30,76 %, к числу пациентов — 25 %. Во II гр. частота выкидышей в I триместре по отношению к числу наступления беременностей составила 17,6 %, к числу пациентов — 17,6 %. У пациенток I гр. в 25 % случаев произошла генерализация туберкулеза, в одном случае зарегистрирована материнская смертность. Результаты проведенных исследований показали, что на фоне беременности развились следующие формы генерализованного туберкулеза: острый ту-

беркулезный сепсис, полиорганный туберкулез, туберкулезный сакроилеит, полисерозит.

Во всех наблюдениях, где была проведена комплексная терапия, родились живые новорожденные. Росто-весовые показатели и оценка состояния новорожденных в I группе была достоверно ниже, чем в II группе ($p \leq 0,05$). Это находит объяснение в факте преобладания многоплодной беременности у пациенток I группы.

Выводы

1. Использование дифференцированного 2-х этапного подхода к ведению пациенток с бесплодием туберкулезного генеза является действенным инструментом повышения частоты наступления беременности, предотвращения прогрессирования и развития тяжелых форм туберкулеза, улучшения показателей репродуктивного здоровья и уменьшения числа гестационных осложнений.
2. В постановке диагноза генитального туберкулеза важную роль играют лапароскопия и гистероскопия, позволяющие установить этиологию заболевания в 87,5 % случаев. Гистологические (75,8 %) и культуральные тесты (39,03 %), отдельно взятые, имеют недостаточную чувствительность в связи с патоморфозом туберкулеза и лекарственной устойчивостью. Комбинация тестов повышает выявляемость туберкулеза на 23,2 %. Экстракорпоральное оплодотворение является эффективным методом лечения бесплодия туберкулезного генеза на этапе восстановления фертильности в условиях проведения адекватной диагностики и лечения туберкулеза.

УДК 378.147+378.091.33-028.22

В. А. Степаненко
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ОРГАНИЗАЦИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ И РОЛЬ ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Проблема качества медицинского образования актуальна во всех без исключения странах мира, так как лежит в основе определяющего развития государства, его конкурентной способности на мировой аре-

не. Качество образования — социальная категория, которая определяет совокупность показателей, характеризующих различные аспекты учебной деятельности: содержание образования, формы и методы обучения, материально-техническую базу, кадровый состав.

Обучение студентов фтизиатрии в Буковинском государственном медицинском университете проводится на кафедре фтизиатрии и пульмонологии, где работают высококвалифицированные научно-педагогические кадры. Базой для обучения клинической фтизиатрии является коммунальное медицинское учреждение — областной клинический противотуберкулезный диспансер Черновицкого областного совета, который имеет необходимый коечный фонд для больных как легочным, так и внелегочным туберкулезом, рентгенологическое отделение, клиническую и бактериологическую лаборатории, оснащенные современной аппаратурой.

Самостоятельная работа студентов — один из основных резервов оптимизации учебного процесса и одновременно мощный стимул развития активности и творческого потенциала личности — является обязательной частью процесса и оправданным методом овладения учебным материалом. Организация самостоятельной работы должна быть направлена на формирование у студентов умений и навыков самостоятельного обучения, самостоятельного поиска информации и умения ее применять, воспитания самостоятельности, ответственности и инициативности, развитие умственно-познавательной деятельности. Давно известно, что только те знания, которые студент получает самостоятельно, благодаря собственному опыту, сохраняются надолго, являются крепкими и полезными. Для достижения этой цели на кафедре разработаны методические указания для студентов и методические разработки для преподавателей, которые включают в себя вопросы и тестовые задания для самоконтроля.

Знание основ фтизиатрии имеет большое значение для подготовки врачей всех специальностей, так как туберкулез поражает любой орган, любую систему организма, где есть соединительная ткань. В процессе освоения программы студенты должны овладеть такими знаниями и умениями:

- формулировать основные положения теоретической и клинической фтизиатрии;
- усвоить основные и патоморфологические формы туберкулеза, интерпретировать результаты клинико-лабораторных обследований;

- применять на практике основные принципы и методы ранней диагностики туберкулеза, наметить план первичного обследования больного в случае подозрения туберкулеза;
- интерпретировать клинические проявления различных форм туберкулеза, разработать тактику дифференциальной диагностики и обследования больных при подозрении туберкулеза;
- усвоить основные принципы и методы лечения туберкулеза, определить схему комбинированного лечения больных, учитывая результаты резистентности микобактерий туберкулеза к антимикобактериальным препаратам и наличие ко-инфекций;
- усвоить принципы организации неотложной помощи при легочных кровотечениях, спонтанном пневмотораксе, легочно-сердечной недостаточности;
- разъяснить возможности и методы специфической и неспецифической профилактики, наметить план профилактических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции;
- овладеть практическими навыками в вопросах организации помощи туберкулезным больным, профилактики, диагностики и лечения.

Для достижения поставленных задач на кафедре используются, кроме традиционных форм наглядности и самостоятельной работы (таблицы, графики, карты историй болезни, рентгенограммы, томограммы, спирограммы, слайды и др.), новые технологии обучения, в которых студенту отводится активная роль творца своих знаний, а не пассивная роль наблюдателя. Преподаватель в таких случаях осуществляет роль координатора процесса получения умений и навыков. Среди новых технологий на кафедре внедрены:

- кредитно-модульная система организации учебного процесса;
- обеспечена эффективная самостоятельная работа студентов (система дистанционного обучения MOODLE);
- система объективной рейтинговой оценки с применением шкалы ECTS;
- модульный контроль качества усвоения знаний и умений;
- обеспечено активное участие студентов в процессе получения информации новейших достижений по фтизиатрии и пульмонологии;
- обеспечена реализация конечных целей изучения дисциплины соответственно требованиям общеобразовательной квалификацион-

ной характеристики специальностей стандарта высшего медицинского образования.

С целью повышения эффективности самостоятельной работы студентов на кафедре разработаны учебные карты историй болезни, а также схема обследования больного туберкулезом с учетом локализации процесса, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, что дает возможность студенту методически грамотно собирать жалобы, данные анамнеза, осуществлять объективное обследование, проводить дифференциальную диагностику, обосновывать предварительный и окончательный диагнозы, назначать рациональную терапию и профилактические мероприятия. Кроме того, разработаны варианты клинических ситуационных задач по всем темам рабочей программы, которые имитируют описания больного в классической истории болезни. После описания клинической ситуации формируются вопросы, на которые студент должен дать исчерпывающий письменный ответ. При оформлении ответов студент обязан продемонстрировать знания и умение клинически мыслить. На кафедре применяются также и деловые игры, которые открывают широкие возможности для более глубокого усвоения учебного материала, получения навыков общения с больными, развития клинического мышления, умения анализировать полученные результаты всестороннего обследования больного. Деловые игры создают положительные эмоции, активизируют познавательную активность, имитируют условия будущей профессиональной деятельности.

Не меньшее значение в организации учебного процесса на кафедре придается иллюстративному материалу и методам его применения. Прежде всего, использование принципа наглядности обусловлено тем, что орган зрения обладает наибольшей чувствительностью, благодаря чему в мозг поступает больше информации, нежели через все другие органы чувств. Наглядные методы обучения это те, при которых усвоение материала находится в существенной зависимости от применяемых в процессе обучения наглядных пособий и технических средств. Наглядные пособия используются во взаимодействии с речевыми и практическими методами обучения и пригодны для наглядно-чувственного ознакомления студентов с явлениями, процессами, объектами в их натуральном виде или символическом изображении. Данные методы обучения условно разделяются на две большие группы:

- метод демонстрации, который в основном связан с демонстрацией приборов, кино- и видеофильмов, препаратов;

- метод иллюстраций, при котором студентам показывают иллюстративные пособия, плакаты, таблицы, рентгенограммы, зарисовки на доске.

Иллюстративный материал используется как для индивидуального обучения на практических занятиях, так и на лекциях. Опыт преподавания фтизиатрии показал, что использование разнообразных наглядных материалов не только вооружает студентов необходимым уровнем знаний, но и помогает в формировании внимания, умении наблюдать, конструктивно мыслить, активизировать познавательную деятельность, что существенно оптимизирует учебный процесс.

Все вышеизложенное свидетельствует о чрезвычайной важности внедрения и усовершенствования как методов наглядности, так и самостоятельной работы студентов в эффективном усвоении учебного материала. Выпускник вуза обязан самостоятельно принимать решения, он должен психологически быть подготовленным к постоянному обновлению и углублению своих знаний на протяжении жизни. Однако в организации самостоятельной работы в последнее время произошли существенные изменения: разделение самостоятельной работы на модули, расширение диапазона ее заданий, утверждение критериев ее оценки, внесение заданий проверки ее результатов относительно модульного контроля, активизация работы по разработке научно-методического обеспечения самостоятельной работы. Необходимо также учитывать не совсем высокий уровень готовности студентов к самостоятельной работе, низкую мотивацию к самостоятельной работе, сохраняющуюся зависимость студентов от преподавателя на всех этапах учебного процесса.

Таким образом, несмотря на важность самостоятельной работы в современных условиях, ее внедрению должна предшествовать определенная пропедевтическая работа. И преподаватель в решении этой проблемы играет значительную роль. Кроме этого, должно смениться отношение студентов к самостоятельной работе, она не должна быть одинаковой для студентов всех курсов, и ее необходимо увеличивать от курса к курсу.

Опыт кафедры фтизиатрии и пульмонологии Буковинского государственного медицинского университета по использованию различных методов самостоятельной работы и наглядности свидетельствует о формировании у студентов умения на практике применять теоретические знания, повышает интерес к будущей профессии.

УДК 378:005.6:[378.096:616.24-002.5

В. А. Степаненко
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ПУТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ БУКОВИНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Подготовка современного специалиста должна осуществляться соответственно мировым стандартам. Для этого существует множество причин: единое информационное пространство, жесткая конкуренция различных систем образования, усиление миграции на рынке образовательных услуг. В связи с этим повышение качества учебного процесса на кафедре фтизиатрии и пульмонологии также является первоочередной задачей. Акцент на практическую направленность процесса подготовки будущих врачей заставляет педагогический коллектив кафедры держать под постоянным контролем вопросы усовершенствования традиционных и новейших методов изложения дисциплины. Большое значение имеет проблема интеграции, преемственности и логической последовательности изложения материала, учитывая, что фтизиатрия тесно связана со многими теоретическими и клиническими дисциплинами, а именно — с микробиологией (изучение возбудителя туберкулеза, его свойства, методы его обнаружения, в том числе с использованием молекулярно-биологических, включая полимеразную цепную реакцию и др.), применением лучевых методов обследования органов грудной клетки, к которым относятся рентгенологический, ультразвуковой, радионуклидный, рентгеновская, компьютерная и магнитно-резонансная томография. Изложение иммунопатогенеза туберкулеза тесно связано с изучением студентами патфизиологии и иммунологии. Не меньшее значение приобретают знания, полученные на терапевтических кафедрах (обследование больного, дифференциальная диагностика, в том числе внелегочных форм туберкулеза).

Многолетний опыт работы позволяет сделать вывод, что знания, полученные на других кафедрах, чрезвычайно помогают интегрировать теоретические и практические навыки при изложении клинических как легочных, так и внелегочных форм туберкулеза и способствуют более ранней диагностике этого коварного и довольно распространен-

ного заболевания, которое очень часто протекает под маской других процессов. В этом плане понятно, что качество обучения будущего врача зависит от многих факторов, в том числе и от самого студента. Считается, что врачом может стать каждый, кто имеет желание и призвание, определенные способности и общеобразовательную подготовку. Однако некоторые студенты, особенно стоматологического факультета, не всегда самокритичны, они не осознают недостаток знаний, умений, навыков, полученных на смежных кафедрах, часто не могут интегрировать предыдущие знания, касающиеся диагностики и обследования больных с подозрением туберкулеза. И тут на первый план выступает следующий фактор в подготовке будущих врачей — качество проведения занятий и квалификация преподавателя. Именно на эти составные учебного процесса можно активно влиять, поскольку отправной уровень знаний фундаментальных дисциплин остается недостаточным, что создает определенные проблемы для студентов при усвоении материала. Исходя из этого, именно опыт преподавателя, его способность объединить наиболее эффективные учебно-методические методы с проблемным характером обучения будут наилучшим образом способствовать эффективному усвоению знаний по фтизиатрии.

Основной путь динамичного творческого процесса узнавания нового — это путь выработки у студентов интереса к изучаемой дисциплине. Учитывая этот момент, на кафедре фтизиатрии и пульмонологии особое внимание уделяется как традиционным методам обучения, так и современным технологиям. Для клинических кафедр не может быть полноценной лекция или практического занятия без клинического разбора или демонстрации больного, так как клиническое мышление будущего врача формируется при общении с больным. Самый лучший учебник, методическое пособие не может в полной мере передать особенности клинического течения у разных больных. В связи с тем, что мы не всегда можем обеспечить студентов курацией, так как в стационаре не представлены все формы туберкулеза, особенно внелегочного, в частности с челюстно-лицевым поражением, используем разработанные нами учебные истории болезни, озвученные компьютерные презентации некоторых клинических форм туберкулеза, а также диагностики и лечения осложнений (методика проведения плевральной пункции), демонстрируется возбудитель туберкулеза, дается его характеристика, вопросы эпидемиологии, патогенеза, основные клинические проявления болезни, методы лабораторной диагностики, современные принципы лечения и профилактики. На кафедре создан

электрофицированный тематический стенд рентгенограмм и томограмм, с помощью которого студенты изучают различные формы туберкулеза и его осложнения.

С целью повышения эффективности учебного процесса на кафедре уделяется большое внимание иллюстративному материалу. Наглядность на лекциях обеспечивается использованием слайдов, таблиц, графиков, стационарных карт больных, презентаций, учебных фильмов. На практических занятиях применяем просмотр короткометражных тематических фильмов, демонстрируем рентгенограммы, томограммы, диски с компьютерными томограммами, что позволяет наглядно, объективно дать представление о характере патологического процесса, форме и фазе туберкулеза, осложнениях, их выраженности и протяженности. Для изучения функционального состояния легких широко применяем спирограммы и их интерпретацию. Это позволяет существенно дополнить объем информации, который в учебниках дан недостаточно. Постоянно уделяется внимание преподаванию неотложной помощи при таких осложнениях туберкулеза как легочные кровотечения, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность.

Для интенсификации учебного процесса на практических занятиях, параллельно с курацией больных, важное место занимают тестовые задания по каждой форме как легочного, так и внелегочного туберкулеза и компьютерный контроль знаний. Кроме того, студенты выполняют индивидуальные задания по интерпретации и описанию рентгенограмм органов грудной клетки. Для улучшения усвоения материала используется также метод деловой игры, в процессе которой каждый из студентов группы исполняет ту или иную функцию, особенно при развитии у больных неотложных состояний (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, острая почечная недостаточность и др.). Деловые игры, как репетиция производственной деятельности врача, дают возможность проработать любую конкретную ситуацию, что позволяет преподавателю оценить и проконтролировать качество усвоения знаний, способствуют развитию творческого мышления, выявляют потенциальные возможности каждого студента. Кроме того, деловые игры придают занятию особенную эмоциональную окраску, что значительно повышает уровень восприятия студентами дисциплины, позволяют почувствовать возможность возникновения нежелательных последствий, возникающих в случае неправильных действий на разных этапах неотложных ситуаций.

Большое внимание на кафедре уделяется организации самостоятельной работы студентов, которая является одной из основных резервов оптимизации учебного процесса и одновременно мощным стимулом развития активности и творческого потенциала личности. Самостоятельная работа является обязательной частью учебного процесса и оправданным методом овладения знаниями и навыками по фтизиатрии. Организация самостоятельной работы направлена на формирование у студентов умений и навыков самостоятельного обучения и поиска информации, умения ее применения, воспитания самостоятельности, ответственности и инициативности, развитие умственно-познавательной деятельности. Для достижения этой цели в преподавании фтизиатрии используются методические указания для студентов, разработанные на кафедре, и включающие в себя вопросы и тестовые задания для самоконтроля. На кафедре создан банк данных научных статей, монографий и периодической литературы в электронном варианте. Параллельно студенты привлекаются к работе в студенческом научном кружке, где они выполняют научно-исследовательские работы, в процессе которых учатся формулировать цель исследования, осуществлять информационный поиск, систематизировать собранный материал. Результаты этой работы активные студенты докладывают на студенческих олимпиадах различного уровня.

Широкое применение при изучении клинических форм туберкулеза получили имитационные методы — типичные ситуационные задачи, когда сам студент проявляет к ним интерес и прикладывает усилия для их решения, что приводит к сиюминутному получению знаний.

О достаточно высокой эффективности организации самостоятельной работы студентов на кафедре свидетельствуют результаты модульного контроля и тематических итоговых контрольных работ (академических историй болезни).

Таким образом, в условиях повышения требований к практической подготовке студентов учебный процесс на кафедре организован с учетом возможностей современных информационных технологий обучения, которые дают возможность постоянного обновления знаний и умений, профессиональной мобильности и быстрой адаптации к изменениям и развитию современной медицины, в том числе фтизиатрии.

Новые технологии обучения рационально сочетаются с традиционными методами изложения учебного материала, что значительно повышает развитие у студентов клинического мышления и оптимизации получения навыков и умений будущего врача.

УДК 378.147.016:616-002.5

Л. Д. Тодорико
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет»,
г. Черновцы, Украина

РОЛЬ СОВРЕМЕННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ОБУЧЕНИЯ В УСВОЕНИИ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ ФТИЗИАТРИИ

Учитывая достаточно высокую миграционную активность населения Украины и нарастающую тенденцию к росту глобализационных процессов, особенно в последние годы, можно предположить их негативное влияние на основные эпидемиологические показатели социально опасных заболеваний, в том числе и туберкулеза (ТБ). По данным эпидемиологического анализа ВОЗ, опубликованного в 2016 году, львиная доля химиорезистентного туберкулеза (ХРТБ) продолжает регистрироваться в Индии, России, Китае. Поскольку Украина по географическому положению находится на пути основных миграционных процессов из вышеперечисленных стран с высоким бременем резистентного ТБ, следует тщательно оценивать перспективы по выполнению программы «End TB» в нашей стране.

Сегодня мы переживаем изменения нашего представления о системных принципах и подходах в борьбе с туберкулезом (ТБ), поскольку в системе образования Украины реализуется концепция подготовки медицинских работников, разработанная в соответствии с требованиями Всемирной Федерации медицинского образования и основных положений Болонского процесса, требующая адаптации к мировым стандартам многих аспектов деятельности, в том числе и фтизиатрии, в частности: модернизируется учебный процесс, внедряются и широко применяются инновационные технологии и современные методические приемы обучения и дистанционные его формы, что позволит повысить качество образования, конкурентоспособность и мобильность выпускников медицинских вузов.

Наука о туберкулезе движется в ногу со временем. Следует отметить, что наиболее уязвимыми к инфицированию микобактерией туберкулеза являются люди в возрасте от 20 до 49 лет — основная часть трудоспособного населения, которая составляет основу экономического потенциала государства. В Украине создана соответствующая нормативно-правовая база, реализация которой дает возможность су-

щественно повлиять на эпидемический процесс в нашем государстве, значительно уменьшая его интенсивность. Механизм реализации государственной политики в сфере противодействия ТБ направлен на выполнение Закона Украины № 4565-17 от 22.03.2012 «О внесении изменений в Закон Украины «О борьбе с заболеванием туберкулезом»», на основании которого утверждена «Общегосударственная целевая социальная программа противодействия заболеванию ТБ на 2012–2016 годы». На исполнение статьи 6 Закона Украины «О противодействии заболеванию туберкулезом» и Отраслевой программы стандартизации медицинской помощи на период до 2020 года разработан и внедряется в практическую медицину и учебный процесс «Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Туберкулез», рекомендованный как источник, опирающийся на достоверную доказательную базу о наилучшей медицинской практике. Протокол представляет собой основной медико-технологический документ, которым должны руководствоваться медицинские специалисты в каждой конкретной клинической ситуации, избегая неэффективных и ошибочных решений, выбирая качественно лучшее вмешательство для пациента.

Кафедра фтизиатрии и пульмонологии Буковинского государственного медицинского университета активно внедряет инновации и достижения в области фтизиатрии и пытается использовать новейшие технологии в соответствии с современными стандартами.

Внедрение нового протокола «Туберкулез» на последипломном этапе обучения “MOODLE” преследует цель оказать существенную помощь не только специалистам фтизиатрической отрасли, но и врачам общей практики, участвующим в оказании медицинской помощи больным туберкулезом, поскольку документ рассчитан на ведение пациентов на различных этапах оказания врачебной помощи. Протокол регламентирует действия врача по случаям заболевания ТБ с сохраненной чувствительностью микобактерий туберкулеза и в случаях различных вариантов химиорезистентного туберкулеза, в том числе и мультирезистентного, когда болезнь остается устойчивой к большинству предложенных способов и методов лечения. Или, например, в случаях сочетания ТБ с другими инфекциями, такими как, ВИЧ/СПИД.

Итак, новые вызовы, а именно постоянный рост количества больных с химиорезистентным и, в частности, мультирезистентным ТБ

(МРТБ) и коморбидность ВИЧ/ТБ и ВИЧ/ТБ и вирусный гепатит требуют включения в программу обучения студентов медицинских факультетов и врачей новых разделов фтизиатрии, а также увеличения объема материала, предлагаемого для усвоения с целью улучшения знаний и умений по качественной диагностике заболеваний легких.

Актуальной проблемой остается и внелегочной туберкулез, который с каждым годом «отвоевывает» все большее представительство в процентном соотношении к легочным формам. В частности, больше половины случаев ТБ внелегочной локализации припадает на костно-суставной вариант, в т. ч. и с поражением верхних и нижних челюстей, на что надо обращать особое внимание при преподавании фтизиатрии для студентов стоматологического факультета.

Таким образом, в современных условиях стремительного прогресса науки и техники особую актуальность приобретает вопрос качества образования, поэтому огромный интерес вызывают инновационные технологии и внедрение интерактивного обучения, что дает возможность совершенствовать данную сферу деятельности и расширить границы обмена информацией, и процесс идет в ногу с общей глобализацией сферы знаний.

Интерактивное обучение — это специальная форма организации обучения в учебных заведениях путем внедрения в учебный процесс новых технологий, способствующих более эффективному усвоению материала, что делает сам процесс обучения более продуктивным. На электронных носителях на сервере дистанционного обучения размещены календарные и тематические планы лекций, практических занятий, перечень практических навыков и дополнительные материалы для их усвоения, перечень тем для самостоятельной работы и конспекты, помогающие лучше их усвоить в удобное для студента и врача-слушателя время.

Для каждой темы практического занятия созданы ситуационные задачи, наборы рентгенограмм, учебные истории болезни, методические указания и методические рекомендации для преподавателей. Подготовленные образцы медицинской документации и инструментария. На кафедре фтизиатрии и пульмонологии создан банк учебных видеофильмов, широкое применение которого упрощает и улучшает качество усвоения материала, в том числе и англоязычными студентами.

Анализ литературы по вопросам туберкулеза показал, что в настоящее время радикальные изменения претерпели такие разделы фтизиат-

рии как профилактика, диагностика и лечение. К сожалению, несмотря на то, что ТБ является проблемой мирового масштаба, эта болезнь остается сегодня «непопулярным» заболеванием, поскольку поражает в основном социально незащищенные слои населения. В большинстве стран мира противоэпидемические мероприятия финансируются за государственные средства. Сосредотачиваясь на поиске эффективных и экономически взвешенных путях преодоления эпидемии ТБ, учение об этом заболевании все чаще обращается к вопросам общественного здоровья, заботясь не только о своевременном установлении диагноза и назначении соответствующего лечения, но и о конечной эффективности предпринятых мер — ограничении распространения инфекции и снижении стоимости медицинских услуг по оказанию фтизиатрической помощи.

Следует подчеркнуть особую важность в этом контексте и роль изучения молекулярно-генетических аспектов микобактерий туберкулеза, которое создает предпосылки для применения новейших технологий по разработке новых вакцин, обеспечивающих защиту от инфицирования и развития ТБ. На стадии разработки сейчас находятся несколько видов вакцин, что является свидетельством того, что вопрос специфической профилактики ТБ постепенно продвигается к своей цели.

Лечение больных туберкулезом — это основа основ программы ВОЗ по туберкулезу и национальной программы — нет эффективной борьбы с ТБ, если нет нужного эффективного лечения больных. При плохом лечении количество источников инфекции увеличивается в два раза, поэтому лечение — это основа профилактики этого заболевания и искоренения источника инфекции в целом. При раннем диагностировании ТБ и своевременно начатом лечении количество больных этим заболеванием уменьшается на 80 %.

Вопрос поиска новых антимикобактериальних препаратов, особенно для лечения мультирезистентного ТБ, остается одним из наиболее актуальных для всех клиницистов, занимающихся данной проблемой. Серию клинических испытаний проходят новые комбинации противотуберкулезных препаратов и укороченных режимов антимикобактериальной терапии, особенно МРТБ (9–12 месяцев). Так, у больных ранее не леченных от химиорезистентного ТБ и у которых исключена возможность или является маловероятной резистентность к фторхинолонам и аминогликозидам, успешно апробирован так называемый «Бангладешский» режим противотуберкулезной терапии, который

продемонстрировал свою эффективность в процессе масштабного исследования STREAM (по новому режиму излечиваются или завершают лечение 90,3 % больных).

Благодаря широкому внедрению инновационных технологий и интерактивного обучения с использованием информационной системы Интернет, все практически новейшие достижения в области лечения ТБ становятся в короткий срок доступными для анализа, обсуждения и быстрейшего внедрения в практическое здравоохранение передового опыта. Конечной целью становится интегративное, не имеющее границ, объединение усилий по преодолению ТБ.

Следует отметить, что наиболее эффективно и быстро развиваются, своевременно внедряются в учебный процесс новые подходы к диагностике ТБ. Молекулярно-генетические и микробиологические технологии позволяют за короткий срок не только выявить возбудителя, но и идентифицировать его чувствительность к самым эффективным противотуберкулезным препаратам. Благодаря широкому использованию современных дистанционных технологий обучения самые современные полученные исследователями результаты, в кратчайшее время получают возможность практической реализации, и это является примером не только непрерывности обучения, но и тесной связи науки и практики.

Таким образом, эпидемия ТБ мотивирует к интенсификации научных исследований в этой отрасли, своевременному внесению изменений в учебные программы как на додипломном, так и последипломном этапах образования с использованием современных интерактивных информационных технологий. Сейчас во всех странах мира применяются почти одинаковые подходы к выявлению больных, диагностике, лечению и профилактике ТБ.

Выводы. Динамическое обеспечение педагогического процесса новейшими информационными технологиями, систематическое обновление и пополнение материалов, включая тестовые задания и клинические задачи, всесторонняя издательская деятельность способствуют не только постоянному повышению качества учебного процесса, но и росту заинтересованности студентов предметом и проблемами фтизиатрии. Это положительно влияет на перспективу дальнейшей профессиональной ориентации будущих врачей, позволит повысить качество образования, конкурентоспособность и мобильность выпускников высших медицинских учебных заведений.

УДК 378.091.3:61

Л. Д. Тодорико, А. Д. Тодорико, О. С. Шевченко, С. А. Батрановская, С. Д. Парандюк
ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ — ПЛАТФОРМА ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ ИНТЕРАКТИВНОГО ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНЕ

Введение. Современный мир находится в состоянии интенсивной глобализации, что приводит к совершенно новым, динамическим тенденциям в системе получения высшего медицинского образования, что является необходимым условием дальнейшего его развития и совершенствования. Обеспечить конкурентоспособность выпускников и престиж медицинского высшего образования в мировом образовательном пространстве можно лишь при условии внедрения новых интерактивных технологий обучения.

Основная часть. Современная ситуация в системе медицинского профессионального образования в Украине на сегодняшний день выглядит неоднозначной. Начатая реформа образования имеет ряд как положительных, так и отрицательных черт и должна предопределять роль и место государственной политики в области развития человеческих ресурсов с учетом реально складывающейся ситуации на рынке труда, потребностей экономики, производства, непроизводственной сферы, демографической ситуации и широкого внедрения инновационных технологий.

Лавинообразный рост объема знаний и информации, которые постоянно пополняются и обновляются, являются реалиями сегодняшнего дня. Объективной становится необходимость поиска, совершенствования и развития новых методов передачи знаний, которые должны обеспечить принцип непрерывного обучения на протяжении всей жизни. Перспективным направлением профессиональной подготовки будущих специалистов является исследование по вопросам теоретического обоснования и разработки адаптивных информационных технологий обучения.

Бесспорно, очень важным является организация самостоятельной работы студента. Самостоятельная работа студента — будущего врача — должна выполняться по заданию и при методическом руковод-

стве преподавателя, но без его непосредственного участия и требует наличия значительного количества дополнительных и, в частности, иллюстративных материалов. Для этого является необходимым создание широкой библиотечной сети; существенное расширение издательства научной литературы и ее представления в Интернет-ресурсах с бесплатным доступом к электронно-информационным носителям. Самостоятельная работа направлена на развитие врачебного мышления, формирование практических навыков и умений. Студент учится критически мыслить, решать проблемы на основе анализа соответствующей информации, принимать продуманные решения.

Еще один аспект связан с функцией преподавателя. В условиях широкого доступа к информации функция преподавателя существенно трансформируется и приобретает несколько иной смысл — ретрансляционные методы репродуктивного характера становятся наследием и уходят в далекое прошлое. Зато преподаватель видится навигатором, который помогает расставить акценты, определить варианты решения той или иной задачи, проанализировать недостатки и преимущества каждого из них и, таким образом, подтолкнуть к формированию студентом самостоятельного заключения. Важнейшим здесь представляется освоение алгоритмов логического мышления, анализа, творческого поиска, как главных предпосылок возникновения нового знания.

Обеспечить конкурентоспособность выпускников и престиж высшего медицинского образования в мировом образовательном пространстве можно лишь при условии внедрения новых технологий обучения. Однако новейшие технологии нередко становятся причиной смущения, недовольствия и разнообразия точек зрения работников образования, науки, экспертов, студентов высших учебных заведений, а также других членов гражданского общества.

Поскольку учебный процесс смещается от основ тотального запоминания и все больше базируется на Интернет-технологиях и использовании гаджетов типа Google Glass, то образование перестает ограничиваться какими-либо временными или пространственными рамками и приобретает черты непрерывного обучения. Такой подход формирует динамику изменений координат коммуникативного пространства поскольку, с одной стороны, не надо перегружать мозг бесполезными знаниями, с другой, освобожденный умственный резерв переориентируется на развитие способности думать, анализировать, аргументировать и, в итоге, принимать верные решения.

Безусловно, такой подход создает предпосылки к большей автономизации, большей ответственности за свою жизнь и профессиональный рост. Отпадает необходимость в так называемых «контролирующих» уровень усвоения знаний, практических навыков и умений органах. В таких случаях речь может идти о выпадении, как компоненты контроля образовательного процесса, экзаменов и освобождении затрачиваемого на их организацию времени преподавателя. Люди станут получать образование сами, причем реально осознавая, какие знания им собственно нужны и имея возможность в процессе жизни трансформировать свои умения в соответствии с насущными проблемами общества по принципу непрерывного развития и получения знаний на протяжении всей своей жизни.

С другой стороны, по сути, образовательная онлайн-система в Украине только зарождается, а учитывая непрерывность различных реформаторских движений в системе образования, она требует постоянной коррекции. Хотя следует признать, что, несмотря на проблемы, она быстро развивается и совершенствуется и, безусловно, собственно за ней образование следующих 50 лет.

То есть, перспективами высшего медицинского образования будут так называемые «облачные технологии», а обучение перестанет ограничиваться какими-то временными и пространственными рамками. Вероятно, что будущее в перспективе за центрами сертификации, в которых специалисты будут сдавать квалификационные экзамены, которые будут определять набор умений, навыков и компетенций на соответствие специальности.

Скорее всего, со временем будет введена унифицированная шкала баллов s их количество позволит занять определенное положение в обществе. Университеты будут поставщиками услуг, однако оценку этих услуг проводить не будут.

Перспективным направлением будет создание портфолио (такие уже внедрены в США, Канаде, Европе, Японии), в котором процесс обучения личности будет отображен через полученные дипломы, удостоверения, сертификаты и т. д., и который можно будет представить потенциальному работодателю.

В будущем накопленный интеллектуальный багаж станет одним из ключевых элементов системы образования, а информационные технологии сделают личностные заслуги человека и его профессиональный уровень доступными и прозрачными для общества.

На сегодняшний день, чтобы стать полезным, высокопрофессиональным и ценным специалистом, следует наработать базу знаний и приобрести большой практический опыт. Для достижения реального успеха нужно развивать креативность, воображение, инициативу, лидерские качества. Сегодня ни у кого не вызывает сомнения, что общество постепенно переходит от товарной экономики к интеллектуально-творческой. Успех будет способствовать тем, кто сможет сбалансировать товарные рынки и когнитивно-креативный потенциал. Нации, которые верят больше в возможности сырьевых рынков и сельского хозяйства, обречены на бедность. Био- и нанотехнологии, искусственный интеллект — это перспективы будущего.

В развитых странах растет занятость в интеллектуальной сфере с широким привлечением потенциала когнитивно-креативных и интеллектуально-творческих направлений. Создаются предпосылки к тому, что интеллектуально-информационные продукты будут стоить дороже материальных товаров. Действующая сегодня система высшего образования в Украине, в своем большинстве, готовит специалистов прошлого.

Для реализации программных основ формирования когнитивно-креативных и интеллектуально-творческих направлений обучения следует изменить методологию преподавания с формированием устойчивых координат коммуникативного пространства личности. В частности, следует ориентироваться на социо-темпераментные особенности личности с учетом социотипа.

Социотип — это естественная способность человека мыслить и действовать определенным образом, устойчивая структура информационной системы любой природы, которая пытается восстановить себя при попытках деформации.

Структура психотипа, его основные компоненты и психологические функции описаны основоположником практической типологии личности К. Юнгом.

Для реализации программных основ формирования когнитивно-креативных и интеллектуально-творческих направлений обучения следует изменить методологию преподавания с формированием устойчивых координат коммуникативного пространства личности. В частности, следует ориентироваться на социо-темпераментные особенности личности с учетом социотипа.

Выводы. Таким образом, динамическое обеспечение педагогического процесса в высшей медицинской школе новейшими информационными «облачными» технологиями позволяет систематически и не-

прерывно обновлять и пополнять учебно-методические материалы, способствует не только постоянному повышению качества учебного процесса, но и росту заинтересованности студентов предметом и проблемами дисциплин, что, в целом, положительно влияет на перспективу дальнейшей профессиональной ориентации будущих врачей, их конкурентоспособность и мобильность. Внедрение информационных технологий в учебный процесс позволяет студентам работать с учебно-методическими материалами в любое удобное для них время и практически в любом месте.

В сложный период образовательных интеграционных процессов и реформаторских изменений следует максимально сохранить положительные достижения национальной системы высшего медицинского образования и эффективно использовать опыт развитых стран для подготовки мобильного, творческого специалиста высокой квалификации с широким привлечением потенциала когнитивно-креативных и интеллектуально-творческих направлений через внедрение консультативно-индивидуальной формы обучения в системе высшего медицинского образования.

УДК 614.23:616-002.5

К. Г. Тярасова, Д. Ю. Алексеев
ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова,
Противотуберкулёзный диспансер № 3, г. Санкт-Петербург, Россия

ВНЕДИСПАНСЕРНАЯ РАБОТА УЧАСТКОВОГО ФТИЗИАТРА В ЛЕЧЕБНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБЩЕГО ПРОФИЛЯ

Участковый фтизиатр противотуберкулёзного диспансера, помимо лечебно-диагностических и консультативных функций внутри диспансера, выполняет внедиспансерную работу, которая связана с определёнными видами деятельности в лечебных организациях общего профиля. Внедиспансерная работа осуществляется согласно Приказу Минздрава РФ от 21.03 2003 № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» (Приложение № 7), Приказу Минздрава РФ от 15.11.2012 г. № 932н «Об утверждении порядка оказания помощи больным туберкулёзом» (Приложение № 1).

В современных условиях необходимость содружества с лечебными общесоматическими организациями значительно возросла. Только

при совместной работе противотуберкулёзной службы и общей лечебной сети возможны положительные перспективы в эпидемиологии туберкулёзной инфекции. Таким образом, основной задачей проводимых мероприятий является совершенствование противотуберкулёзной работы в медицинских организациях общей лечебной сети для снижения эпидемической опасности туберкулёза и положительной динамики основных статистических показателей по туберкулёзу. Фтизиатрическая служба осуществляет контролирующую функцию по выполнению противотуберкулёзных мероприятий и оказывает методическую помощь по их организации в лечебных учреждениях общего профиля. Ослабление внимания и искусственное снижение актуальности внедиспансерной работы участковой фтизиатрической службы усиливает вероятность негативных влияний на эпидемиологию туберкулёза. Опираясь на личный клинический опыт, авторы стремились конкретизировать внедиспансерные виды работы участкового фтизиатра взрослого фтизиопульмонологического отделения в поликлинике и стационаре соматического профиля. На территории обслуживания участкового фтизиатра находятся поликлиники и стационары, которые и являются «полем» его внедиспансерной работы.

Посещение поликлиники участковым фтизиатром проводится не реже одного раза в месяц и актируется с указанием видов проведённой работы. Фтизиатр проверяет наличие документации по противотуберкулёзной работе, которая рассылается из органов Управления здравоохранением и находится в отдельной папке у ответственного за противотуберкулёзную работу учреждения. Ответственный за противотуберкулёзную работу назначается приказом главного врача учреждения. Фтизиатр также отмечает условия хранения и ознакомление сотрудников с имеющейся документацией. С документами, поступающими в учреждение, врачи должны быть ознакомлены на ближайшей конференции под роспись в протоколе. Фтизиатром проводятся занятия с врачами лечебной организации по основам практических навыков по профилактике туберкулёза, оказывается методическая помощь по принципу взаимодействия с противотуберкулёзным диспансером. Врачи вместе с фтизиатром составляют информационные стенды, краткие памятки по профилактике туберкулёза для персонала и пациентов. Одним их направлений работы фтизиатра является информирование медицинских работников о современных представлениях по инфекционному контролю в лечебно-профилактических учреждениях. Особое внимание необходимо уделять мерам индивидуального

инфекционного контроля при контакте с пациентами, обратившимися за медицинской помощью при наличии респираторной симптоматики. Проводимые по этой тематике занятия формируют и закрепляют у медицинского персонала настороженность по туберкулёзу. Важнейшим направлением деятельности фтизиатра в поликлинике следует считать обучение о роли врача общей лечебной сети в выявлении туберкулёза среди населения. Фтизиатр проводит конференции по разъяснению изменений в имеющихся и новых законодательных документах по выявлению туберкулёза. В целях эпидемической безопасности каждый пациент лечебного учреждения, вне зависимости от причины обращения, должен пройти флюорографическое обследование в соответствии с кратностью по Федеральному законодательству. Кратность флюорографического обследования населения с целью раннего выявления туберкулёза, а также симптомы, подозрительные на туберкулёз, необходимо знать каждому врачу. Определённый порядок направления в противотуберкулёзный диспансер пациентов с подозрением на туберкулёз, требует соблюдения, для корректного взаимодействия медицинских учреждений. Контроль выполнения нормативов по обследованию различных групп населения для выявления туберкулёза участковый фтизиатр проводит методом случайной выборки при просмотре историй болезни пациентов, проходящих обследование или лечение в настоящее время у терапевта (узкого специалиста) поликлиники. Для динамического наблюдения пациентов, страдающих заболеваниями, способствующими иммуносупрессии, повышающими риск развития туберкулёза, в поликлинике формируются группы медицинского риска. В группы социального риска входят пациенты с низким материальным достатком, ведущие асоциальный образ жизни и другие. Участковый фтизиатр регулярно проводит проверки соблюдения нормативных сроков проверочной флюорографии этих контингентов. А также разъясняет специалистам их актуальность по заболеванию туберкулёзом, основанную на законодательных документах. Участковый фтизиатр контролирует ведение медицинской документации по профилактическому обследованию пациента и пациента с подозрением на туберкулёз. Выполняется проверка историй болезни и отмечается правильность внесения в медицинский документ данных о проверочной флюорографии (дата, номер, место выполнения и результат).

Врачебные конференции, в которых принимает участие фтизиатр, способствуют взаимопониманию специалистов для цели совершенствования противотуберкулёзной работы. Фтизиатр докладывает о ре-

зультатах проверок при посещениях поликлиники, акцентирует внимание на положительных позициях, отмечает недостатки и пути их исправления. Самыми востребованными, как правило, являются конференции с клиническими разборами наиболее интересных и трудных в выявлении и диагностике случаев туберкулёза. Доклады и демонстрации готовят поликлинические врачи, анализ проводит фтизиатр. Учебный спектр клинических разборов для практикующих врачей всегда очень широкий. Конференции помогают врачам объективизировать проблемы туберкулёзной инфекции, повышают уровень клинического мышления, дополняют знания по современным диагностическим технологиям во фтизиатрии. В кабинете туберкулинодиагностики и БЦЖ в поликлинике работает сертифицированный персонал. Соблюдение правил работы кабинета контролирует при посещении поликлиники участковый фтизиатр. Важно, чтобы в кабинете использовалось раздельное хранение вакцины БЦЖ и препаратов для пробы Манту и диаскин-теста. Участковый фтизиатр также выходит в поликлинику для изучения медицинской документации пациента с впервые выявленным туберкулёзом. Анализ статуса пациента до заболевания туберкулёзом позволяет уточнить причины, приведшие к развитию специфического процесса, оценить окружение больного, предположить границы эпидемиологического очага туберкулёза, определить круг контактных лиц. Участковый фтизиатр является консультантом стационара, расположенного на территории участка, если там нет штатного фтизиатра-консультанта. Консультативная работа участкового фтизиатра в стационаре заключается в изучении истории болезни, анализа рентгенологического архива больного и написании заключения с рекомендациями по наблюдению, лечению и клинико-рентгенологическому контролю. В случае обнаружения микобактериовыделения у консультируемого больного, фтизиатр рекомендует или осуществляет перевод пациента в туберкулёзный стационар. Кроме консультаций, в курируемом стационаре должна выполняться аналогичная (как в поликлинике) противотуберкулёзная работа.

Выводы

1. Внедиспансерная работа участкового фтизиатра взрослого фтизиопульмонологического отделения является существенной составляющей его деятельности.
2. Противотуберкулёзная работа в общесоматических лечебно-профилактических учреждениях должна иметь практическую направленность, формируемую участковым фтизиатром.

3. Эффективность противотуберкулёзных мероприятий в лечебных организациях общего профиля зависит от комплекса внедиспансерной работы участкового фтизиатра.

УДК 616.24-002.5-084

А. М. Убайдуллаев[1], Ф. К. Ташпулатова[2], Н. А. Хомова[2]
[1]Ташкентский институт усовершенствования врачей,
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

ВОПРОСЫ ПИТАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ БРОНХОЛЕГОЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ТРУДАХ АВИЦЕННЫ

Как известно, при бронхолегочных заболеваниях, особенно при туберкулезе, одним из основных элементов лечения является правильно подобранное диетическое питание. При туберкулезе легких питание рассматривают наряду с фармакотерапией, как фактор, имеющий большое значение в успешном лечении больного. Взгляды Ибн-Сина на диету представлены в знаменитой работе «Канон врачебной науки», где он придает важное значение «режиму питания», подразумевая при этом качество, количество пищи и время ее приема. Ибн-Сина приводит ряд ценных практических рекомендаций, в том числе указания на полезность вкусной и съеденной с аппетитом пищи, препятствие пищеварению подавленного душевного состояния и усталости, на необходимость придерживаться определенного порядка в приеме пищи. Ценность представляют методы лечения туберкулеза и других заболеваний легких, предложенные Абу Али Ибн Сино, основу которых составляют климатотерапия, фитотерапия, характер питания, изменения условий и образа жизни.

Особое внимание он уделял режиму питания больных туберкулезом, широко рекомендовал молоко, сливочное масло, яйца, фрукты и соки, при плохом аппетите — вино.

Свои медицинские открытия, в частности, и в области питания Авицена изложил в стихотворной форме в виде стиха – наставления:

«Хвалы достойна пища, если вновь
Она заменит и очистит кровь.
Полезна рыба непременно тем,
Кто обессилен, истощен совсем.
Остры и терпки лук, чеснок, горчица,
Но польза в них великая таится».

Через каждые 4–5 страниц знаменитого «Канона врачебной науки» Авиценны упоминается о лечебном значении «лекарственной пищи».

Современная наука доказала, что при составлении рациона следует учитывать энергетические затраты больного в зависимости от проводимого им лечебно-охранительного режима. Определяющим лечебным фактором является состав пищи. Белки, жиры, углеводы, витамины и минеральные соли должны быть представлены в рационе в оптимальном количестве. Введение с пищей большого количества белков и витаминов должно покрывать высокие траты их при туберкулезе легких и способствовать регуляции реактивности организма, выработке иммунитета и нормализации окислительных процессов.

При туберкулезе легких у больных в значительной мере снижается способность усваивать белковые соединения. Поэтому, при составлении меню надо стремиться к тому, чтобы в него входили такие полноценные белковые продукты, как яйца, молоко, творог, нежирные сорта говядины, птицы и рыбы. Три четверти рекомендуемого рациона следует составлять из вышеперечисленных продуктов.

Авиценна дал характеристику основных продуктов питания и рекомендации по питанию больных бронхо-легочными заболеваниями, туберкулезом в зависимости от возраста, а также в зависимости от рода занятий, привычек людей.

Как известно, лечебные свойства кумыса, как всякого средства из народной медицины, несомненно, были известны давно. Народ успешно применял кумыс при истощающих болезнях и после недоедания. Следует отметить, что первое упоминание о лечебном действии кумыса встречается в трудах **Абу-Али-Ибн-Сина** (Авиценны), который почти 1000 лет назад лечил кумысом больных с легочной патологией.

Хотя уже давно существуют противотуберкулёзные препараты, эффективность которых доказана многочисленными клиническими исследованиями, однако ни один из них не способен восполнить метаболические нарушения, возникающие в процессе заболевания, т.к. терапевтический эффект от химиотерапии направлен на элиминацию МБТ из организма. Поэтому наряду со стандартной химиотерапией больному назначается также диетотерапия, целью которой является обеспечение полноценного питания больного, повышение сопротивляемости организма к инфекции, уменьшение явлений интоксикации, восполнение повышенного расхода белка, нормализация метаболических процессов, восстановление органов и тканей, пораженных туберкулезной инфекцией.

Следует отметить, что **диетотерапия** должна строиться с учетом локализации, характера процесса, степени активности, реактивной способности организма, состояния органов пищеварения, упитанности и образа жизни больного, сопутствующих заболеваний и осложнений, функционального состояния пораженных органов.

Большое место в «Каноне врачебной науки» занимают вопросы гигиены. Правила охраны здоровья, гигиенические предписания, диететика Ибн-Сины на протяжении ряда столетий являлись исходным пунктом для множества последующих сочинений на эти темы. Многие из предписаний Ибн-Сины сохранили свое значение до настоящего времени. При рассмотрении любого заболевания Ибн-Сина указывал на условия, способствующие его возникновению, мешающие сохранить здоровье. Физические упражнения Ибн-Сина называл «самым главным условием» сохранения здоровья, на следующие места ставил режим питания и режим сна.

«Умеренно и своевременно занимающийся физическими упражнениями человек, не нуждается ни в каком лечении, направленном на устранение болезней».

В медицине, наряду с клиникой, значителен вклад Авиценны в профилактику. Он указывал, что «самое главное в режиме сохранения здоровья есть занятия физическими упражнениями, а затем режим пищи и режим сна». Ибн Сина описал восстановительный и лечебный массажи, дал рекомендации по закаливанию, проведению водных процедур, которые и сегодня являются составной частью оздоровительной физической культуры. Авиценна предлагал лечить не болезнь, а больного, рассматривать нарушения, возникающие в организме, во взаимодействии с окружающей средой, поскольку лучший терапевтический эффект достигается при создании благоприятной окружающей среды. При рассмотрении любого заболевания он обязательно указывал на условия, способствующие его возникновению, а также на возможные пути предупреждения.

Первичными этиологическими факторами болезни Авиценна считал воздух, характер местности, время года. Такая направленность позволяла ему искать меры профилактики для многих заболеваний. Применительно к каждому времени года он разработал рекомендации по качеству и количеству пищи. В процессе лечения он придавал значение мобилизации внутреннего потенциала больного, защитных сил его организма, при трактовке состояния больного исходил из наличия тесной связи причины и следствия. В искусстве сохранения здоровья Ави-

ценна рекомендовал уделять основное внимание 7 факторам: уравновешенности натуры; выбору пищи; очистке тела от излишков; сохранению правильного телосложения; улучшению того, что вдыхается через нос; приспособлению одежды; уравновешенности физического и душевного движения. Все это соответствует современным представлениям о здоровом образе жизни. Важным фактором сохранения здоровья, по мнению Авиценны, является рациональное питание. Наряду с его разнообразием существенную роль играет режим приема пищи в теплое и холодное время года, возраст людей: «Для принятия пищи имеется определенный порядок, которого должен придерживаться каждый берегущий свое здоровье». Ценными являются рекомендации рассматривать пищевые продукты как лекарства, а при лечении придерживаться определенного режима питания. Выдающиеся врачи Древнего мира оставили потомкам завещание: «Пища должна быть лекарством, лекарство — пищей». Столь же пристальное внимание уделялось качеству воды, ее очистке. Авиценна высказал предположение в отношении благоприятного воздействия солнца на качество воды. В то время еще не было известно о существовании ультрафиолетовых лучей и их бактерицидном действии. Вместе с тем «хорошая вода текущих ручьев открыта для солнца, течение воды должно быть направлено к солнцу, особенно в летний период».

На состояние здоровья оказывает влияние место жительства: «Тому, кто себе выбирает место жительства, следует знать, какова там почва, насколько земля возвышена или низменна, открыта или закрыта, какова там вода». Многие позиции великого мыслителя о медицине звучат удивительно современно, пережили века и сохранили практическое значение в настоящее время.

Авиценна в XI веке нашей эры усовершенствовал процесс дистилляции, повысив при этом эффективность эфирных масел применяемых при аромотерапии. Авиценна оставил после себя огромное наследие для медицинской науки, он написал за свою жизнь более сотни трудов, которые на протяжении столетий не утрачивали свою актуальность.

«Здоровье сохранять — задача медицины,
Болезней суть понять и устранить причины».

Литература

1. Абу Али Ибн Сина. Его медицинские и некоторые философские воззрения: материалы республ. науч. конф., посвящ 1000-летию Абу Али Авиценны. — Ташкент, 1980.

2. Абу Али Ибн Сина. К 1000-летию со дня рождения. — Ташкент, 1980.
3. Абу Али Ибн Сина. Канон врачебной науки: Избранные разделы. — М., 1994.
4. Петров Б. Д. Ибн Сина (Авиценна). — М., 1980.
5. Сагадеев А. В. Ибн Сина (Авиценна). — М., 1980.

УДК 616.24-002.5-084

М. С. Утешев, М. И. Ходжаева
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С МОЧЕПОЛОВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Ведение. По данным исследования различных авторов, МПТ составляет от 17 до 51 % в структуре внелегочных форм туберкулеза. Изучение структуры патологии у больных туберкулезом позволяет рационализировать порядок организации оказания медицинской помощи, перечень необходимых диагностических и лечебных мероприятий.

Цель — изучить характер сопутствующих заболеваний у больных с мочеполовым туберкулезом.

Материалы и методы. Обследовано 70 больных с мочеполовым туберкулезом, которые получали стационарное лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре фтизиатрии и пульмонологии (РСНПМЦФиП) в 2016 году. Мужчин было 43 (60,3 %), женщин — 27 (39,66 %).

Результаты. По возрасту больные распределялись следующим образом: до 30 лет — 13 (17,6 %); от 31 до 40 лет — 39 (52,7 %), от 41 до 50 лет — 15 (20,3 %), 51 и старше — 7 (9,4 %).

При распределении больных по формам МПТ: папиллит — у 21 (29,3 %), туберкулез уретры — у 16 (21,8 %), туберкулез мужских половых органов — у 12 (16,8 %), туберкулез мочевого пузыря — у 11 (15,4 %), и туберкулез женских половых органов — у 10 (16,7 %) больных. При изучении клинической картины заболевания у всех больных выявлено наличие симптомов интоксикации (общая слабость, потеря веса, субфебрилитет), болей в поясничной области — у 38 (54,3 %) и у 23 (34 %) больных артериальная гипертензия.

У 28 (40 %) больных имелись сопутствующие заболевания общего и местного характера. Заболевания общего характера: сахарный диа-

бет — у 5 (17,8 %), онкологические патологии — у 3 (10 %), гепатиты В и С — у 4 (14,2 %), наркомания — у 2 (7,1 %), ВИЧ-инфекции — у 2 (7,1 %) и системные заболевания соединительной ткани — у 2 (7,14 %). Сопутствующие заболевания местного характера: мочекаменная болезнь — у 5 (17,8 %) и хронический пиелонефрит — у 5 (17,8 %), аномалия развития — у 3 (10 %), поликистоз почек — у 1 (3,8 %).

Выводы. Среди больных впервые выявленным мочеполовым туберкулезом преобладают лица в возрасте от 31 до 40 лет. В структуре сопутствующих заболеваний, благоприятный фон для развития мочеполового туберкулеза представляли наличие сахарного диабета, мочекаменной болезни, и хронического пиелонефрита.

УДК 378:37.026:616-002.5

Е. Г. Фесюк
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, Россия

ДИДАКТИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ У СТУДЕНТОВ НА ЦИКЛЕ ПО ФТИЗИАТРИИ

Введение. Подготовка обучающихся в высших медицинских учебных заведениях в современных условиях должна включать, как формирование совокупности знаний, навыков, умений, профессиональной компетентности, так и развитие личностных качеств, включая в качестве важнейшего — мотивацию к учебной и профессиональной деятельности.

Цель работы: выявить необходимые психолого-педагогические условия для формирования мотивации у студентов медицинского вуза во время обучения их на цикле по фтизиатрии.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе кафедры внутренних болезней Кировского ГМУ с участием студентов лечебного и педиатрического факультетов, обучающихся на цикле по фтизиатрии. Использовался метод тестирования, анкетирования, применения опросников, наблюдения за состоянием успеваемости и активности групп студентов на занятиях; беседы со студентами и преподавателями с целью выявления их отношения к изучаемой проблеме; моделирование ситуаций; анализ документации, результатов деятельности.

Результаты. Наш 22-летний собственный опыт работы преподавателем по дисциплине «Фтизиатрия» и мнение других опытных педа-

гогов кафедры свидетельствуют, что подходящим средством для поддержания необходимой напряженности процесса обучения студентов, является изменение формы общения. Под формами общения понимаются виды и способы группирования обучаемых на занятиях. На наш взгляд, в ходе занятия следует разнообразить формы общения со студентами и практиковать работу:

- со всей группой (например, при обсуждении реферативного сообщения, темы занятия, разборе рентгенограмм, проведении тематической игры, участия в интегративной образовательной экспедиции);
- с малой группой: 3-5 человек работают над одним заданием, например, готовят клинический разбор больного по определенной теме с последующим обсуждением в группе;
- в парах: двое студентов обсуждают представленную рентгенограмму или задачу, курируют больного, ищут решение, которое затем обсуждается в микрогруппе или всей группой;
- индивидуальную: каждый студент индивидуально оформляет историю болезни, докладывает реферативное сообщение, выписывает рецепт на противотуберкулезные препараты, оценивает динамику туберкулиновых проб, работает с рентгенограммами по теме занятия.

Разнообразные формы общения повышают интерес к дисциплине и активизируют работу студентов в ходе занятия. Полезными для формирования мотивации учения являются тренинги мотивации достижения, причинных схем, личной причинности.

Согласно тренинга мотивации достижений, более высокую успеваемость в группе имеют студенты, у которых обострено чувство собственного достоинства и имеется стремление постоянно улучшать свои достижения. Такие студенты систематически и целенаправленно сопоставляют собственные достижения с достижениями других, как правило, лучших студентов. Им присуще особое поведение, типичное для человека с высокоразвитой мотивацией.

Для формирования мотивации достижения необходимо привлечение внимание студентов к содержанию дисциплины, получение опыта мышления, поведения и эмоционального реагирования, соотнесение своих реальных мотивов с идеалом, постепенное уменьшение внешней помощи, опора на собственные силы.

Тренинг причинных схем непосредственно влияет на мотивацию, побуждая студента к определенному поведению, либо вызывает у

него равнодушие и безинициативность. Студенты, получившие двойки, например, за тестовый контроль, по-разному представляют причины неудовлетворительных оценок, по-разному оправдываются, в зависимости от имеющейся у них мотивации к дисциплине: не знал, не старался, трудное задание, не повезло. Необходимо стремиться к изменению представлений о причинах неудач и любые причинные объяснения заменить лишь одним — недостаточностью собственных усилий.

Тренинг личной причинности учит студентов искать причины своих неудач, прежде всего, в самих себе и, по возможности, меньше зависеть от других людей. Для избегания неудач можно рекомендовать студентам, чтобы они ставили перед собой реалистические цели, соизмеряли свои цели со своими возможностями, знали свои сильные и слабые стороны, определяли конкретные действия, планировали перспективу, правильно оценивали складывающуюся ситуацию и постоянно анализировали выполнение личной программы — приближают ли их действия к цели.

Но особенно нужно развивать у студентов внутреннюю мотивацию к изучению дисциплины, когда студент получает удовлетворение от самого поведения, от самой учебной и профессиональной деятельности. Для формирования внутренней мотивации у студентов необходимо осознание ими своей собственной автономии, личной значимости в освоении знаний, умений дисциплины, собственной компетентности, представление им свободного выбора в процессе учебной и профессиональной деятельности.

Отрицательно влияют на формирование мотивации учения недостаток времени и необходимость выполнения работы к жестко фиксированному сроку. Поэтому при планировании календарных планов занятий этот момент мы обязательно учитываем и даем необходимое время студентам, например, для подготовки учебной истории болезни, реферативного сообщения, итогового тестового контроля, время для подготовки к экзамену.

В процессе обучения важно отметить, что не следует ориентироваться преимущественно на внешнюю мотивацию в виде контроля. В этом случае развитие личности подавляется, внутренняя мотивация снижается и как следствие интерес к учебе, к предмету, профессии падает. Поэтому следует оказывать всемерную поддержку любых проявлений внутренних стремлений студентов, доверять им, и свои отношения строить на основе делового сотрудничества и солидарности.

Так же для повышения мотивации учебный материал должен содержать достаточный, но не излишний объем новой информации по дисциплине. В противном случае интерес и внимание к предмету будут падать.

Для того, чтобы предмет заинтересовал студентов, он должен быть связан с чем-либо интересующим его, с чем-либо уже знакомым и связан с какой-либо формой деятельностью, то есть предмет должен быть поставлен в личные отношения к студенту. Например, на занятиях по фтизиатрии подчеркивается для студентов важность знаний о мерах защиты от туберкулеза, как себя, так и других членов семьи и родственников, а также важность знаний по таким разделам фтизиатрии, как вакцинация и туберкулинодиагностика для всех студентов, как будущих родителей.

Для повышения интереса к дисциплине на кафедре на практических занятиях студенты решают кроссворды, ребусы по теме занятия. Они охотно занимаются этими нестандартными проблемами. Кроссворды будируют их творческую активность, способствуют активизации их мышления и личностному росту.

Интерес к познанию истины пробуждает у студентов наличие в учебном материале противоречий, например, почему туберкулез локализуется чаще в верхушечно-задних, а пневмония — в передне-нижних отделах легких или вопрос о тайне болезни при туберкулезе. Студент при этом стремиться осмыслить и упорядочить изученный им материал и добыть самостоятельно и активно новые знания о предмете.

Еще одним приёмом для повышения мотивации является создание на занятиях проблем, представляющих для студентов реальные препятствия. Уверенные студенты принимают вызов, идут на риск. Примером может служить проведение на кафедре дней самоуправления с выдвижением кандидатур в кандидаты преподавателей, участие студентов в школе здоровья «За жизнь без туберкулеза», в конкурсе санбюллютеней, буклетов по туберкулезу к Всемирному дню борьбы с туберкулезом, в подготовке научно-исследовательских работ по проблемам туберкулеза. При этом рекомендуется соизмерять возможности студентов с их желаниями и приём вызова использовать нечасто.

Необходимо постоянно укреплять у студентов уверенность в собственных силах. У студента должна быть обязательно обратная связь относительно своих успехов в учебе. При этом необходимо сравнивать, чего он достиг (реальные результаты) и чего мог бы достигнуть при должном отношении к учебе.

Следует не создавать в процессе учебы стрессовых ситуаций. Стресс снижает познавательную активность студентов. Усталость так же отрицательно влияет на эффективность обучения. 10–15 минутный перерыв на чай, короткие перерывы и физкульминутки между лекциями и практическими занятиями, изменение формы подачи материала на занятии (написание тестов, доклад реферативного сообщения, обсуждение темы занятия, курация больных, решение ситуационных задач) способствуют тому, что студенты лучше усваивают и запоминают материал.

Не следует избегать преподавателю обсуждения в группе волнующих студентов вопросов, в том числе отдаленно связанных с темой урока, например, затраты на лечение больного туберкулезом. В ходе таких занятий эффект заинтересованности в изучении предмета подкрепляется.

Необходимо также давать студентам возможность высказаться по поводу обсуждаемого на занятии вопроса, отстоять свою точку зрения, обратить на себя внимание. Такие студенты послужат отличным примером для своих товарищей, которые будут чувствовать себя более уверенно в последующем при отстаивании своей точки зрения.

Используется на кафедре при обучении так же приём взаимоконтроля и взаимопроверки работ (вводного контроля, текущих тестовый заданий), помогающий выработать у студентов ответственность, объективность, повышающий их заинтересованность к изучению темы занятия.

Сотрудниками кафедры проводится разъяснительная работа среди студентов о том, что знания и умения сами по себе не появятся. Для этого требуется напряженный познавательный труд, практика, настойчивость, сила воли, целеустремленность, необходимо иметь чувство долга, ответственности и предъявлять требования при обучении, прежде всего к самому себе.

Планировать цели и задачи обучения самим обучаемым — еще один перспективный способ повышения мотивации, используемый широко за рубежом. На кафедре фтизиатрии данный приём еще только отрабатывается. Важно отметить, что не все студенты еще готовы самостоятельно и в полном объеме спланировать цели и задачи обучения, их надо этому еще научить. Но если они спланированы, то у студента возникает чувство доверия к себе, а при реализации целей и задач, возникшее чувство успешности, усиливает мотивацию к обучению.

При обучении в вузе следует опираться, в первую очередь, на долгосрочное целевое планирование, при котором, важно отметить, обучаемые систематически стремятся к достижению своих индивидуальных целей, выполнение их постоянно самоконтролируется и обеспечивает изучение предмета в полном объеме.

Можно способствовать развитию самомотивации у студентов, предложив им для ознакомления стратегию самомотивации из 10 пунктов, опираясь на труды И. П. Подласового:

1. Всегда планируйте свои действия на долгосрочное будущее.
2. Ищите такого партнера по обучению, от общения с которым ваш и его труд будет приносить «плоды».
3. Составьте план работы — постоянное время занятий (часы, дни, недели).
4. Определите для себя в общем виде цели и задачи обучения.
5. Определите для себя, каким образом вы сможете ввести результаты содержания обучения в вашу сегодняшнюю и завтрашнюю профессиональную практику, просто в повседневную жизнь.
6. Разделите содержание обучения на легко усваиваемые разделы, и начинайте с усвоения содержания средней трудности, а затем переходите к трудным.
7. Попробуйте дополнить изучаемое содержание своими рисунками, примечаниями, структурными схемами. А кто-то, может быть, отважится и поспорить с преподавателем о сущности изучаемого вопроса.
8. Обязательно похвалите себя, выполнив задание.
9. По отдельным, интересующим вас темам читайте дополнительную литературу и обсудите ее с товарищами, учителем.
10. Чтобы знания были прочными, повторяйте основное содержание, закрепляйте изученный материал с помощью упражнений.

Данная стратегия самомотивации была с интересом воспринята на кафедре не только студентами, но и педагогами. Мы надеемся, возможно, кому-то она принесет еще успешность.

Кроме того, необходимо отметить, что одним из основных требований для реализации мотивированности студентов в процессе обучения по дисциплине является знание преподавателем уровня развития мотивации у каждого обучающегося, своевременное выявление сформированности мотивации учения и труда путем систематического определения ее уровня, что позволяет преподавателю правильно сориен-

тироваться в педагогической ситуации и сделать правильный выбор цели ее развития.

Для изучения активизации и развития мотивации на кафедре использовались такие методы исследования, как наблюдение, анкетирование, тестирование, интервью, беседа. Например, проводилось тестирование студентов с использованием шкалы оценки потребности в достижении, исследовалась в виде анонимного анкетирования личная мотивация студентов к отдельным изучаемым предметам в вузе и в процессе обучения на цикле по фтизиатрии, изучалась степень самостоятельности мотивов у студентов, зависимость их от взаимодействия с другими одногруппниками с использованием приема выбора партнера. Много нового о студентах, в том числе и их мотивационной составляющей, можно было узнать, используя прием неоконченных предложений. Для изучения мотивации к обучению и профессиональной деятельности в студенческой аудитории использовался так же приём создания ситуаций. Данный приём позволяет проследить, как изменяется поведение студентов при изменении условий учебного процесса, как они оценивают созданную ситуацию, высказывают свое мнение. Например, замена проведения традиционной формы практического занятия деловой игрой на кафедре вызывала у большинства студентов положительные отзывы в отношении деловой игры.

Выводы. Подводя итог вышеизложенному, основными дидактическими условиями, необходимыми для формирования мотивации студентов к учебной и профессиональной деятельности по дисциплине «Фтизиатрия», на наш взгляд, являются: знание уровня развития мотивации к профессиональной и учебной деятельности у каждого обучающегося и систематический контроль ее в динамике; использование в процессе обучения специальных приемов для повышения мотивации к профессиональной и учебной деятельности; сочетание различных методов, средств, технологий обучения побуждающего и стимулирующего характера с опорой на практические, активные или интерактивные методы; структурирование содержания учебного материала, выделение уровней практических навыков с разработкой алгоритмов их умений, с учетом факторов, формирующих положительную мотивацию обучающихся; анализ результатов деятельности преподавателя по формированию мотивационной сферы обучающихся; активная личностная позиция субъекта учебной деятельности — студента-медика.

УДК 616.24-002.5-084

А. Ю. Хитева
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»,
г. Москва, Россия

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ АКТИВНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Актуальность. После проведения хирургического вмешательства по поводу туберкулеза органов дыхания необходимо продолжение химиотерапии. В нормативных документах (Приказ МЗ РФ № 109, Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания) нет критериев, позволяющих четко определить длительность химиотерапии после проведения операции. Решение этой проблемы является актуальным, так как дифференцированнный подход к определению сроков лечения после операции, с одной стороны позволит уменьшить риск рецидива заболевания, с другой — избежать необоснованно длительной химиотерапии.

Цель: сопоставить клинические, лабораторные и рентгенологические проявления с морфологическими признаками активности туберкулезного процесса.

Материалы и методы. Проведено когортное проспективное исследование с 2013 по 2016 годы, включено 35 детей (13–18 лет) после хирургического лечения. У 13 (37,0 %) — впервые выявленные процессы, 22 (63,0 %) поступили на повторное лечение: 17 (48,7 %) после неэффективного курса ХТ, 5 (14,3 %) — по поводу хронического течения туберкулеза. На разных сроках ХТ всем пациентам выполнены операции по поводу: туберкулем — 42,8 %; фиброзно-кавернозного туберкулеза — 22,8 %; эмпиемы плевры — 14,3 %; цирротического туберкулеза и экссудативного плеврита по 5,7 %; первичного туберкулезного комплекса и туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов по 2,9 %. Перед проведением операции оценивали: наличие различных клинических проявлений интоксикации; воспалительные изменения в анализе крови; результаты микробиологического исследования мокроты/смыва с ротоглотки на МБТ; данные компьютерной томографии органов грудной клетки. После хирургического лечения выполнено патоморфологическое исследование операционного материала с определением активности туберкулезного процесса (активность отстутству-

ет, легкая, умеренная и выраженная). Проведено соспоставление клинических, лабораторных и рентгенологических с морфологическими признаками активности.

Результаты исследования. На момент проведения операции во всех 35 (100 %) случаях бактериовыделение отсутствовало. У 13 (37,1 %) из 35 пациентов перед операцией выявлены различные клинические, лабораторные и рентгенологические признаки активности туберкулеза. По данным морфологического исследования операционного материала легкая и умеренная активность специфического процесса была определена в 6 (46,2 %), выраженная также в 6 (46,2 %) из 13 случаев. В 1 случае (7,6 %) активность специфического процесса отсутствовала. У остальных 22 (62,9 %) больных перед операцией отстутствовали клинические, лабораторные и рентгенологические проявления активности туберкулеза. При проведении морфологического исследования легкая и умеренная активность процесса отмечена в 17 (77,3 %), выраженная — в 2 (9,1 %) случаях. Активность специфического процесса отсутствовала в 3 (13,6 %) из 22 случаев.

Заключение. Перед проведением хирургического лечения у 22 (62,9 %) из 35 пациентов отсутствовали клинические, лабораторные и рентгенологические признаки активности туберкулезного процесса. Однако в 19 (86,4 %) из 22 случаев по данным морфологического исследования выявлена развличная степень активности специфического процесса. Из 13 пациентов (37,1 %) с клиническими, лабораторными и рентгенологическими признаками активности процесса перед операцией у 12 (92,4 %) подтверждена активность процесса по результатам морфологического исследования операционного материала. Полученные результаты были учтены при определении длительности химиотерапии после операции.

УДК 616.24-002.5-084

М. И. Ходжаева, М. Х. Джурабаева
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

ЗНАЧЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРОЦЕССЕ ОБУЧЕНИЯ

Введение. Проблема подготовки студентов медицинских вузов с применением современных информационных технологий в учебной и практической деятельности способствует формированию у них готов-

ности к жизни в «информационном обществе», самостоятельному пополнению знаний в области медицинской информатики. Компьютер прочно вошел в жизнь современного человека, и теперь каждый студент имеет мобильное вычислительное устройство: ноутбук, нетбук или планшет. Все более актуальными становятся базы электронных изданий.

Материалы и методы. Обучение студентов 4–6-курсов лечебного, медико-педагогического и 4-курса медико-профилактического факультетов на кафедре фтизиатрии Ташкентской медицинской академии.

Результаты. По предмету фтизиатрии на кафедре Ташкентской медицинской академии использование информационной технологии проводится следующим образом: все студенты обязаны посещать занятия с ноутбуком (нетбуком, планшетом), имеющим подключение к Интернету; в аудитории у преподавателя есть персональный компьютер (ноутбук), подключенный к Интернету. На первом занятии всем студентам представляется электронная информация (база данных), содержащая рабочую программу по фтизиатрии. Соответственно факультетам и курсам представлены: текст лекций, тематический план практических занятий, практические навыки, материал самостоятельной работы, образец оформления истории болезни, литература (электронные версии книг, учебников, журналов), источники веб-сайтов для получения дополнительной информации, электронная почта (адрес) педагога.

На каждом занятии студенты самостоятельно проводят презентации в электронном виде по тематике кафедры соответственно тематическому плану практических занятий. По материалу самостоятельной работы кафедры (тесты, алгоритмы, концептуальные таблицы, органайзеры) студенты работают внеаудиторно. Во время тематического занятия студентам предоставляются электронные мультимедийные фильмы («Объективный осмотр больного», «Выявление МБТ бактериоскопически», «Постановка пробы Манту», «Вакцинация и ревакцинация БЦЖ», «Проба Коха», «Диаскинтест», «Методика пункции плевральной полости»).

Применение электронных технологий упрощает предоставление студентам раздаточных материалов для самостоятельной работы. Например, рентгеновские снимки заменены материалом в электронном виде.

Вывод. Опыт кафедры показал, что дополнение традиционных методов преподавания электронными технологиями делает образовательный процесс интересным, усиливая мотивацию студентов к изучению предмета. Дают возможность на основе современных данных изучить

проблему диагностики, дифференциальной диагностики и лечение больных туберкулезом, а также согласно требованиям времени постоянно повышать свои знания, умения, навыки — квалификацию в практической деятельности, используя в период обучения современные данные, пользуясь электронной базой данных кафедры фтизиатрии ТМА.

УДК 616.24-002.5-084

М. И. Ходжаева, М. Х. Джурабаева
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

МЕТОДИКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНТЕРАКТИВНЫХ МЕТОДОВ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ (КЕЙС-ТЕХНОЛОГИЯ)

Введение. Подготовка студентов медицинских вузов в современных условиях реформирования системы здравоохранения Узбекистана требует особых подходов и методов преподавания, связанных с новыми задачами и обязанностями врачей первичного звена.

Материалы и методы. Проблема подготовки студентов IV и VI курсов на кафедре фтизиатрии ТМА с применением современных интерактивных методов в учебной и практической деятельности способствует формированию у них готовности к жизни, самостоятельному пополнению знаний и занимает важное место в системе профессионального образования будущих специалистов медицины.

Результаты. На кафедре фтизиатрии ТМА значительное внимание уделяется кейс-технологиям как интерактивным методам обучения на основе реальных или возможных ситуаций, направленных на формирование у студентов определенной компетентности.

Цель кейса — совместными усилиями группы студентов и преподавателя в интерактивном режиме проанализировать конкретную ситуацию на основе предложенных алгоритмов и имеющихся данных, рассмотреть возможные решения и выбрать лучшее из них в контексте представленной проблемы. В кейсе излагаются различные ситуации — клинические, лабораторные и рентгенологические данные больных с различными клиническими формами туберкулеза. Определяются проблемы ситуации, предоставляются конкретные данные в виде графиков, таблиц, отдельных этапов анализа и поиска решений, оглашаются цель и задачи исследования, по которым далее формируется алгоритм исследования.

Достижение цели кейса состоит в том, что для формирования компетенции будущих специалистов в медицине необходимо рассмотреть сложившуюся ситуацию на объекте исследования с учетом предварительного исследования конкретных клинико-лабораторных и рентгенологических данных и данных, собранных студентами по теме исследования. Необходимо проанализировать возможные варианты и стратегии по решению проблемы, выбрать оптимальное решение на основе полученных результатов. После получения всей необходимой информации студентами, совместно с преподавателем обсуждается качество и полнота представленных ситуационных данных, непрерывность и состоятельность информационного массива. Здесь же при участии преподавателя обсуждаются приемлемые методы и алгоритмы исследования, программный инструментарий для использования информационных технологий.

Итоговым этапом решения кейса является совместное принятие оптимального решения, разрабатывается его формулировка. В резюме отражаются основные результаты исследования, приводится перечень конкретных предложений и мероприятий при условии достижения поставленной цели. Решение представленной ситуации обсуждается студентами. Затем предлагается вариант решения этой ситуации кейсологом.

Вывод. Интерактивный метод преподавания с использованием кейс-технологии в учебном процессе на кафедре фтизиатрии способствует формированию самостоятельного анализа возможных клинических ситуации, умению выбрать оптимальное решение у студентов, что формирует в последующем высококвалифицированного и компетентного специалиста в области фтизиатрии.

УДК 616.24-002.5-084

Н. А. Хомова, Ф. К. Ташпулатова
Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

ИЗУЧЕНИЕ ИНФОРМИРОВАННОСТИ О ТУБЕРКУЛЕЗЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ТАШКЕНТСКОГО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

Введение. Согласно оценкам ВОЗ туберкулез является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. В 2015 году этим заболеванием заболели 10,4 миллионов человек и 1,8 миллиона умерли от этой бо-

лезни. Более 95 % случаев смерти от туберкулеза происходит в странах с низким и средним уровнем дохода. Среди детского населения прослеживается следующая статистика: в 2015 году 1 миллион детей заболел туберкулезом и 170 000 умерли от него. У 480 000 людей в мире развился туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ – ТБ).

Одной из задач в области здравоохранения в рамках недавно принятых целей в области устойчивого развития заключается в том, чтобы к 2030 году покончить с эпидемией туберкулеза.

Для достижения этой цели необходимо работать не только в областях экспресс-диагностики и лечения, а также в направлениях повышения комплаентности пациентов, усиления профилактических мероприятий и стимулирования здорового образа жизни.

Эффективные противотуберкулезные лекарственные препараты уже существуют на протяжении практически 50 лет. Тем не менее, в настоящий момент в мире проблема с туберкулезом даже более серьезная, чем она была раньше. Проблема заключается не в отсутствии эффективного лечения, а в основном, в организации: как адекватно применять долгосрочные курсы химиотерапии.

В связи с этим ВОЗ предлагает следующее определение комплаенса (приверженности) — это степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни, назначениям и указаниям врача.

Все это не только отражается на пациенте, но и способствует весьма высоким дополнительным затратам в системе здравоохранения. В США обусловленные нон-комплаенсом затраты оцениваются в 100–300 млрд долл. ежегодно, более 5 % всех случаев госпитализации там объясняют недостаточным комплаенсом пациентов. В Германии дополнительные затраты вследствие нон-комплаенса составляют ежегодно 10 млрд евро. Это данные исследования M. Graf (2007), которая за исследование экономического бремени нон-комплаенса была удостоена премии министерства здравоохранения ФРГ. Европейская федерация ассоциаций фарминдустрии указывает, что пациентский нон-комплаенс стоит правительствам европейских стран почти 125 млрд евро и способствует преждевременной смерти около 200 тысяч европейцев в год.

Вплотную занимаясь вопросами изучения комплаентности больных туберкулезом легких, мы решили проанализировать, какие же

медикосоциальные факторы в нашем регионе влияют на уровень приверженности пациентов с туберкулезом легких.

Результаты небольшого исследования, проведенного в 2007–2010 гг. на кафедре управления здравоохранением и лекарственного менеджмента факультета управления здравоохранением ММА им. И. М. Сеченова, показывают, что врачи, в т. ч. молодые и неопытные ординаторы, не видят ничего необычного в том, что дома «исправляют» рекомендации лечащих врачей, т. е. способствуют нон-комплаенсу.

Целью нашего исследования явилось изучение информированности студентов-медиков в вопросах профилактики, диагностики и лечения туберкулеза, как будущих врачей общей лечебной сети для последующего адекватного и дифференцированного построения лекционных и практических занятий с максимальным усвоением пройденного материала.

Материалы и методы. Было проведено анонимное анкетирование студентов 4, 5, 6, 7 курсов педиатрического, медико-педагогического и лечебного факультетов ТашМПИ, проходивших обучение на кафедре фтизиатрии. Опросник был заимствован из статьи Т. Ш. Абилдаева и соавторов «Результаты анкетирования населения РК на предмет информированности о туберкулезе» (Фтизиопульмонология, № 1(18), 2011).

Результаты и обсуждения. В исследовании приняли участие 49 респондентов, из которых было 20 (41 %) мужчин и 29 (59 %) женщин, в возрастном цензе от 21 до 28 лет. Среди опрошенных было 16 (33 %) семейных и 33 (67 %) холостых студента. 34 (69 %) респондента оценили свои жилищно-бытовые условия как «очень хорошие», 13 (26 %) — как удовлетворительные.

На вопрос: «Какие условия труда влияют на возникновение туберкулёза?» большинство респондентов перечислили правильные ответы: запыленность воздуха — 33 (67,34 %); низкая температура — 31 (63,26 %); нервно-эмоциональное напряжение — 30 (61,22 %), однако на такие, можно сказать, «прописные истины», как проветриваемость помещений и занятие физической культурой процент ответов был следующий — 2 (4,08 %) и 0 % соответственно.

По вопросам эпидемиологии результаты распределились неравномерно. 44 (89,79 %) респондентов на вопрос: «В каком возрасте можно заболеть туберкулёзом?» дали правильный ответ — в любом.

Однако на вопрос о путях передачи конечно же студенты 100 %-но ответили, что воздушно-капельный путь, упуская из внимания такие важные пути как алиментарный — 14 (28,57 %) и контактно-бытовой — 24 (48,97 %).

На вопрос о клиническом проявлении туберкулеза студенты-медики в подавляющем большинстве дали правильные ответы.

На вопрос: «Какой из перечисленных методов является наиболее точным при диагностике туберкулеза?» 45 (91,83 %) респондентов дали правильный ответ — микроскопия мазков мокроты на наличие микобактерий туберкулёза. Однако, вместе с этим указав и другие: флюорография или рентгенография легких — 43 (87,75 %), туберкулиновая проба (проба Манту) — 27 (55,10 %). То есть студенты не ориентируются в точности диагностических методов при туберкулезе, и, следовательно, нужно усилить фронт работы в этом направлении.

О вопросах профилактики студенты ТашПМИ в подавляющем большинстве были хорошо осведомлены.

Студенты-медики осознают, что для излечения (выздоровления) от туберкулеза необходимо своевременно обратиться в поликлинику (43 (87,75 %)), не прерывать лечение (42 (85,71 %)), принимать лекарства под контролем медицинского работника (41 (83,67 %)), получить полный курс лечения (46 (93,87 %)). Однако, «Какова продолжительность лечения впервые выявленного туберкулёза?» знают всего лишь 25 (51,02 %) респондентов. Остальные указали следующие варианты: до 6 месяцев — 13 (26,53 %), не менее 1 года — 9 (18,36 %), не знаю — 3 (6,12 %). Такая ситуация может способствовать нон-комплаенсу пациента и развитию устойчивых форм туберкулеза.

На вопрос «Могут ли влиять хронические заболевания на развитие туберкулёза?» студенты-медики ответили «Да» в подавляющем большинстве.

Информацию о туберкулезе студенты ТашПМИ в 39 (79,59 %) получают из Интернета, в 38 (77,55 %) — от медицинских работников, и всего лишь в 19 (38,77 %) — из печатных материалов. Из этого можно сделать вывод, что большинство студентов пользуется непроверенной информацией, размещенной в Интернете.

Выводы. Студенты-медики, ранее проходившие обучение на кафедре (6, 7 курсы) на предыдущих курсах и уже начавшие курс обучения, более осведомлены в вопросах фтизиатрии, чем те курсы, которые впервые проходят обучение на кафедре. Однако, даже повторяя

пройденный материал студенты-медики плохо ориентируются в вопросах профилактики, путей передачи, методах диагностики и продолжительности курса лечения больных туберкулезом легких. А это, в свою очередь, в будущем может привести к нон-комплаенсу как со стороны пациентов, так и со стороны медицинских работников. Следовательно, необходимо акцентировать внимание студентов-медиков на вышеперечисленных аспектах.

УДК 616.24 - 002.5

С. Н. Чобану, Д. О. Саин, И. Н. Хайдарлы, Е. М. Тудор
ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», г. Кишинев, Молдова

СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ В ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Целью исследования явилось изучение эпидобстановки по туберкулёзу с 1965 г.

Материалы и методы. Анализ эпидемиологических показателей проведен с использованием базы данных компьютеризированной программы SIME TB (Информационная система мониторинга и оценки туберкулеза).

Результаты. На период после 2015 года Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) разработала амбициозную глобальную стратегию «Положить конец эпидемии туберкулеза (ТБ)», основной целью которой явилось остановить распространение лекарственно чувствительных и лекарственно устойчивых форм ТБ за счет обеспечения всеобщего доступа к услугам по профилактике, диагностике и лечению ТБ. По представлению Минздрава и Института фтизиопульмонологии в плане мероприятий по борьбе с туберкулезом преобладали социально-направленные — изоляция больных в стационары до абациллирования и ликвидации каверн, отселение больных бациловыделителей из общежитий и предоставление им изолированной жилплощади, оказание материальной помощи членам семьи больных с низкими доходами, ремонт жилища, обеспечение топливом в зимних условиях, изоляция детей в детские санатории, обязательное внеочередное предоставление мест для изоля-

ции в детские ясли или садики, бесплатное питание в школах, обеспечение одеждой и обувью.

Больные, продолжающие лечение в амбулаторных условиях или химиопрофилактику, получали 1 л молока. На весь период лечения больные получали 100 % оплаченный больничный лист, а неработающие — группу инвалидности, а после стационара или для противорецидивного лечения выдавались бесплатные путевки в санатории. Особым преимуществом при этом пользовались малообеспеченные больные. Все виды лечения, включая патогенетическое и лечение сопутствующих патологий, было бесплатным. Для привлечения врачей в противотуберкулезные учреждения предоставлялись квартиры в первую очередь, а иногда и вне очереди. В результате проведенных мероприятий заболеваемость снизилась с 131 (в 1965 г.) до 96 (в 1974 г.), болезненность с 645 до 381 на 100 000 нас. или в 1,4–1,7 раз соответственно. Однако, в 1974 г, согласно новому Постановлению Совета Министров МССР «О мерах по усилению борьбы с туберкулезом в Молдавской ССР», наряду с предыдущими социальными мерами, предусматривалось обеспечение финансирования по приобретению рентген- и флюоропленки для массовых обследований на туберкулез, и противотуберкулезных препаратов бесплатно для проведения полного курса лечения.

Проведенные социально-экономические мероприятия привели к значительному улучшению эпидобстановки и в 1990 г. заболеваемость составила 39,6, болезненность — 178,0, смертность — 4,9 на 100 000 нас. Вместе с тем, в результате социально-экономического кризиса, недостаточного финансирования системы здравоохранения, отсутствия противотуберкулезных медикаментов в период с 1992 по 2000 годы эволюция ТБ приобрела эпидемический характер. По рекомендации экспертов ВОЗ Правительство утвердило Национальную Программу по контролю за туберкулёзом (НТП) на 2001–2005 гг., которая взяла за основу стратегию DOTS, была налажена система обязательного медицинского страхования, а первичная медицинская сеть была представлена институтом семейной медицины.

В процессе длительности химиотерапии, особенно при туберкулезе с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ), бывает трудно поддерживать в больном желание соблюдать режим и вылечиваться, поэтому психологическая поддержка часто оказывается очень действенной, как в виде посещения психиатра (психолога), так и в виде

групповой терапии и предупредительных мероприятий касательно потребления пациентом алкоголя и наркотиков.

Больные, нарушающие режим стационарного лечения из-за употребления алкоголя и наркотиков, в 2009 году составляли 5,0 % из числа зарегистрированных новых случаев, однако из числа бактериовыделителей удельный вес таких больных составил 10,7 %.

Частые перерывы в лечении ведут к образованию лекарственной устойчивости (ЛУ) и этот феномен за последние 20 лет увеличился с 27,5 % в 1995 г. до 70,5 % в 2009 г., а МЛУ увеличилась с 3,9 % до 57,5 % соответственно. Для обеспечения соблюдения режима лечения применялась тактика предоставления пациентам «средств» (проездные билеты для проезда до медицинского учреждения) и «стимулов» (наборы продуктов, выдаваемые по окончании недели, в течение которой пациент соблюдал режим лечения, одежда, денежные пособия или питание в учреждении, где пациенты принимают препараты).

Больным ТБ МЛУ, из средств Глобально Фонда, выдавались талоны на приобретение в магазинах продуктов на весь период лечения (24 месяца), независимо от наличия страхового полиса, и всё же 13,0 % больных прекращают лечение досрочно.

В связи с дефицитом врачебных кадров мы организовали «Ассоциацию по защите прав больных туберкулезом» из числа лиц излеченных от ТБ, которые в необходимых случаях выполняют обязанности помощников врача по контролю и соблюдению режима лечения. Отношение врач – больной регулируется утвержденным типовым кодексом этики (деонтологии) и правами и обязанностями застрахованного больного. В 2014 и 2015 гг. все больные туберкулезом, вне зависимости от наличия страхового полиса, получали финансовую поддержку на этапе амбулаторного лечения, что позволило снизить удельный вес прервавших лечение до 60,0 % лечившихся, которые требуют особого подхода к организации их режима лечения. Однако и в 2015 г. напряженная эпидситуация сохранилась из-за высокого удельного веса больных ТБ МЛУ. Более того, появились формы ТБ, осложненные устойчивостью к препаратам 2-го ряда, — широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ), как результат потери контроля над ТБ, поскольку первичная МЛУ составляет 29,2 %, а вторичная — 76,3 % при отсутствии дефицита препаратов 2-го ряда. Анализ 88 случаев ТБ МЛУ, выявленных в последние 2 года, показал продолжение действия тех же закономерных факторов — социальных, психологических и этических,

сопровождающих эпидемиологию ТБ. Возрастно-половой состав остается таким же: 22–54 г., соотношение М:Ж составляет 5:1, у 19,3 % отсутствует место жительства, 30,1 % без страхового полиса, неудовлетворительные условия жизни у 80,7 %, инвалидность по ТБ составляет 64,7 %, и только 19,3 % оказались работающими. Из социальных факторов: у 59,1 % имелось начальное образование, у 27,3 % — среднее и ни одного больного не было с высшим образованием. ТБ ШЛУ образовался у 62,5 % на фоне перерывов в лечении, неудача лечения составляет 25,0 %.

Заключение. Для получения данных, характеризующих ТБ ШЛУ и туберкулез с тотальной устойчивостью (ТБ ТЛУ), необходимо провести научное исследование по определению диагностических и организационных особенностей этих форм. Исследование призвано будет способствовать познанию, анализу и оценке масштабов рассматриваемой проблемы. Будут выявлены основные причины развития ШЛУ/ТЛУ с изучением контингента больных с первичной и вторичной ШЛУ/ТЛУ, и анализированы генные особенности мутаций микобактерий, выделяемых этими больными. Полученные данные будут использованы для разработки индивидуализированных схем лечения с использованием новых препаратов и определением длительности курса с возможным его сокращением и профилактикой прерывания лечения.

УДК [616 – 002.5 + 616.98]: [537.632/636 + 615.03]

А. Г. Чуйкова, Н. А. Браженко, О. Н. Браженко, В. В. Кирьянова
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Россия

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРЕМЕННОГО МАГНИТНОГО ПОЛЯ

Введение. В настоящее время лечение больных с коморбидной патологией предусматривает ПТП, антиретровирусную терапии (АРВТ) и средства персонифицированной активационной патогенетической терапии (ПАПТ). Совместное их применение способствует восстановлению нарушенного гомеостатического равновесия организма (ГРО) и реактивности организма (РО).

Материалы и методы. В нашем исследовании изучены диагностические критерии оценки гомеостатического равновесия организма по типам адаптационных реакций (АР) и типам реактивности организма (РО) по динамике типов АР в процессе проводимого лечения: адекватный, гиперреактивный, парадоксальный, гипореактивный, ареактивный) на основе количественно-качественной характеристики лейкограммы. Разработанные на кафедре методики персонифицированного назначения переменного магнитного поля (ПеМП) и препарата метилурацил применялись следующим образом: 1) действующим фактором физиотерапевтических процедур был переменный низкочастотный магнитный поток с частотой 50 Гц индукторов 2-х аппаратов «МАГ-30»; 2) ПеМП назначалось на область надсегментарных регуляторных центров ВНС; 3) интенсивность магнитного потока составляла 13 мТл, а продолжительность процедуры — 10 минут. На фоне продолжающегося лечения ПТП и ВААРТ за курс лечения в течение первых 2-х месяцев больные получали до 15 процедур. В исследование участвовали 63 больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких в сочетании с ВИЧ-инфекцией.

Результаты и обсуждения. Комплексное лечение ПТП, ВААРТ и ПАПТ с последовательным применением ПеМП и препарата метилурацил по нашей методике способствовало увеличению частоты больных с отсутствием нарушения ГРО у 22,2 % (14). Эффект последействия ПеМП в течение одного месяца сохранил ГРО в «зоне нормы» у 20,6 % (13) больных. Применение препарата метилурацил начиная с 4-го месяца лечения на фоне ПТП и ВААРТ восстановило и увеличило показатель «зоны нормы» ГРО к концу 5-го месяца лечения у 33,3 % (21) больного. В конце основного курса лечения у 15,9 % (10) больных был определен адекватный тип РО, а у остальных 84,1 % (53) — различные типы патологической реактивности. Среди них крайние типы РО (гипореактивный и ареактивный типы) определены у 4,7 %. Приведенные данные отличаются от таковых у больных туберкулезом легких без ВИЧ-инфекции и у больных туберкулезом легких в сочетании с ВИЧ-инфекцией, обследованных нами ранее, у которых лечение проводилось без активации защитных систем организма ПАПТ. По этим данным установлено, что у больных туберкулезом легких без ВИЧ-инфекции и без применения ПАПТ адекватная РО определялась в 24,4 %, а крайние ее патологические типы — в 6,7 %. У больных туберкулёзом лёгких в сочетании с ВИЧ-инфекцией без проведения

ПАПТ ни в одном случае не была определена адекватная РО, а крайние патологические типы ее определялись в 22,6 %.

Выводы. Результаты проведенного исследования подчеркивают необходимость включения в комплексную терапию больных с коморбидной патологией в период основного курса лечения ПАПТ с применением в течение первых двух месяцев лечения ПеМП на проекцию гипоталамуса и в период последействия его, фармакологического препарата метилурацила. Между состоянием гомеостатического равновесия организма и типами реактивности организма выявлена тесная взаимосвязь, определяющая влияние на результаты проводимого лечения.

УДК 616.24-002.5-084

Н. В. Чумоватов, П. Е. Черных, В. А. Стаханов
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России, г. Москва, Россия

РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ИНОСТРАННЫХ УЧАЩИХСЯ ВУЗОВ ГОРОДА МОСКВЫ

Актуальность. Во фтизиатрической службе Российской Федерации проблема распространения туберкулеза является неотъемлемой частью. Важной причиной распространения туберкулезной инфекции считается широкая миграция населения, в том числе иностранных граждан. При этом значительную часть мигрирующего населения составляют молодые люди, приезжающие на учебу в вузы нашей страны. Смена образа жизни, климатических условий, режима питания и учебные нагрузки являются факторами повышенного риска заболевания туберкулезом. В связи с этим, является актуальным анализ заболевания туберкулезом иностранных студентов, обучающихся в вузах города Москвы.

Цель исследования: изучить особенности течения туберкулеза у иностранных учащихся вузов города Москвы.

Материалы и методы. Проведен анализ медицинской документации иностранных студентов нескольких вузов города Москвы, находившихся на обследовании и лечении в противотуберкулезном учреждении. Изучены жалобы пациентов, сведения из анамнеза жизни, половая и возрастная структура учащихся. Проанализированы результаты лучевых, лабораторных методов исследования и кожных иммунологических проб. Рассмотрена структура клинических форм туберкулеза и сведения о бактериовыделении. Всего с подозрением на туберкулез обследован 61 иностранный студент в возрасте от 16 до 34 лет.

Результаты. Диагноз туберкулеза установлен 45 иностранным учащимся, в т.ч. 23 мужчинам и 22 женщинам. Средний возраст мужчин составляет 25,2± 3,9 лет, средний возраст женщин — 21,7± 3,4 лет. Значительную часть студентов составляют молодые люди, прибывшие на учебу из стран Азии и Африки. Контакт с больным туберкулезом установлен у 5 человек, впервые туберкулезом заболел 41 иностранный студент, 4 учащихся болели туберкулезом ранее. При профилактических медицинских осмотрах туберкулез выявлен у 33 пациентов, у 12 пациентов — при обращении за медицинской помощью. Предыдущее флюорографическое обследование 29 пациентам проводилось в течение 1 года до выявления заболевания, у 8 учащихся — больше 1 года назад, у 7 человек сведений нет. В структуре клинических форм туберкулеза преобладает инфильтративный туберкулез легких — у 21 чел., туберкулез внутригрудных лимфатических узлов зарегистрирован у 6 чел., туберкулема легких — 5 чел., очаговый туберкулез — у 5 чел., туберкулезный плеврит — у 2 чел., первичный туберкулезный комплекс — у 1 чел., остаточные посттуберкулезные изменения в легких имелись у 1 чел. Помимо этого, у 4 учащихся был выявлен туберкулез множественных локализаций в различных сочетаниях: милиарный туберкулез легких и туберкулез костей и суставов, диссеминированный туберкулез легких и туберкулез шейных лимфатических узлов, в 2 случаях — туберкулез внутригрудных и шейных лимфатических узлов. Бактериовыделение обнаружено в 7 случаях, в т.ч. у 2 чел. методом посева на питательные среды, у 5 чел. — методом люминесцентной микроскопии, у 1 пациента методом ПЦР обнаружена ДНК МБТ. В результате фибробронхоскопии, проведенной 26 пациентам, у 6 чел. выявлен туберкулез бронхов, в т.ч. у 3 пациентов он являлся осложнением инфильтративного туберкулеза легких. Изменения в клиническом анализе крови характеризовались наличием лейкоцитоза и лейкопении у 3 пациентов, снижение уровня гемоглобина и содержания эритроцитов установлено у 12 пациентов. При проведении кожных иммунологических проб положительная реакция на пробу с АТР «Диаскинтест» зарегистрирована у 28 чел., положительная реакция на пробу Манту с 2 ТЕ — у 16 человек.

Выводы. В связи с вышеизложенным, иностранные учащиеся, прибывающие на учебу в Российскую Федерацию, относятся к группе повышенного риска заболевания туберкулезом. Поэтому рекомендуется проведение обязательных ежегодных медицинских обследований на туберкулез, независимо от предыдущих результатов.

УДК 378.144:616-002.5

О. С. Шевченко[1], Л. Д. Тодорико[2], П. И. Потейко[3]
[1]Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков,
[2]ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы,
[3]Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ФТИЗИАТРИИ И ПУЛЬМОНОЛОГИИ

В современных условиях образования в высшей школе появляется новая модель выпускника. Если раньше особое внимание уделялось квалификации выпускника, т. е. соответствию между требованиями рабочего места и целями образования, то сейчас актуален компетентностный подход к преподаванию, когда основой является результат (что студент должен уметь делать после окончания дисциплины).

Организация обучения на основе компетентностного подхода требует использования личностно-ориентированных технологий обучения. Понятие «компетенция» опирается на личностное качество студента, определяющее продуктивное выполнение действий по решению возникающей проблемы и способность использования полученных знаний, умений и навыков в определенной ситуации (И. Д. Столбова).

Составляющими компетенции являются:

1) знания (наличие сведений, обладание знанием чего-либо, наличие понятий, представлений);
2) умения (способности применять эти знания в деятельности);
3) владения (уметь, иметь возможность пользоваться чем-либо, действовать при помощи чего-либо).

Компетенции определяют продуктивное выполнение действий по решению возникающих задач. Они являются основой формирования у студента собственных алгоритмов актуализации требуемых знаний, умений и навыков (И. Д. Столбова).

Хотелось бы остановиться на игровых формах преподавания. В педагогической литературе часто встречаются термины «деловая игра» и «имитационно-моделирующая игра».

Деловая игра предполагает проигрывание и анализ ситуаций — «кейсов» — и предназначена для поиска конкретного решения (например: как провести диагностический поиск у больного с легочным и ин-

токсикационным синдромами для своевременного выявления туберкулеза). Достоинство деловых игр в том, что они позволяют не только увидеть возможные варианты решения проблемы, но и выявить индивидуально-психологические особенности взаимодействия участников, вовремя скорректировать слабые стороны этого взаимодействия.

Имитационно-моделирующие игры (дословно-имитирующие деятельность, позволяющие смоделировать ту или иную ситуацию) также могут проводиться как ролевые игры. А могут — как имитация деятельности (отработка конкретных действий и операций) на какой-либо модели, например, проведение плевральной пункции или реакции Манту. Сегодня к имитационно-моделирующим играм относят и компьютерные симуляции (имитацию реальной деятельности в формате компьютерной игры).

Ситуации в ролевой игре могут быть простыми и сложными, знакомыми и незнакомыми. Их можно предварительно описать в деталях или дать возможность проиграть так, как подсказывает фантазия игроков.

На кафедре фтизиатрии и пульмонологии были разработаны и проведены ролевые игры с интернами смежных специальностей (общая практика и семейная медицина, терапевты, педиатры).

Роль обычно задавалась: условиями, в которых находятся люди (амбулатория семейного врача, приемное отделение больницы, отделение терапии, педиатрии, инфекционной больницы и т.д.); функциями, которые выполняют люди (ребенок, взрослый больной, семейный врач, лаборант, рентгенолог, фтизиатр, инфекционист и т.д.); целями игры (грамотно поставить диагноз на всех этапах медицинской помощи, убедить пациента в необходимости анализа на ВИЧ, оказать неотложную помощь согласно протоколу, провести работу в очаге туберкулезной инфекции и т.д.).

Например, интернам было предложено смоделировать клиническую ситуацию пациента с ко-инфекцией туберкулез/ВИЧ. Затем необходимо было решить вопросы диагностики и лечения на каждом из этапов оказания медицинской помощи, согласно положениям Приказа Министерства здравоохранения Украины № 620. На первом этапе в ролевой игре участвовали «пациент», «врач общей практики семейной медицины», «лаборант», «рентгенолог». «Врачи» проводили первичное обследование «пациента» и устанавливали предварительный диагноз. Затем «пациент» направлялся на второй-третий этап оказания медицинской помощи, где «инфекционист» и «фтизиатр» проводили необходимое дообследование, в т. ч. добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ. Организовывалась центральная врачебно-консультативная

комиссия, на которой утверждался диагноз и назначалась противотуберкулезная химиотерапия. Затем назначалась антиретровирусная терапия, учитывались возможные побочные реакции и методы их коррекции, устанавливались сроки мониторинга эффективности лечения.

Во время разыгрывания ролей участники апробируют поведенческие модели, которые соответствуют определенной роли. Таким образом, роль соответствует конкретной ситуации, а игра дает возможность прожить ситуацию в режиме психологической безопасности и с помощью подключения творческих личностных ресурсов.

Преимущества ролевой игры.

1. Устраняет пропасть между обучением и реальными жизненными ситуациями.
2. Дает возможность поупражняться в различных типах поведения.
3. Высвечивает конкретную проблему (профессиональную, социальную, семейную, учебную) и помогает осознать мотивы и чувства ее участников.
4. Помогает выразить скрытые чувства.
5. Помогает найти эффективные способы выражения своих чувств и успешные модели поведения.
6. Позволяет живо и непосредственно представить академический материал.
7. Эффективно изменяет установки.
8. Обеспечивает результативную обратную связь всем участникам.

Технология игр предполагает:

1) нахождение сюжета;
2) построение сюжета;
3) распределение ролей;
4) проигрывание ролей участниками;
5) обсуждение игры участниками;
6) педагогическую интерпретацию результатов.

Поэтому сам процесс создания игры — процесс творческий и требует креативности педагога. Именно поэтому игровую стратегию называют высшим пилотажем педагогического творчества.

Можно взять конкретную проблему любого из участников (его деятельности) и разыграть ее в игровой ситуации. Главное требование к педагогу в данном случае — помочь сформулировать заявленную проблему, акцентировать ее значимые стороны, а далее по технологии: распределить роли и пусть участники проиграют ситуацию. Ролевая игра позволяет найти оптимальные способы решения какой-либо задачи. Участники должны принимать решения.

В использовании игры как технологии образовательного процесса преследуются две основные задачи: учебная — овладение знаниями, умениями, формирование способностей, и игровая — имитация профессиональной деятельности. При этом игра предполагает игровой результат, т.е. определенные критерии, по которым оценивается качество действий участников: эффективность принятых решений, быстрота и слаженность выполнения задания, минимум ошибок. На основании соответствия этим критериям присуждается победа в игре.

По окончанию игры обязательно проводится групповое обсуждение как самого процесса игры, так и игрового результата. Педагог должен показать успешные и неуспешные стратегии достижения цели, которые использовали участники; поддержать игроков, которые были близки к цели, но из-за неуверенности в себе отказались от продуктивной стратегии; подчеркнуть сильные стороны игроков.

Очень важный момент: создание доброжелательной обстановки. Направление состязательного азарта игроков в конструктивное русло сотрудничества и взаимного уважения, моментальное снятие любых проявлений неконструктивной агрессивности. Педагог должен чутко улавливать саму атмосферу игры и регулировать внутригрупповые процессы.

Для реализации компетентностного подхода в подготовке специалиста медицинского профиля мы рекомендуем, особенно на уровне последипломного образования, вводить ролевые игры с использованием «кейс-метода».

УДК 616.24-002.5-084

А. И. Эльгали, Е. А. Крушинская, Н. В. Вострухин, И. О. Бильчинко, Н. А. Беличенко
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

РИСК ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Актуальность. По данным Всемирной Организации здравоохранения на сегодняшний день до $^1/_3$ населения планеты инфицировано Mycobacterium tuberculosis. С каждой минутой это число людей увеличивается, что является глобальной проблемой. У ряда больных заболевание протекает в генерализованной форме, например с поражением костей, что требует оперативных методов лечения. Хирургическое лечение туберкулезного спондилита является весьма обширным и травматичным вме-

шательством, после которого возрастает риск тромбоэмболических осложнений со стороны вен таза, нижних конечностей и легочных артерий. При саркоидозе органов дыхания (СОД), который у подавляющего большинства больных протекает, как правило, благоприятно, осложнение в виде тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) нередко ошибочно расценивают, как рецидив или обострение основного заболевания. Ведущим элементом образования тромбов является гиперкоагуляция. В большинстве (70–80 %) случаев причиной ТЭЛА является тромбоз глубоких вен нижних конечностей и таза. Значительно реже тромбы в системе верхней полой вены и правых камерах сердца. Массивная ТЭЛА (более 50 % объема легочных артерий) — одна из частых причин смерти в стационарах различного профиля. Если пациент переносит острую ТЭЛА, сохраняется риск рецидива эмболии, развитие хроническая гипертензия малого круга кровообращения и прогрессирование сердечно-легочной недостаточности. По данным патологоанатомических исследований, прижизненная диагностика ТЭЛА не превышает в 20–50 %.

Цель работы — демонстрация важности профилактики ТЭЛА при хирургическом лечении костно-суставного туберкулеза.

Материалы и методы. Больная И., 56 лет. Изменения в легких были выявлены при профосмотре в 2006 году. На фоне удовлетворительного самочувствия был поставлен диагноз: инфильтративный туберкулез легких. Проводился основной курс противотуберкулезной терапии с сомнительным эффектом. При очередном контроле в 2008 году отмечена отрицательная клинико-рентгенологическая динамика (рис. 1).

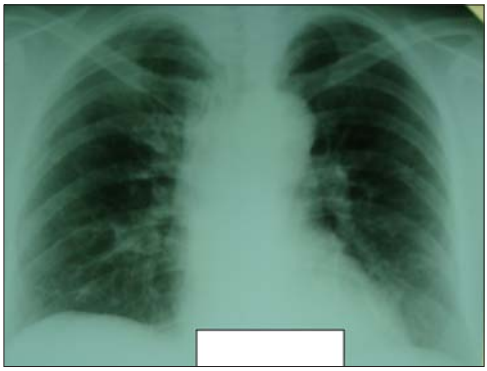


Рис. 1. Прямая обзорная рентгенограмма органов грудной клетки больной И., 2008 г., расширение тени средостения за счет медиастинальной лимфаденопатии

Больная повторно госпитализирована в стационар. Проводилась противотуберкулезная терапия без эффекта. Была направлена в НИФП ММА им. В. М. Сеченова. После бронхоскопии и трансбронхиальной биопсии внутригрудных лимфатических узлов поставлен диагноз — саркоидоз легких активная фаза, саркоидозный дакриоаденит. Проведено лечение с использованием кортикостероидных гормонов (2009). В 2014 году появились боли в грудном отделе позвоночника. Лечилась самостоятельно, применяя нестероидные противовоспалительные средства с отрицательной динамикой. На фоне терапии у больной развилось желудочно-кишечное кровотечение (купировано консервативно). На МРТ выявлена деструкция Th8-Th9, формирование паравертебрального абсцесса (рис. 2).

Рис. 2. МРТ грудного отдела позвоночника, туберкулезный спондилит Th8-Th9 с развитием паравертебрального натечника

После купирования язвенной болезни и противотуберкулезной терапии в НИФП ММА им. И. М. Сеченова проведена резекция тел Th7-Th8, с декомпрессией спинного мозга, и передне-боковой спондилодез Th7-Th10 позвонков титановым имплантом SynMech с костным трансплонтатом. Вторым этапом произведен транспендикулярный остеосинтез Th7-Th10 четырьмя винтами системы ХЕА. Проводилось бинтование нижних конечностей эластичным бинтом. В послеоперационном периоде без особенностей. Выписана в удовлетворительном состоянии.

В последующем антикоагуляционная терапия не проводилась ввиду индивидуальной непереносимости аспиринов. Несмотря на ограни-

чение физической активности и малоподвижный образ жизни, компрессионный трикотаж больная использовала не постоянно. Через год после операции на позвоночнике состояние больной значительно ухудшилось за счет рецидивирующей тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии до субмассивная ТЭЛА с формированием постэмболической легочной гипертензии и правожелудочковой сердечной недостаточности.

Заключение. Выраженный полиморфизм клинических симптомов ТЭЛА, отсутствие специфических признаков заболевания при общедоступных исследованиях (ЭКГ, рентгенография, лабораторные показатели) свидетельствуют о необходимости проведения дифференциальной диагностики с целым рядом патологических состояний: инфарктом миокарда, пневмонией, раком легких, первичной легочной гипертензией, расслаиванием грудного отдела аорты, застойной сердечной недостаточностью, пневмотораксом, перикардитом, миалгиями. Клинические проявления ТЭЛА многообразны и могут скрываться под масками обострения ишемической болезни сердца, пневмонии, септического состояния. Наиболее информативным и безопасным методом подтверждения диагноза сегодня является КТ органов грудной клетки с контрастным усилением.

Основная задача в отношении ТЭЛА — это определение пациентов с высоким риском тромбоэмболий и разработка необходимой тактики их ведения для профилактики развития этой патологии. Планируя хирургическое вмешательство при инфекционных спондилитах, необходимо четко понимать те факторы риска, которые могут привести к послеоперационным осложнениям. Что касается ТЭЛА, как осложнения послеоперационного периода, выделяют общие, или неспецифические, факторы риска, к которым относят: пожилой возраст пациента, наличие кардиологической патологии, обусловленной атеросклерозом, варикозное расширение вен, ожирение, онкологические заболевания, генерализованные инфекции. К специфическим факторам риска относят продолжительность операции, неустойчивость гемодинамики во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде, эмоциональный стресс до операции, интраоперационную кровопотерю, наличие катетеров в сосудах. Для профилактики тромбообразования, в соответствии со стандартами используются механические средства (компрессионный трикотаж), а также медицинские препараты, замедляющие процесс свертывания крови (непрямые и прямые антикоагулянты) под контролем показателей свертываемости крови.

Литература

1. Асеев А. В. Актуальные проблемы фтизиатрии. Тверь: ТГМУ, 2011.
2. Вишневский А. А. Анализ случаев немассивных и субмассивных ТЭЛА у больных, оперированных по поводу инфекционных спондилитов // Трудный пациент. 2015. Т. 13, № 3.
3. Баранова О. Особенности диагностики и течения тромбоэмболии легочной артерии у больных саркоидозом органов дыхания // Врач. 2012. № 2.
4. Kumarihamy, K.W.M.P.P., Ralapanawa, D.M.P.U.K., & Jayalath, W.A.T.A. A rare complication of pulmonary tuberculosis: a case report // BMC research notes. 2015. Vol. 8(1). P. 39.
5. ABC om Akut lungemboli Ldkartidningen / K. Skoglund [et al] http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/6/6456/LKT0714s1145_1153.pdf.

УДК 616 – 002.5 – 084: 614.2(478)

К. М. Яворский[1, 2], В. А. Болотникова[1], А. Ф. Московчук[1], Е. М. Тудор[1], Э. Ф. Яворская[2]

[1]ОМСУ Институт фтизиопульмонологии «Кирилл Драганюк», [2]Государственный университет медицины и фармации им. Николая Тестемицану, г. Кишинев, Республика Молдова

ТУБЕРКУЛЕЗ И АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ В ОРГАНИЗАЦИИ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

Туберкулез (ТБ), материнство и детство и в XXI веке рассматриваются во фтизиатрии в качестве одной из важнейших тем научных исследований. И это объясняется тем, что ТБ у женщин детородного возраста и у детей является проблемой, имеющей не только медицинскую, но и социально-экономическую значимость, что требует комплексного подхода к ее решению, определяет необходимость объединения усилий органов здравоохранения, врачей и семьи. Данная проблема приобрела особую остроту в связи с миграцией населения, работой женщин в качестве наёмных работниц, с частыми стрессами и переживаниями. Современное состояние оказания медико-социальной помощи населению свидетельствует о необходимости изучения показателей распространенности и мер борьбы с туберкулезной инфекцией.

Цель: оптимизация охраны здоровья и жизни женщин репродуктивного возраста и детей от туберкулеза.

Материал и методы. Анализ официальных годовых статистических отчетов, медицинской документации на 30 беременных женщин с ак-

тивным ТБ легких и 109 детей, родившихся в очагах туберкулеза Правобережного региона р. Днестр Республики Молдова, с комплексной оценкой клинико-анамнестических данных, медико-социальных факторов и эпидемиологических показателей.

Результаты. Приступая к освещению проблемы туберкулеза и охраны здоровья детей и женщин, следует подчеркнуть, что женщины являются весьма значимой группой населения, составляющей социальный и репродуктивный потенциал страны, а дети — ее будущее. При этом показатели заболеваемости и распространенности ТБ у женщин, их более высокая эпидемиологическая опасность вследствие тесного контакта с детьми обусловили очевидную и объективную необходимость повышенного и неослабевающего внимания к этой гендерной группе.

На территории Республики Молдова современные профилактические и организационно-методические мероприятия, направленные на противодействие ТБ-инфекции, проводятся в пренатальном, перии постнатальном периодах жизни ребенка. Чрезвычайно важное значение приобретает аналитическая оценка факторов риска инфицирования и заболевания ТБ ребенка, связанных с состоянием здоровья матери. При ведении беременной женщины и родильницы, больной активным ТБ, необходимо было помнить о возможном (хотя и чрезвычайно редко в последние годы) внутриутробном заражении плода, о заражении его в процессе родов или на раннем этапе жизни ребенка. Кроме того, нелеченный или плохо леченный ТБ может приводить к развитию осложнений у женщины в период беременности и негативно влиять на плод (преждевременные роды, рождение маловесных детей, низкая оценка новорожденного по шкале Апгар и др.).

Особо сложная медицинская и организационная ситуация возникает при ведении ВИЧ-инфицированной беременной женщины с активным ТБ. Как показывает практика, благоприятный исход беременности как для женщины, так и для ребенка возможен при согласованном мультидисциплинарном подходе. Все увеличивающееся число женщин, живущих с ВИЧ-инфекцией и желающих сохранить беременность в условиях напряженной эпидемиологической обстановки по ТБ, требует активного наблюдения за этой группой риска. Поэтому тактика в отношении беременных женщин с ВИЧ-инфекцией при наличии симптомов, характерных для ТБ, включает проведение рентгенологического исследования органов грудной клетки с максимальной защитой матки и минимизацией риска для плода, микроскопичес-

кое, культуральное, молекулярно-генетическое исследование мокроты на МБТ. Лечение женщин с ВИЧ-инфекцией и ТБ во время беременности является довольно сложным из-за вынужденной полипрагмазии.

Дети, родившиеся у матерей, имеющих соматическую, гинекологическую, акушерскую патологию, осложненное течение беременности и родов, составляли группу повышенного перинатального риска возникновения БЦЖ-осложнений.

В 2014–2015 гг. в Правобережном регионе страны заболело ТБ 1499 женщин, из них 30 в период беременности, закончившейся рождением здорового ребенка, не прерывая курс противотуберкулезного лечения и продолжая его после родов во время грудного вскармливания новорожденного с соблюдением санитарно-противоэпидемических мер. Показатель заболеваемости ТБ женщин в указанном регионе страны в 2014 г. составил 45,3 на 100 тыс. женского населения, в 2015 г. — 35,9. Безусловно, сочетание ТБ с беременностью ставит перед врачами ряд проблем их взаимосвязи в до- и послеродовом периоде. Наиболее часто регистрировался инфильтративный ТБ легких, нередко в фазе распада и бацилловыделения, диагностированный в период беременности или после родов при обращении пациенток с жалобами на слабость, кашель, повышение температуры тела. При этом следует отметить, что большое значение для течения ТБ имели социально-бытовые условия жизни, взаимоотношения в семье, вредные привычки, сопутствующая патология (ВИЧ-инфекция, сахарный диабет и др.).

На значимость защиты новорожденных от ТБ-инфекции указывают следующие данные по Правобережному региону. В семейных очагах туберкулеза с МБТ+ в 2014–2015 гг. родилось 78 детей, из них в очагах с МБТ(–) — 31 ребенок. Источником ТБ инфекции помимо 30 матерей были отцы, бабушки и дедушки, от которых надо было обеспечить изоляцию на время выработки поствивочного иммунитета, проведение химиопрофилактики, отвечающей современным критериям доказательной медицины. Тем не менее, несмотря на вакцинацию БЦЖ, химио- и санитарную профилактику, заболело ТБ 14 детей из наиболее социально неблагополучных семей.

Заключение. Заболеваемость ТБ женщин как показатель напряженной общей эпидемиологической ситуации в Республике Молдова и наличие высокого риска инфицирования и заболевания ТБ новорожденных и детей грудного возраста составляют актуальность проблемы

и сложности в области реализации благополучного материнства и детства. Проведенное исследование показало, что сегодня оправданным является пересмотр и обновление концепции охраны здоровья населения от ТБ-инфекции, освоение инновационных видов специализированной медицинской помощи с ярко выраженным профилактическим характером и социальной направленностью, особенно в случаях ко-инфекции. Успех в организации и проведении противотуберкулезных мероприятий будет зависеть от действенной системы многокомпонентного мониторинга туберкулеза и его профилактики.

Презентации докладов на конференции

1. «Обоснование длительности химиотерапии у детей и подростков с туберкулезом органов дыхания после хирургического лечения». Докладчик — Хитева Антонина Юрьевна, младший научный сотрудник детско-подросткового отдела ФГБНУ «ЦНИИТ» (г. Москва).
2. «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: проблемы, пути решения». Докладчик — Ноздреватых Олег Васильевич, канд. мед. наук, главный врач ГКУЗ Тверской области «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями» (г. Тверь).
3. «Комплексное лечение деструктивного туберкулеза легких с различными видами лекарственной устойчивости МБТ у подростков». Докладчик — Виечели Евгения Александровна, врач-ординатор детско-подросткового отдела ФГБНУ «ЦНИИТ» (г. Москва).

Концепция химиотерапии туберкулеза органов дыхания у детей и подростков после хирургического лечения

Е.С.Овсянкина, Л.В. Панова, Ф.А. Полуэктова, А.Ю. Хитева

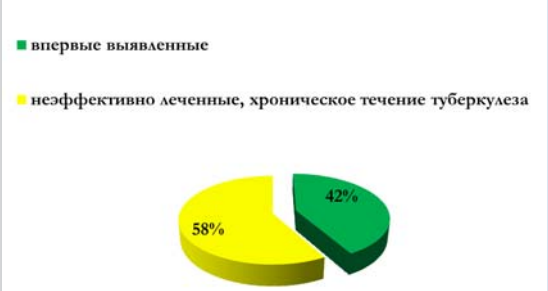
ФГБНУ Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза, Москва

ТВЕРЬ, 10 МАРТА 2017

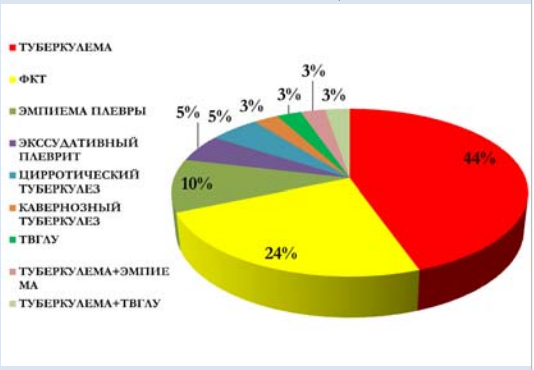
Приказ МЗ РФ № 109,
Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания

- ✓ В послеоперационном периоде продолжается или возобновляется интенсивная фаза терапии, длительность которой определяется ВК, но не менее 2 месяцев при туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью возбудителя и при моно- и полирезистентности МБТ, не менее 6 месяцев при МЛУ/ШЛУ ТБ.
- ✓ Длительность химиотерапии в послеоперационном периоде должна составлять не менее 3 месяцев при туберкулезе с сохраненной лекарственной чувствительностью возбудителя, 6 месяцев - при наличии моно- или полирезистентности МБТ, не менее 12 месяцев при МЛУ/ШЛУ ТБ.
- ✓ При неизвестной лекарственной чувствительности возбудителя длительность химиотерапии в послеоперационном периоде должна составлять не менее 6 месяцев.
- ✓ Общая длительность химиотерапии пациента, страдающего туберкулезом, определяется режимом химиотерапии в соответствии с результатом ТЛЧ.

ЗА ПЕРИОД 2014-2016 г.г. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОВЕДЕНО 30 БОЛЬНЫМ



ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ



ЭКСТРЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ:
ПЛЕВРИТ (ЭКССУДАТИВНЫЙ),
ОСТРАЯ ЭМПИЕМА ПЛЕВРЫ, ЛЕГОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ;
ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА
(КАЗЕОЗНАЯ ПНЕВМОНИЯ, ФКТ)

ПЛАНОВЫЕ ОПЕРАЦИИ:
ТУБЕРКУЛЕМА /МНОЖЕСТВЕННЫЕ ТУБЕРКУЛЕМЫ,
ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ, ЦИРРОТИЧЕСКИЙ
ТУБЕРКУЛЕЗ, ТУБЕРКУЛЕЗ ВНУТРИГРУДНЫХ
ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ.

ЛЕЧИТЬ ИЛИ НЕ ЛЕЧИТЬ?!

3 месяца

6 месяцев

12 месяцев и более

ХИМИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕС. ПРИ СОЧЕТАНИИ КРИТЕРИЕВ:

1. ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НЕ БОЛЕЕ 2 СЕГМЕНТОВ.
2. ОТСУТСТВИЕ ПРИЗНАКОВ АКТИВНОСТИ, ЛЕГКАЯ ИЛИ УМЕРЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ДАННЫМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА.
3. ОТСУТСТВИЕ РОСТА МБТК ИЗ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА.
4. ОТСУТСТВИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.
5. ОТСУТСТВИЕ НЕУСТРАНИМЫХ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ХИМИОТЕРАПИЮ.
6. ОТСУТСТВИЕ ИЛИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ОСТАТОЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ИЛИ ВГЛУ.

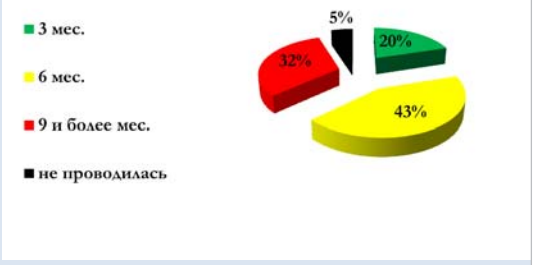
ХИМИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ПЛАНОВОЙ ОПЕРАЦИИ В ТЕЧЕНИЕ 6 МЕС. ПРИ СОЧЕТАНИИ ПЕРВОГО КРИТЕРИЯ И ЕЩЁ, КАК МИНИМУМ, 2 КРИТЕРИЕВ:

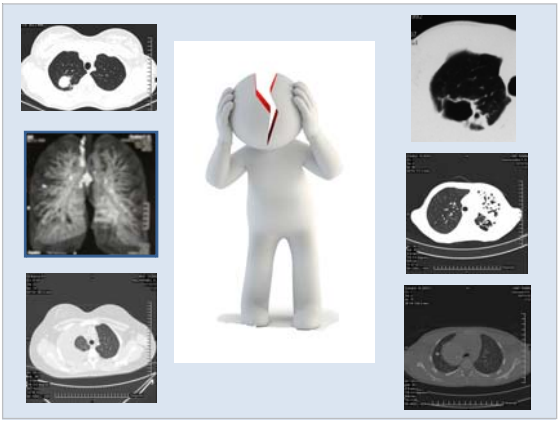
1. ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА: БОЛЕЕ 2 СЕГМЕНТОВ; КОМБИНИРОВАННЫЕ РЕЗЕКЦИИ; УДАЛЕНИЕ ВГЛУ; ПЛЕВРЭКТОМИЯ.
2. УМЕРЕННАЯ ИЛИ ВЫРАЖЕННАЯ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ДАННЫМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА.
3. ВЫЯВЛЕНИЕ РОСТА МБТК ИЗ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА.
4. РАЗВИТИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.
5. РАЗВИТИЕ ПОБОЧНЫХ РЕАКЦИЙ НА ХИМИОТЕРАПИЮ.
6. НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ИЛИ УМЕРЕННО ВЫРАЖЕННЫЕ ОСТАТОЧНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ИЛИ ВГЛУ.

ПРИ ЭКСТРЕННЫХ, ЭТАПНЫХ (НА ДВУХ ЛЕГКИХ, ОТСРОЧЕННЫЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ) ОПЕРАЦИЯХ, ВОЛНООБРАЗНОМ ТЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПРОЦЕССА – ДАЛИТЕЛЬНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

ИНДИВИДУАЛЬНО

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ





Больная Т.,15 лет, проживающая в Республике Дагестан, находилась в подростковом отделении с клиническим диагнозом:

Инфильтративный туберкулез левого легкого в фазе распада, МБТ (+). МЛУ МБТ (HRZEAm). Посттуберкулезный рубцовый стеноз верхнедолевого бронха слева с полным рубцовым стенозом язычковых и верхнезонального бронхов.

ANAMNESIS VITAE:

- Наследственность не отягощена
- В детстве перенесла ветряную оспу
- В росте и развитии от сверстников не отставала
- Хронические заболевания отсутствуют
- Аллергологический анамнез не отягощен

ФТИЗИАТРИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Вакцинирована БЦЖ в роддоме.
Поствакцинальный знак – 4 мм.

Сведения о туберкулинодиагностике представлены с 2010 года.
Достоверно оценить динамику туберкулиновых проб невозможно.

год	результат
2010	12 мм папула
2011	12 мм папула
2013	22 мм папула

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Подросток из постоянного семейного контакта:

- У отца по месту жительства выявлен туберкулез легких с бактериовыделением. Сведений о диагнозе, ЛУ МБТ у источника не представлено.
- Состояла на учете по месту жительства в ПТД по VIA группе ДУ.
- Регулярных обследований не проводилось, превентивную химиотерапию не получала.

ANAMNESIS MORBI:

- Заболевание выявлено при обращении за медицинской помощью с жалобами на слабость, потерю веса и кашель с мокротой в июле 2013 года.
- На обзорной рентгенографии ОГК - инфильтративные изменения в левом легком.
- По поводу инфильтративного туберкулеза левого легкого в фазе распада, МБТ (+) по месту жительства в стационаре получала лечение следующими препаратами: HRSEZAmPas. Дозы препаратов и схемы химиотерапии в представленной выписке не указаны.
- В связи с отсутствием клинической, лабораторной и рентгенологической динамики направлена на госпитализацию в «ЦНИИТ».

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

- **Жалобы на слабость, кашель с отхождением слизистой мокроты**
- **Общее состояние средней степени тяжести**
- **Симптомы туберкулезной интоксикации выражены умеренно**
- **Температура на момент поступления не повышена**

- **Кожные покровы бледные, тургор мягких тканей снижен**
- **Периферические лимфатические узлы не увеличены**
- **Физическое развитие среднее, гармоничное. Дефицит веса – 5 кг.**
- **Аускультация легких: дыхание жесткое, над всеми отделами выслушиваются множественные влажные разнокалиберные хрипы, ЧД-17 в мин.**

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

- **Гемограмма:** ускорение СОЭ (42 мм/ч)

Микробиологическое исследование:

- В мокроте 2-х кратно обнаружены ДНК МБТ, КУМ (+). В системе BACTEC-960 выявлен рост МБТК.

Тесты на лекарственную чувствительность МБТ

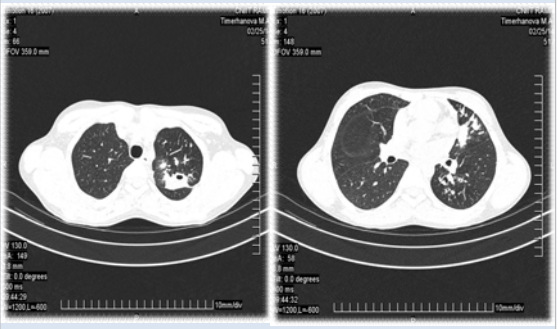
СИНТОЛ	HAIN LIFESYSTEMS	BACTEC
ЛУ - HR	ЛЧ сохранена к FqAmE	ЛУ - HRZEAm

- **Биохимический анализ крови, общий анализ мочи:** показатели в пределах нормы
- **ФВД**: Значительное снижение вентиляционный способности легких по рестриктивному типу. ЖЕЛ – 38,4 % от нормы.
- **Газы крови:** умеренная гипоксемия, снижение насыщения О2. КЩС в норме.
- **ЭКГ:** ритм синусовый, перегрузка правых отделов сердца.
- **Бронхоскопия** от 14.03.14.:Посттуберкулезный рубцовый стеноз верхнедолевого бронха слева с полным рубцовым стенозом язычковых и верхнезонального бронхов.
- **Кожные иммунологические тесты:**

Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л от 21.02.14. – 13 мм папула + везикулы.

Реакция на пробу с АТР (Диаскинтест) от 21.02.14. – 22 мм папула +лимфангоит.

КТ ОГК ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ



ЛЕЧЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ОТДЕЛЕНИИ ДО ОПЕРАЦИИ

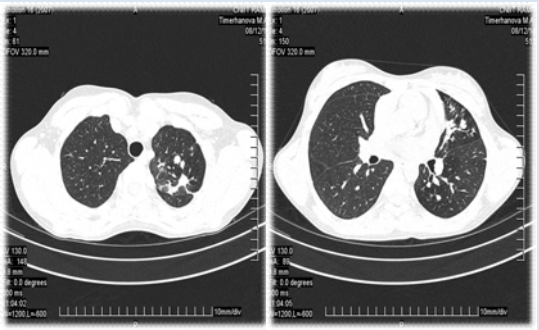
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ

	ИНТЕНСИВНАЯ ФАЗА – 178 ДОЗ	ФАЗА ПРОДОЛЖЕНИЯ – 43 ДОЗЫ
МЛУ МБТ	ПИРАЗИНАМИД 1,5; ЭТАМБУТОЛ 1,0; КАПРЕОМИЦИН 0,5 в/м; ЛЕВОФЛОКСАЦИН 0,5; ПАСК 9,0; ПРОТИОНАМИД 0,75	ЛЕВОФЛОКСАЦИН 0,5; ПАСК 9,0; ПРОТИОНАМИД 0,75 ЦИКЛОСЕРИН 0,5
	КАПРЕОМИЦИН 0,5 в/м; ЛЕВОФЛОКСАЦИН 0,5; ПАСК 9,0; ПРОТИОНАМИД 0,75 ЦИКЛОСЕРИН 0,5	
90 ДОЗ Am	ЛЕВОФЛОКСАЦИН 0,5; ПАСК 9,0; ПРОТИОНАМИД 0,75 ЦИКЛОСЕРИН 0,5 КЛАЦИД 0,5 АМОКСИКЛАВ 0,625	

КЛИНИЧЕСКАЯ,ЛАБОРАТОРНАЯ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА ЗА ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ

КРИТЕРИЙ	СРОКИ НОРМАЛИЗАЦИИ
КУПИРОВАНИЕ ИНТОКСИКАЦИИ	1-Й МЕСЯЦ
АБАЦИЛИРОВАНИЕ	1-Й МЕСЯЦ
ПРЕКРАЩЕНИЕ КАШЛЯ	1-Й МЕСЯЦ
НОРМАЛИЗАЦИЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ В ЛЕГКИХ	2-Й МЕСЯЦ
НОРМАЛИЗАЦИЯ ГЕМОГРАММЫ	2-Й МЕСЯЦ
РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИНАМИКА	ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ – ФОРМИРОВАНИЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ТУБЕРКУЛЕМ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО

КТ ОГК ЧЕРЕЗ 6 МЕСЯЦЕВ ЛЕЧЕНИЯ



- В связи с формированием через 6 месяцев множественных туберкулем в левом легком, проведена консультация д.м.н., Багирова М.А.– рекомендовано хирургическое лечение.
- **02.10.14 г. проведена ВАТС резекция верхней доли левого легкого.**

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

- **Микробиологическое исследование:** выявлена ДНК МБТ, КУМ (+++).В системе BACTEC-960 выявлен рост МБТК.
- **Тесты на лекарственную чувствительность МБТ (BACTEC-960)**: МЛУ МБТ (HRZEAm). Результаты ТЛЧ из мокроты совпали с результатами ТЛЧ из операционного материала.
- **Патоморфологическое исследование:** картина множественных туберкулем с очагами отсева и умеренными признаками активности туберкулезного воспаления и выраженным пневмофиброзом.

ХИМИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

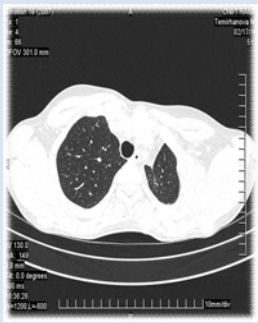
ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЖИМ

ФАЗА ПРОДОЛЖЕНИЯ – 77 ДОЗЫ
ЛЕВОФЛОКСАЦИН 0,5; **ПАСК 9,0;** **ПРОТИОНАМИД 0,75** **ЦИКЛОСЕРИН 0,5**

КТ ОГК ЧЕРЕЗ 2 МЕСЯЦА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

- В связи с формированием через 2 месяца после операции (по данным КТ ОГК) в передних отделах верхней части левого гемиторакса остаточной осумкованной полости до 33х15 мм в диаметре с наличием выпота, проведена консультация д.м.н., Багирова М.А.– рекомендована отсроченная торакопластика.
- **18.12.14 г. проведена ВАТС слева, торакопластика с резекцией I-III ребер.**

КТ ОГК ПОСЛЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ



ХИМИОТЕРАПИЯ ПОСЛЕ ТОРАКОПЛАСТИКИ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЖИМ

ФАЗА ПРОДОЛЖЕНИЯ – 170 ДОЗ

ЛЕВОФЛОКСАЦИН 0,5;
ПАСК 9,0;
ПРОТИОНАМИД 0,75
ЦИКЛОСЕРИН 0,5

ЛЕЧЕНИЕ В ПОДРОСТКОВОМ ОТДЕЛЕНИИ

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ХИМИОЕРАПИИ

ИНТЕНСИВНАЯ ФАЗА – 178 ДОЗ

ФАЗА ПРОДОЛЖЕНИЯ – 315 ДОЗ

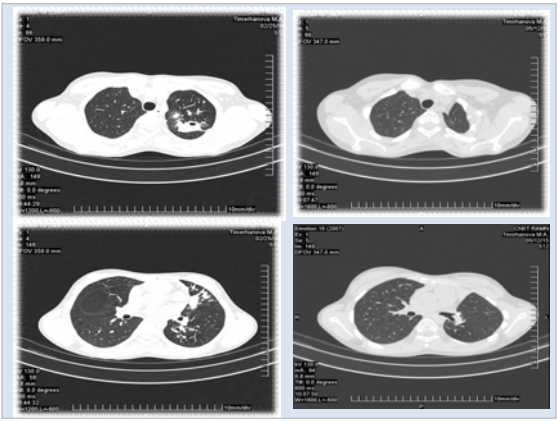
ОБЩЕЕ КОЛИЧЕСТВО ДОЗ – 493 ДОЗЫ

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС ЧЕРЕЗ 15 МЕСЯЦЕВ ЛЕЧЕНИЯ (8 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ)

- **Жалобы отсутствуют**
- **Общее состояние удовлетворительное**
- **Симптомов туберкулезной интоксикации нет**
- **Прибавка в весе за время лечения – 6 кг.**
- **Аускультация легких: над всеми отделами - везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧД – 16 в мин**

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕРЕЗ 15 МЕСЯЦЕВ ЛЕЧЕНИЯ (8 МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ)

ЛАБОРАТОРНОЕ ИСЛЕДОВАНИЕ	РЕЗУЛЬТАТ
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (МАТЕРИАЛ – СМЫВ С РОТОГЛОТКИ)	ДНК МБТ И КУМ НЕ ОБНАРУЖЕНЫ РОСТ МБТК НЕ ВЫЯВЛЕН
ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ	ПОКАЗАТЕЛИ В НОРМЕ
БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ	ПОКАЗАТЕЛИ В НОРМЕ
ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ	ПОКАЗАТЕЛИ В НОРМЕ
ЭКГ	ОХРАНЯЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ПЕРЕГРУЗКА ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА
ФВД,ГАЗЫ КРОВИ, КЩС	СОХРАНЯЕТСЯ ЗНАЧИТЕЛЬНОЕ СНИЖЕНИЕ ВЕНТИЛЯЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ЛЕГКИХ
КОЖНЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ РЕАКЦИЯ НА ПРОБУ МАНТУ С 2ТЕ ППД-Л РЕАКЦИЯ НА ПРОБУ С ДСТ	16 ММ ПАПУЛА (БЛЕДНАЯ, ПЛОСКАЯ) 13 ММ ПАПУЛА



КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ПРИ ВЫПИСКЕ

Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе уплотнения, МБТ (-). МЛУ МБТ (HRZEA). Посттуберкулезный рубцовый стеноз верхнедолевого бронха слева с полным рубцовым стенозом язычковых и верхнезонального бронхов. Состояние после ВАТС резекции верхней доли левого легкого от 02.10.14. по поводу множественных туберкулем. Состояние после торакопластики с резекцией I-III ребер по поводу остаточной полости левого гемиторакса.

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ

Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ–инфекции в Тверской области:

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

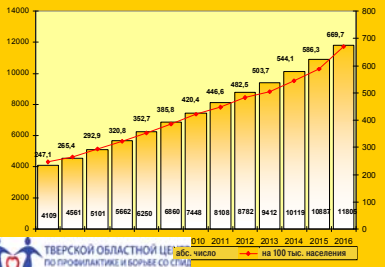
О.В. Ноздреватых, главный врач
ГБУЗ ТО «Областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями»

- Заболеваемость ВИЧ регистрируется на территории около 28 лет;
- Тверская область относится к регионам с генерализованным развитием эпидемии ВИЧ-инфекции (доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин превышает 1% среди беременных в общей популяции);
- По показателю заболеваемости ВИЧ (70,3 на 100 тыс. населения) область занимает первое место в ЦФО и 24 в Российской Федерации.

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Увеличение количества зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции у жителей Тверской области в 1996- 2016 годах

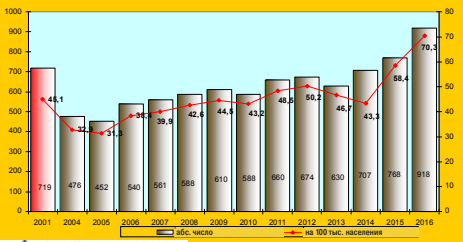
За весь период наблюдения зарегистрировано 12672 случая ВИЧ–инфекции среди жителей Тверской области, показатель пораженности в 2016г. составил – 669,7 на 100 тыс. населения



ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

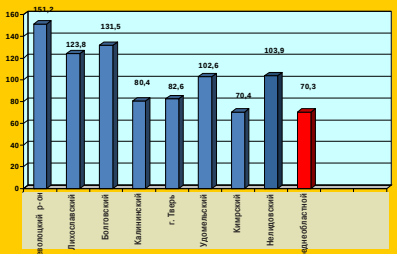
Заболеваемость ВИЧ – инфекцией в Тверской области в 2001-2016 гг.

За 2016г. вновь выявлено - 918 человек , показатель заболеваемости составил – 70,3 на 100 тыс. населения.



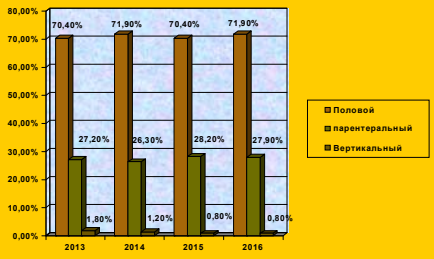
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Заболеваемость ВИЧ – инфекцией в наиболее пораженных районах Тверской области за 2016 г.



ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Распределение ВИЧ – позитивных в Тверской области по основным причинам заражения в 2013-2016 годах.



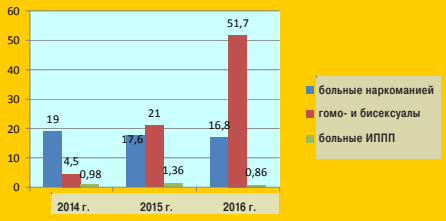
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Распределение ВИЧ-инфицированных в Тверской области по возрастным категориям и годам выявления
90,00%
80,00%
70,00%
60,00%
50,00%
40,00%
30,00%
20,00%
10,00%
0,00%
25,80%
11,40%
60,60%
25,60%
7,90%
65,00%
27,30%
7,80%
63,80%
10,10%
4,50%
84,50%
2013г.
2014г.
2015г.
2016г.
дети до 14 лет
15-17 лет
18-24г.
25-30 лет
старше 30 лет
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Обследование населения на ВИЧ-инфекцию 2011-2016г.г.
Тестирование населения на ВИЧ-инфекцию
250000
200000
150000
100000
50000
0
136889
138359
146003
175741
196907
218492
2011г
2012г
2013г
2014г
2015г
2016г
тестирование населения на ВИЧ-инфекцию
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Доля обследования в группах в 2016 году
1,50%
10,00%
0,27%
22,00%
52,00%
14,20%
наркопотребители
больные ИППП
доноры
беременные
клинические показания
прочие
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД
И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Выявляемость ВИЧ-инфекции в индикаторных группах



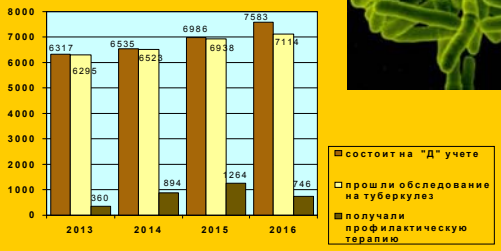
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

По состоянию на 01.03.17:

- **на диспансерном наблюдении в области состоит -7484 человека 85% от подлежащих;**
- **Из них нуждаются в терапии – 3802 человек, получают лечение – 3156 человек или 83%.**
- **Охват антиретровирусной терапией достиг – 42%**
- **Из числа получающих терапию неопределяемый уровень вирусной нагрузки зарегистрирован в 70% случаев.**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Профилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных пациентов 2013-2016г.г.



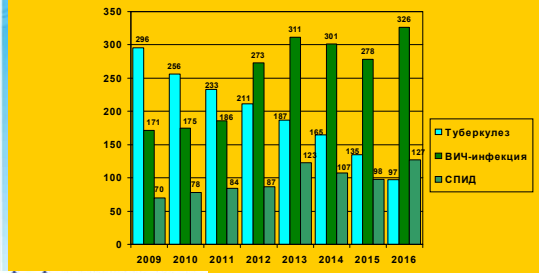
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Число умерших ВИЧ-инфицированных лиц по годам

- **На 01.01.2017 всего умерло 3120 человек с ВИЧ – инфекцией, в том числе от СПИДа – 1115 человека.**
- **За 2016г. умерло 326 человек с ВИЧ – инфекцией, в том числе от СПИДа – 127 человек.**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Статистика летальности от ВИЧ-инфекции, туберкулеза за 2009-2016г.г.



ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Методические рекомендации по порядку статистического учета и кодирования болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ] в статистике заболеваемости и смертности

Гл.11. Статистика смертности по причине, связанной с "болезнью, вызванной ВИЧ"

- **Если в качестве "основного состояния" выбран "туберкулез" (A15-A19) и имеется "болезнь, вызванная ВИЧ" (B20-B24), или в первичной медицинской документации имеются данные о лабораторном обнаружении ВИЧ (R75), первоначальной причиной смерти выбирают "болезнь, вызванную ВИЧ" (B20-B24).**

Письмо МЗРФ №13-2/2-74 от 25 марта 2016г.

- **При сочетании болезни, вызванной ВИЧ, с туберкулезом (подрубрика B20.0) в случае смерти первоначальной причиной всегда выбирают болезнь, вызванную ВИЧ, независимо от того, какое из состояний было диагностировано раньше.**
- **При сочетании болезни, вызванной ВИЧ, с инфекционными заболеваниями или злокачественными новообразованиями в случае смерти первоначальной причиной всегда выбирают [illegible].**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Проблемы:

- **ГБУЗ ТО ОЦ СПИД расположен в приспособленном здании, 1965 года постройки, общей площадью 402,4 м.кв.;**
- **Лабораторное оборудование Центра СПИД нуждается в замене из-за 100% износа;**
- **Количество имеющихся штатных должностей врачей-инфекционистов ниже утвержденного норматива в 3 раза (приказ №689н от 8.11.12);**
- **Укомплектованность врачей-лаборантов Центра СПИД в 2 раза ниже нормативного показателя, утвержденного Порядком.**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Решение коллегии МЗТО от 16 октября 2016г «Эпидемиологическая ситуация по ВИЧ-инфекции, проблемы пути решения»

Главным врачам медицинских организаций:

- **2.1 Взять под личный контроль обеспеченность медицинских организаций дезинфицирующим и стерилизующим оборудованием, установками по обезвреживанию медицинских отходов, оборудованием по утилизации одноразового колющего и режущего мединструментария, средствами защиты медперсонала в соответствии с установленными требованиями СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» (срок исполнения – постоянно);**
- **2.2 Организовать профилактику инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с установленными требованиями (СанПиН 2.1.3.2630-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность»; с изменениями внесенными постановлением Главного санитарного врача Российской Федерации от 04.03.2016 № 27 «О внесении изменения № 1 в СанПин 2.1.3.2630-10»).**
- **2.3 Принять меры по повышению охвата обследованием на ВИЧ-инфекцию лиц из групп высокого риска заражения (срок исполнения – постоянно);**
- **2.4 Обеспечить ежегодное проведение учебы медработников (врачей, среднего и младшего медицинского персонала) по ВИЧ-инфекции и соблюдению требований санитарного законодательства по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов с последующей аттестацией в части соблюдения санитарно- гигиенического противоэпидемического, дезинфекционно-стерилизационного режимов (срок – ежегодно).**
- **2.5 Организовать допуск при приеме новых сотрудников к работе, связанной с проведением парентеральных вмешательств, после проведения оценки знаний [illegible] в форме зачета (срок исполнения – постоянно).**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

информированию населения о путях и факторах [illegible], мерах профилактики, средствах защиты (срок

Учеба по ВИЧ-инфекции в 2016г.

- **три региональные научно-практические конференции (30.03.16, 23.09.16 и 16.12.16) для руководителей и специалистов медицинских организаций;**
- **24.11.2016г. совещание с госпитальными эпидемиологами медицинских организаций и эпидемиологами территориальных отделов Роспотребнадзора Тверской области по вопросам соблюдения принципов безопасного проведения медицинских манипуляций.**
- **в каждой медицинской организации проведена учеба медработников, по ВИЧ-инфекции и соблюдению требований санитарного законодательства по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов с последующей аттестацией в части соблюдения санитарно- гигиенического противоэпидемического, дезинфекционно-стерилизационного**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

- обучающие семинары для медицинских специалистов по вопросам профилактики, диагностики, клиники, эпидемиологии ВИЧ-инфекции; профилактики ВИЧ-инфекции и парентеральных гепатитов, в том числе по вопросам инфицирования ВИЧ при оказании медицинской помощи с освещением вопросов профилактике профессионального заражения, с принятием дифференцированных зачетов ;
- внеочередное тестирование всех медицинских работников по вопросам соблюдения принципов безопасного проведения медицинских манипуляций, а также отработке алгоритма действий при выявлении больного ВИЧ-инфекцией.

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Работа с населением

- уличные акции «СТОП ВИЧ/СПИД» на территории города Твери и районов Тверской области: ГБУЗ ТО ОЦ СПИД при содействии образовательных учреждений: «Тверской государственный медицинский университет Минздрава РФ», «Тверской государственный университет», «Тверской государственный технический университет», «Тверской медицинский колледж»;
- акция по бесплатной раздаче экспресс-тестов на ВИЧ-инфекцию и предтестовому консультированию в городе Тверь, и районах Тверской области (Вышневолоцкий, Торжокский, Конаковский, Кимрский, Бологовский) с контактами специализированного учреждения ГБУЗ ТО ОЦ СПИД: по итогам акции охват населения составил 540 человек;
- размещение информации о ситуации по ВИЧ-инфекции в Тверской области и вопросах ее профилактики в средствах массовой информации региона (печатные издания);
- выступление на каналах РенТВ-Пилот, ТНТ, ГТРК Тверь и на радио России ГТРК Тверь и «Комсомольская правда» с обсуждением вопросов профилактики ВИЧ-инфекции.
- проведение «круглых столов» с участием медицинских специалистов и общественников, представителей средств массовой информации, волонтерского движения студентов-медиков;

- в районах Тверской области и г. Твери проведение круглых столов в образовательных организациях, рабочих коллективах.
- размещение трех баннеров по профилактике ВИЧ-инфекции в районах Тверской области;
- размещение информации по проблеме ВИЧ, мерах профилактики инфекции на информационных сайтах лечебно-профилактических учреждений, школ, учреждений средне-специального и высшего образования, просмотр тематических кинофильмов в школах и средне специальных учебных заведениях.
- проведение классных часов, лекций и бесед в школах, учреждениях средне-специального и высшего образования Тверской области.
- просмотр и обсуждение подготовленных учащимися 10-11 классов презентаций по проблеме ВИЧ-инфекции.
- спортивные мероприятия, посвященные здоровому образу жизни.
- анкетирование учащихся 10-11 классов школ о специфике ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Мероприятия по противодействию распространения ВИЧ-инфекции запланированные МЗТО к реализации в 2016-2018г.г.

1) **Прямой контроль за деятельностью госпитальных эпидемиологов и соблюдением санитарно-эпидемиологического режима в вышеуказанных медицинских организациях со стороны Министерства здравоохранения Тверской области и главного внештатного специалиста-эпидемиолога МЗ ТО.**
2. **Немедленное и полное устранение нарушений, выявленных в медицинских организациях Роспотребнадзором и Росздравнадзором в ходе проверок. Создание рабочей группы по исполнению п. 2-3 настоящего документа с проведением ежемесячных отчетных совещаний.**
3. **Передача всех полномочий и необходимых для их исполнения материальных ресурсов по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции ГБУЗ Тверской области «Областной центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», включая профилактику вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции и лечения ВИЧ-инфекции у детей.**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

4. **Укрепление материально-технической базы ГБУЗ ТО «ОЦ СПИД» в 2016-2017 гг.: выделение дополнительных площадей, укрепление кадрового потенциала, закупка и установка современного лабораторного оборудования.**
5. **Увеличение охвата населения диагностикой (медицинским освидетельствованием) на выявление ВИЧ-инфекции до 20%. В 2016 году из федерального бюджета на закупку тест-систем выделено - 19422,10 тыс. руб. рублей. Из Областного бюджета на закупку тест-систем выделено – 11 232,8 тыс. рублей. Ожидаемый охват диагностикой – 14%. Для достижения рекомендуемого показателя (20%), необходимо увеличение финансирования из федерального бюджета на 8 332 тыс. руб и на 4 828 тыс. руб. – из областного.**
6. **Увеличение охвата антиретровирусной терапией лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией, в том числе на ранних стадиях заболевания. В 2016 году запланировано приобретение лекарственных препаратов для проведения антиретровирусной терапии 3303, на эти цели для приобретения препаратов потребуется 253 478 631,31 рублей. Целевой показатель охвата терапией ВИЧ-инфицированных – 60% (4100 человек), для достижения которого необходимо увеличение финансирования на приобретение лекарственных препаратов на 61 163 327 рублей.**
7. **Дальнейшие мероприятия по снижению риска передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку: трехкратное обследование беременных женщин на ВИЧ-инфекцию в дородовом периоде, обязательное обследование половых родов женщин, находящихся в серонегативном**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Заключение

эпидемия генерализованного типа (доля ВИЧ-инфицированных беременных женщин превышает 1% среди беременных в общей популяции).

- **приведенные данные заставляют рассматривать эпидемиологическую ситуацию по ВИЧ – инфекции, сложившуюся в Тверской области к 2017 году, как продолжающую стабильно ухудшаться:**
- **Возрастает пораженность населения ВИЧ-инфекцией, регистрируется в значительных масштабах случаи смерти ВИЧ – инфицированных лиц. Количество вновь выявленных случаев заболевания ВИЧ – инфекцией в 2016 году возросло на 11,9 % по сравнению с предыдущим 2015 годом, показатель заболеваемости является самым высоким за последние 10 лет, причем заболеваемость населения Тверской области ВИЧ – инфекцией, как в абсолютных цифрах, так и в показателях на 100 тыс. населения, в 2016 году превысила уровень 2011 и 2015г.г., ранее считающегося наиболее неблагополучным.**
- **Изменения в возрастной структуре ВИЧ – инфицированных лиц, как и в 2014 и 2015г.г., характеризуются сдвигом в сторону более старших возрастных категорий и уменьшением доли возрастной группы 18-24 года, ранее наиболее пораженной.**
- **Доля полового пути передачи ВИЧ – инфекции в Тверской области стабильно сохраняется выше 70 %.**
- **В 2016 году, при полной доступности антиретровирусной терапии, лучаев смертей от СПИДа, причем СПИД – рти ВИЧ – инфицированных лиц.**

ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И БОРЬБЕ СО СПИД И ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

ФГБНУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ ТУБЕРКУЛЕЗА»

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ МБТ У ПОДРОСТКОВ

Овсянкина Е.С., Ловачева О.В., Панова Л.В., Полуэктова Ф.А., Виечелли Е.А.

г. Тверь 10 марта 2017 года

Актуальность:

В структуре клинических форм туберкулеза на долю деструктивных процессов приходится от **35,0 до 40,0 %**

Среди подростков бактериовыделителей на долю больных с МЛУ МБТ приходится около **40%**

Цель исследования:

Повышение эффективности лечения деструктивного туберкулеза легких у подростков на основе комплексного подхода

Материалы и методы:

За период с 2014 года по 2016 год пролечено 156 подростков

Доля больных с деструктивным туберкулезом – 42,3% (66 человек)

Бактериовыделение при поступлении выявлено в 50 (75,8%) случаях

Данные лекарственной устойчивости МБТ у бактериовыделителей

Всего с МБТ (+)	Чувствительность МБТ сохранена ко всем ПТП	Монорезистентность	Полирезистентность	МЛУ/ШЛУ МБТ
50 чел. (100%)	15 чел. (30%)	1 чел. (2%)	10 чел. (20%)	24 чел. (48%)

Принципы стартовой противотуберкулезной химиотерапии

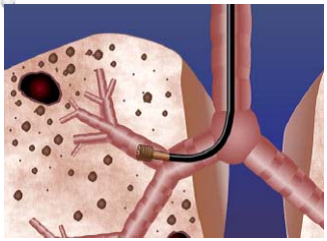
МБТ (+) → **химиотерапия с учетом ТЛЧ МГМ**

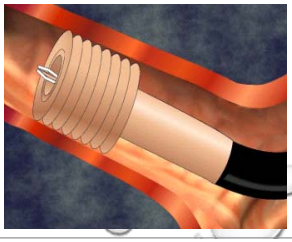
МБТ (-) → **эмпирические режимы**

с учетом:
- **распространенности процесса**
- **результатов собственной ЛУ МБТ**
- **результатов ЛУ МБТ у источника инфекции**

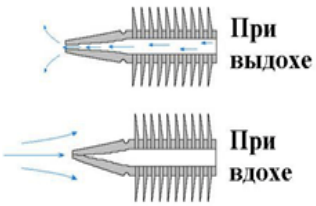
Методика клапанной бронхоблокации (КББ)

Методика КББ





Методика КББ



Хирургическое лечение

Показанием у операции служили:
-туберкулемы — у 16 (61,5%)
-фиброзно-кавернозный туберкулез — у 7 (27,0%)
- цирротический туберкулез — у 3 (11,5%).

Результаты исследования:

Эффективность лечения

Прекращение бактериовыделения

Закрытие полостей распада

В результате химиотерапии

Закрытие полостей распада у 31(47%) пациента

Прекращение бактериовыделения у 50 (100%) больных

Закрытие полостей распада в результате химиотерапии в группах больных с различными видами ЛУ МБТ

Результат ХТ	Всего больных	Без бактериовыделения	Группы больных с учетом ЛУ МБТ		
			Чувствительность МБТ сохранена к ПТП	Моно/ Полирезистентность	МЛУ/ШЛУ МБТ
Полости распада закрылись	31 чел. (47%)	10 чел. (62,5%)	8 чел. (53,3%)	6 чел. (54,5%)	7 чел. (29,2%)
Полости распада сохранились	35 чел. (53%)	6 чел. (37,5%)	7 чел. (46,7%)	5 чел. (45,5%)	17 чел. (70,8%)
Всего больных	66 чел. (100%)	16 чел. (100%)	15 чел. (100%)	11 чел. (100%)	24 чел. (100%)

Пациенты с CV (+) – 35 человек

9 (25,7%) пациентам проведена КББ

Из них:

3 (33,3%) МЛУ/ШЛУ МБТ
2 (22,2%) полирезистентность

4 (44,5%) чувствительность МБТ сохранена к ПТП

26 (74,3%) пациентов направлены на хирургическое лечение

Из них:

14 (53,9%) МЛУ/ШЛУ
2 (7,7%) полирезистентность
1 (3,8%) монорезистентность
9 (43,6%) чувствительность МБТ сохранена к ПТП

Заключение:

Назначение адекватных стартовых режимов химиотерапии позволило достичь прекращения бактериовыделения в 100% случаев

Закрытие полостей распада в результате ХТ отмечено лишь в 47,0% случаев, в 53,0% случаев требовалось применение КББ и хирургического лечения.

Применение КББ позволило избежать хирургического лечения в 25,7% случаев

Клинический случай

Комплексное лечение деструктивного туберкулеза легких с МЛУ МБТ в сочетании с сахарным диабетом у подростка с использованием клапанной бронхоблокации

Пациент А., 2000 г.р.(16 лет), проживает в Ульяновской области

Находится на лечении в подростковом отделении с 07.09.2015 года по настоящее время

Клинический диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких в фазе распада и обсеменения, МБТ (+). МЛУ МБТ к RHEZEtoAm

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет, I тип, стадия метаболической компенсации. Диабетическая дистальная полинейропатия нижних конечностей. Ангиопатия сетчатки обоих глаз.

Анамнез жизни:
от 1 беременности, физиологических родов рос и развивался соответственно возрасту, от сверстников не отставал

Перенесенные заболевания:
простудные заболевания 1 раз в год детскими инфекциями не болел

Фтизиатрический анамнез: вакцинирован БЦЖ в роддоме, рубчик 4 мм

Данные кожных иммунологических тестов:
Реакция на пробу Манту с 2 ТЕ:

2001г. – 8 мм папула
2002 г. – 3 мм гиперемия
2003 г. – отрицательная
2004 г. – 6 мм гиперемия
2005 г. – отрицательная
2007 г. – 5 мм гиперемия
2008 г. - отрицательная
2011 г. – 10 мм папула
2012 г. – 8 мм папула
2013 г. – 15 мм папула

за 2006, 2010, 2014 года - данных нет

Эпидемический анамнез: контакт с больными туберкулезом не установлен

Начало заболевания:

плановая ФЛГ в школе (в апреле 2015 г)

Инфильтративные изменения в легких - пневмония?

Амбулаторное лечение 10 дней: цефтриаксон 2,0 без эффекта

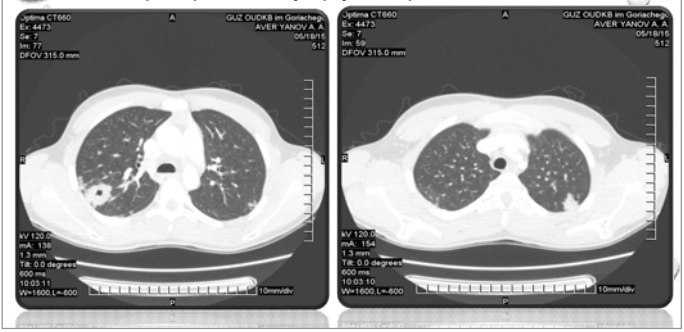
Был заподозрен туберкулез

Направлен на дообследование в ГКУЗ ОКПТД г. Ульяновск

Проведены кожные иммунологические тесты:

реакция на пробу Манту с 2 ТЕ – 15 мм папула
реакция на пробу с АТР – 14 мм папула

Проведена КТ ОГК от 18.05.15 - картина двустороннего инфильтративного туберкулеза с распадом.



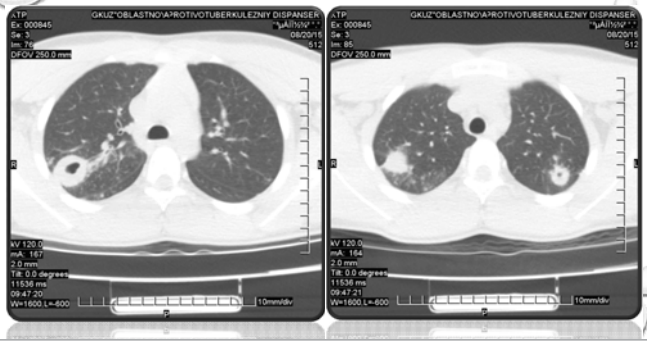
Пациент госпитализирован в детское отделение ГКУЗ ОКПТД г.Ульяновск
Диагноз: Инфильтративный туберкулез верхних долей легких, МБТ (-).
Получал лечение (общий срок 3,5 месяца):

В стационаре:
(с 21.05.15 по 22.06.16)
Фтивазид 1,5
Рифампицин 0,45
Пиразинамид 1,5
Этамбутол 1,2

Амбулаторно:
(с 23.06.16 по 06.09.16)
Фтивазид 1,5
Рифампицин 0,45
Пиразинамид

За время лечения МБТ не обнаружены

КТ ОГК в динамике от 20.08.15 (через 3 месяца лечения)



В связи с отрицательной динамикой специфического процесса на дальнейшее дообследование и лечение направлен в ФГБНУ «ЦНИИТ»

07.09.2015 года госпитализирован в подростковое отделение

При поступлении: Жалобы на слабость, повышенную утомляемость. Общее состояние удовлетворительное. Симптомы туберкулезной интоксикации средней степени. Кожные покровы чистые, розовые, влажные на ощупь, тургор мягких тканей в норме. Видимые слизистые чистые. В легких дыхание везикулярное, крепитация в верхних отделах справа. ЧД-17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 80 в минуту. АД 130/80 мм рт ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

В ФГБНУ «ЦНИИТ» проведены исследования:

Лабораторные исследования:

- **Клинический анализ крови – показатели в пределах нормы**
- **Общий анализ мочи – глюкозурия (111 ммоль/л), кетонурия (5 ммоль/л), остальные показатели в пределах нормы**
- **Биохимический анализ крови – показатели в пределах нормы**

Микробиологическое исследование диагностического материала:

Смыв из ротоглотки на МБТ трехкратно при поступлении:

- **ДНК МБТ не обнаружена**
- **КУМ не обнаружены**
- **рост МБТК не выявлен**

Через 2 недели от момента поступления проведена ФБС.

Материал	ДНК МБТ методом ПЦР	КУМ методом люминисцентной микроскопии	Рост МБТК в системе BACTEC 960
БАЛ-браш-биопсия	обнаружена	обнаружены	выявлен
мокрота	обнаружена	не обнаружены	выявлен

Инструментальные исследования:

- ЭКГ – ЧСС 80 в минуту, нормальное положение эос. Рисунок ЭКГ в пределах нормы
- ФВД – Вентиляционная способность легких в норме
- Газы крови, КЩР и насыщение кислородом в пределах нормы
- УЗИ органов брюшной полости и почек – без патологии.

Лечение в подростковом отделении:

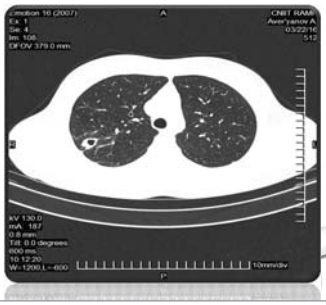
Интенсивная фаза

1) По II Б режиму - HRZAmLfx - 21 доза
2) По IV режиму (188 доз):
- ZPtoAmPASTrdLfx - 20 доз
- CmLfxPASTrdLzd – 63 дозы
- PASLfxTrdLzd – 105 доз

В материале полученном при бронхоскопии:
- (через 3 недели от начала лечения) определена ЛУ МБТ к HR
-(через 6 недель от начала лечения) определена ЛУ МБТ к HREZEtoAm

КТ ОГК при поступлении

КТ ОГК к концу интенсивной фазы (6 месяцев лечения)



КТ ОГК
при поступлении

КТ ОГК к концу интенсивной
фазы (6 месяцев лечения)

Лечение в подростковом отделении

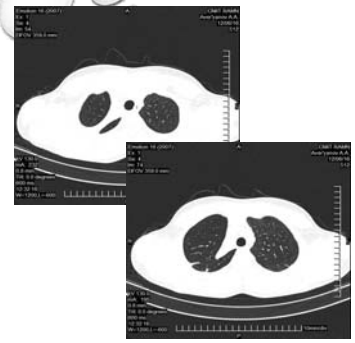
Фаза продолжения IV режима :

PASLfxTrd -326 доз

КТ ОГК через 8 месяцев лечения

В связи с сохранением полостей распада в обоих легких проведена консультация бронхологов на предмет установки ЭК

20.05.16 был установлен эндобронхиальный клапан №9 в правый верхне-долевой бронх



КТ ОГК
через 6 месяцев после установки ЭК

20.01.2017 года эндобронхиальный клапан удален (через 8 месяцев после установки)

Динамика туберкулезного процесса за время лечения

Показатель	При поступлении	Сроки нормализации
Бактериовыделение	МБТ (+)	Через 1 месяц
Симптомы интоксикации	Средней степени	Через 4 месяца
Рентгенологическая картина в легких	- Инфильтративные изменения в обоих легких - Полости распада в обоих легких	- Значительное рассасывание через 4 месяца - Закрытие полостей распада через 2 месяца после установки ЭК (11 месяцев лечения)

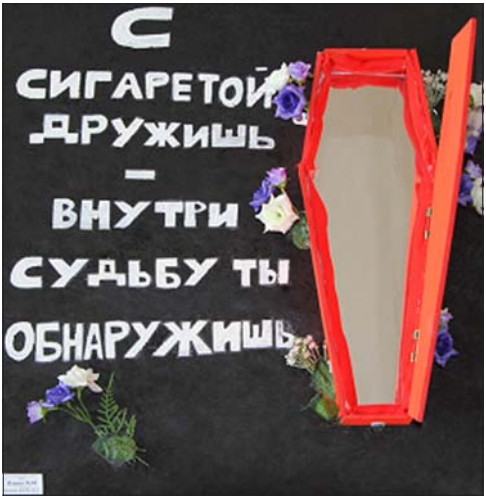
БЕЛАЯ РОМАШКА

Победители выставки плакатов
2017

Здоровый образ жизни: I место

607 лечебный факультет

Здоровый образ жизни: II место

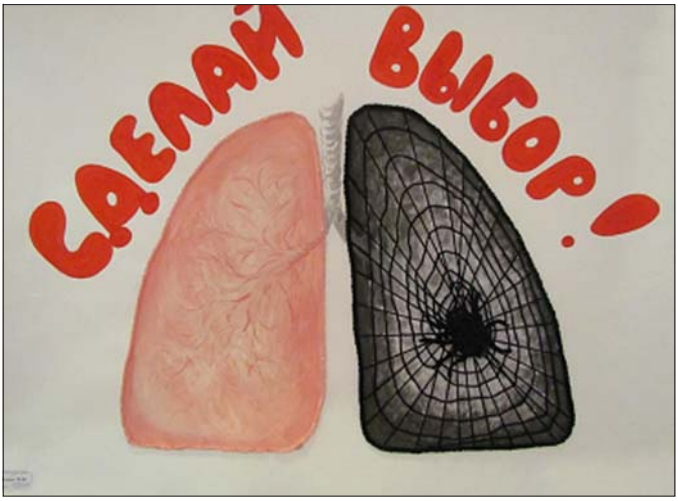


606 лечебный факультет

Здоровый образ жизни: III место

601 лечебный факультет

Борьба с вредными привычками: I место



508 стоматологический факультет

Борьба с вредными привычками: II место

604 лечебный факультет

Борьба с вредными привычками: III место

610 лечебный факультет

Борьба с туберкулезом: I место

608 лечебный факультет

Борьба с туберкулезом: II место

602 лечебный факультет

Борьба с туберкулезом: III место

602 лечебный факультет

Приз зрительских симпатий

609 лечебный факультет

Содержание

Предисловие 3

АБУЛКАСИМОВ С.П., ПУЛАТОВ Ж.А., МУХАММЕДОВ Х.Х. Эффективность применения бедаквилина в комплексном лечении больных с ШЛУ ТБ 5

АГЗАМОВА Р.А., РАХИМЖАНОВА Р.С., БУГАКОВ А.А., ИСКАКОВА А.Ш., НАШЕНОВА Г.Б. Медико-социальная характеристика случаев мультирезистентного туберкулеза у детей и подростков 7

АЛЕКСАНДРОВА Е.Н., МОРОЗОВА Т.И. Вопросы деонтологии в детской фтизиатрии 9

АСЕЕВ А.В., МАКСИМОВ Д.А., МИРАКИ Р.И. Туберкулез молочной железы в третьем тысячелетии 11

БЕЛОВА Е.В., СТАХАНОВ В.А. Латентная туберкулезная инфекция у детей и подростков из групп риска по иммунологическим кожным тестам 15

БОРЗОВ Е.В., КРУШИНСКАЯ Е.А., ВОСТРУХИН Н.В., БЕЛИЧЕНКО Н.А., БИЛЬЧИНКО И.О., ЭЛЬГАЛИ А.И. Химиопрофилактика туберкулеза в комплексном лечении больных опухолями панкреатодуоденальной зоны с сочетанным посттуберкулезным пневмосклерозом 17

БРАЖЕНКО О.Н., ЛОЩАКОВА А.И., БРАЖЕНКО Н.А. Фунциональная диагностика нарушений вегетативной нервной деятельности у больных туберкулезом легких 22

БРАЖЕНКО О.Н., ЛОЩАКОВА А.И., БРАЖЕНКО Н.А., МИХЕЕВА Е.И. Новые критерии диагностики гомеостаза и их значение в клинике туберкулеза органов дыхания 24

БУЙНЕВИЧ И.В., ГОПОНЯКО С.В., ХОЛЯВКИН А.А., БУТЬКО С.В. Паллиативное лечение туберкулеза 26

БУЛГАКОВА А.А., КТОЯН А.А., ЛАПТЕВА Т.С., ПАВЛОВА А.В. Инновационный подход к пропаганде флюорографического метода выявления туберкулеза (Ежегодная флюорография — как элемент здорового образа жизни) 31

ВЕЛИКСАР Э.Н. Туберкулез глаз в республике Молдова и в Европе 32

ВИЕЧЕЛЛИ Е.А. Комплексное лечение деструктивного туберкулеза легких с различными видами лекарственной устойчивости МБТ у подростков 35

ГАЛАН И.О. Эфективность применения пребиотиков и нутрициологической коррекции пищевого рациона в комплексном лечении больных впервые диагностированным туберкулезом легких 36

ГУИЛА А., ГИНДА С. Характеристика интоксикации у больных туберкулезом легких в ассоциации с токсокарозом под влиянием различных схем лечения 41

ДОМЕНТЕ Л.И., МОСКОВЧУК А.Ф., БОЛОТНИКОВА В.А., ЛУКЬЯН М.С. Клинико-социальные аспекты и тенденции динамики первичной инвалидности вследствие туберкулеза легких в республике Молдова 45

ЕРЕМЕНЧУК И.В., ТОДОРИКО Л.Д. Некоторые аспекты преподавания фтизиатрии на английском языке в контексте Болонского процесса 47

ИСКАКОВА А.Ш., НАШЕНОВА Г.Б., АГЗАМОВА Р.А., БУГАКОВ А.А. Методы выявления и клиническая структура туберкулеза органов дыхания 51

КОРЧАГОВ С.И., РЫБАК Я.Е. Туберкулёз рядом 52

КРУЧИНЕНКО А.Ю., ПОЛЯНСКИЙ С.В., МАРЧЕНКО Г.В., СОКОЛ Л. А., ТАВОЛЖАНСКАЯ В.В. Опыт применения клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных с распространенными деструктивными формами туберкулеза легких 53

КУЗЬМИНА Н.В., НЕЛИДОВА Н.В. Характеристика пациентов, получивших лечение в отделении для больных с хроническими формами туберкулеза Сургутского клинического противотуберкулезного диспансера 55

КУЗЬМИНА Н.В., НЕЛИДОВА Н.В., ШЕЙШЕЕВА Ж.Д., ГЕРАСИМОВА Н.В. Течение туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией и хроническим вирусным гепатитом с в условиях Северного региона 59

ЛЕБЕДЕВ Ю.И., НОВИКОВА С.Н., РУБЛЕВА Н.В., ЛЕБЕДЕВ И.Ю. Личностные особенности больных ограниченными формами впервые выявленного туберкулеза легких с высокой и низкой приверженностью лечению 63

ЛОЩАКОВА А.И., БРАЖЕНКО Н.А., БРАЖЕНКО О.Н. Структура нарушений деятельности вегетативной нервной системы и ее значение в клинике туберкулеза 65
ЛОЩАКОВА А.И., БРАЖЕНКО О.Н., БРАЖЕНКО Н.А. Дисфункция вегетативной системы при туберкулезе легких по данным кожно-температурной топографии 66
МОРОЗОВ Н.В. К вопросу о правомочности диагноза фиброзного-кавернозного туберкулёза почки 68
МОРОЗОВ Н.В. Новые возможности и перспективы во фтизиоурологии с использованием современных медицинских технологий (ретроспективный анализ) 71
МУХАМЕДЬЯНОВ Г.С., ГАЛИУЛЛИН Д.В., ЯГАФАРОВА Р.К., ШАРИПОВ Р.А., ХАМИДУЛЛИНА Г.С. Анализ динамики показателей устойчивости микобактерий туберкулеза в республике Башкортостан за 5 лет по результатам посевов 74
МЯКИШЕВА Т.В., РАШКЕВИЧ Е.Е., ФРОЛОВА Ю.В., ВАСИЛЕВСКАЯ О.В., КОЛОБАНОВА А.А. Преемственность в преподавании фтизиатрии в медицинском вузе 76
НАШЕНОВА Г.Б., ИСКАКОВА А.Ш, АГЗАМОВА Р.А., БУГАКОВ А.А., НАШЕНОВ М.Б. Особенности туберкулеза органов дыхания у детей из очагов туберкулезной инфекции 78
ПАВЛОВА Е.В., АМИНЕВ Х.К. Особенности морфологии бронхолегочной системы больных туберкулезом легких 79
ПАВЛУНИН А.В., МЕДОВАРОВ Е.В., ПАНЧЕНКО Н.И., МЕЛЬНИКОВ Н.В. Экстраплевральная торакопластика, дополненная клапанной бронхоблокацией, в лечении фиброзно-кавернозного туберкулеза 82
ПИСАРЕНКО С.В., ПИСАРЕНКО Н.К. Тенденции заболеваемости туберкулезом детей в возрасте до 14 лет в республике Молдова 84
ПИСАРЕНКО С.В., ПИСАРЕНКО Н.К. Тенденции распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в республике Молдова 87
ПОДВЕРБЕЦКИЙ О.Я., СЛИВКА В.И. Деонтология во фтизиатрии 89

РЯСЕНСКИЙ Д.С., АСЕЕВ А.В., ЭЛЬГАЛИ А.И. Влияние противотуберкулезной химиотерапии на липидный обмен 91
РЯСЕНСКИЙ Д.С., АСЕЕВ А.В., ЭЛЬГАЛИ А.И. Изменение уровня лизофосфолипидов плазмы крови у больных туберкулезом легких 92
РЯСЕНСКИЙ Д.С., АСЕЕВ А.В., ЭЛЬГАЛИ А.И. Липидный обмен в условиях противотуберкулезной химиотерапии 95
РЯСЕНСКИЙ Д.С., АСЕЕВ А.В., ЭЛЬГАЛИ А.И. Особенности изменения соотношений основных фракций липидов при туберкулезе легких 96
РЯСЕНСКИЙ Д.С., АСЕЕВ А.В., ЭЛЬГАЛИ А.И. Токсический эффект противотуберкулезной химиотерапии 98
САВОНЕНКОВА Л.Н., САЙФУТДИНОВА Ф.Ф., ДУБРОВИНА В.А. Лекарственная устойчивость возбудителя туберкулёза у госпитального контингента больных 100
САВОНЕНКОВА Л.Н., СОРОКИНА Т.Е. Коморбидность при туберкулезе в пенитенциарных учреждениях 101
САЛИНА Т.Ю., МОРОЗОВА Т.И. Эффективность использования препарата тубосан в интенсивную фазу лечения больных с тяжелыми формами туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя 103
СЕМЯНИВ И.А, СЛИВКА В.И. Использование компьютерных технологий в условиях кредитно-модульной системы 105
СЕМЯНИВ И.А., ТОДОРИКО Л.Д., СЕМЯНИВ М.М. Концепция информатизации учебного процесса с помощью дистанционного обучения «moodle» для подготовки студентов-медиков 106
СЛИВКА В.И. Анализ применения программно-методических комплексов в учебном процессе 111
СЛИВКА В.И. Общая характеристика информационных технологий обучения в медицинских вузах 117
СМОКВИН В.Д., МАЦЕГОРА Н.А., БАБУРИНА Е.А., БЕСЕДА Я.В., КАПРОШ А.В. Особенности питания больных туберкулезом 122
СОЦКИЙ П.О., САФАРЯН М.Д., СОЦКАЯ О.Л. Разработка дифференцированного подхода к тактике восстановления фертильности у больных с бесплодием туберкулезного генеза 128

СТЕПАНЕНКО В.А. Организация самостоятельной работы студентов и роль иллюстративного материала в повышении качества профессионального образования на современном этапе 131
СТЕПАНЕНКО В.А. Пути усовершенствования качества подготовки студентов на кафедре фтизиатрии и пульмонологии буковинского государственного медицинского университета 136
ТОДОРИКО Л.Д. Роль современных технологий обучения в усвоении актуальных вопросов фтизиатрии 140
ТОДОРИКО Л.Д., ТОДОРИКО А.Д., ШЕВЧЕНКО О.С., БАТРАНОВСКАЯ С.А., ПАРАНДЮК С.Д. Инновационные технологии — платформа для внедрения интерактивного обучения в медицине 145
ТЯРАСОВА К.Г., АЛЕКСЕЕВ Д.Ю. Внедиспансерная работа участкового фтизиатра в лечебных организациях общего профиля 149
УБАЙДУЛЛАЕВ А.М., ТАШПУЛАТОВА Ф.К., ХОМОВА Н.А. Вопросы питания и лечения при бронхолегочных заболеваниях в трудах Авиценны 153
УТЕШЕВ М.С., ХОДЖАЕВА М.И. Сопутствующие заболевания у больных с мочеполовым туберкулезом 157
ФЕСЮК Е.Г. Дидактические условия формирования мотивации у студентов на цикле по фтизиатрии 158
ХИТЕВА А. Ю. Диагностические критерии активности туберкулезного процесса у детей больных туберкулезом органов дыхания после проведения хирургического лечения 165
ХОДЖАЕВА М.И., ДЖУРАБАЕВА М.Х. Значение информационных технологий в процессе обучения 166
ХОДЖАЕВА М.И., ДЖУРАБАЕВА М.Х. Методика использования интерактивных методов в учебном процессе (кейс технология) 168
ХОМОВА Н.А., ТАШПУЛАТОВА Ф.К. Изучение информированности о туберкулезе студентов-медиков Ташкентского педиатрического медицинского института 169
ЧОБАНУ С.Н., САИН Д.О., ХАЙДАРЛЫ И.Н., ТУДОР Е.М. Социальные, психологические и этические детерминанты в эпидемиологии туберкулеза в республике Молдова 173

БРАЖЕНКО Н.А., БРАЖЕНКО О.Н., КИРЬЯНОВА В.В. Комплексное лечение больных туберкулезом с сопутствующей ВИЧ-инфекцией с применением переменного магнитного поля 176
ЧУМОВАТОВ Н.В., ЧЕРНЫХ П.Е., СТАХАНОВ В.А. Результаты анализа заболевания туберкулезом иностранных учащихся вузов города Москвы 178
ШЕВЧЕНКО О.С., ТОДОРИКО Л.Д., ПОТЕЙКО П.И. Личностно-ориентированные технологии обучения на кафедре фтизиатрии и пульмонологии 180
ЭЛЬГАЛИ А.И., КРУШИНСКАЯ Е.А., ВОСТРУХИН Н.В., БИЛЬЧИНКО И.О, БЕЛИЧЕНКО Н.А. Риск тромбоэмболии легочной артерии после оперативных вмешательств при туберкулезе 183
ЯВОРСКИЙ К.М., БОЛОТНИКОВА В.А., МОСКОВЧУК А.Ф., ТУДОР Е.М., ЯВОРСКАЯ Э.Ф. Туберкулез и актуальные проблемы в организации охраны материнства и детства 187
Приложения (Презентаций докладов на конференции) 191
ОВСЯНКИНА Е.С., ПАНОВА Л.В., ПОЛУЭКТОВА Ф.А., ХИТЕВА А.Ю. Обоснование длительности химиотерапии у детей и подростков с туберкулезом органов дыхания после хирургического лечения 192
НОЗДРЕВАТЫХ О.В. Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: проблемы, пути решения 204
ОВСЯНКИНА Е.С., ЛОВАЧЕВА О.В., ПАНОВА Л.В., ПОЛУЭКТОВА Ф.А., ВИЕЧЕЛЛИ Е.А. Комплексное лечение деструктивного туберкулеза легких с различными видами лекарственной устойчивости МБТ у подростков» 212
Победители конкурса плаката «Белая ромашка» 2017 226

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЁЗА

Материалы
VI межрегиональной научно-практической
и учебно-методической конференции с международным участием,
посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом,
с проведением открытого конкурса студенческих работ
по пропаганде здорового образа жизни, борьбе с туберкулёзом
и вредными привычками

Редакционно-издательский центр
Тверского государственного медицинского университета
(РИЦ ТГМУ)
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.

Начальник РИЦ *О. Г. Ткаченко*
Оригинал-макет подготовила *Т. В. Бродская*
Дизайн обложки *О. А. Виноградовой*

Подписано в печать 17.07.2017 г. Формат 60×84 1/16.
Уч.-изд. л. 12,4. Усл. печ. л. 13,77. Гарнитура NewtonC.
Тираж 52 экз. Заказ 11.

Тиражирование методом ризографирования в РИЦ ТГМУ.
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4.
тел. (4822)32–12–03
E-mail: rpc.tver@mail.ru

Обложка отпечатана ООО «Тверская фабрика печати»
170106, г. Тверь, Беляковский пер., д. 46.

ISBN 978-5-8388-0167-8