

щевых продуктов (мясо птицы). По результатам кожного алерготестирования доминировали бытовые и пыльцевые аллергены: в 60 % случаев – домашняя пыль, в 40 % – библиотечная пыль, у 40 % лиц наблюдалась сенсibilизация к дерматофагоидным клещам и перу подушки. Пыльцевая гиперчувствительность к злакам встречалась в 60 % случаев, к сложноцветным (полынь, лебеда, подсолнечник, одуванчик) – в 40 % случаев.

В изучаемой группе были выявлены следующие иммунные нарушения: в 100 % случаев отмечалось увеличение уровня общего IgE (200–820 МЕ), повышенная активность ЕК (естественных киллеров, CD16+56+ лимфоцитов), увеличение иммунорегуляторного индекса (ИРИ) за счёт повышения количества Т-лимфоцитов CD4+. В единичных случаях отмечались эозинофилия, повышение активности С₃- и С₄-фракций компонента комплемента.

Заключение. В результате проведенных исследований у лиц с БА в сочетании с АИТ обнаружены: повышение общего IgE, ИРИ, функции ЕК, активности С₃- и С₄-компонентов комплемента, увеличение уровней АТ к ТПО, что свидетельствует о смешанном характере выявленных иммунных нарушений.

Г.Л. Гуревич¹, В.И. Русович², А.П. Астровко¹
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ТУБЕРКУЛЕЗА В УСЛОВИЯХ ИНТЕГРАЦИИ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ
ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

¹ ГУ «РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии»

² Страновой офис Всемирной организации здравоохранения,
г. Минск, Беларусь

Республика Беларусь, наряду со странами СНГ и Прибалтийскими странами, входит в число 27 стран в мире с высоким бременем мультирезистентного туберкулеза (МЛУ-ТБ).

Основными причинами распространения МЛУ-ТБ в странах бывшего СССР явилось отклонение от стандартов лечения обычного туберкулеза (назначение нестандартных схем лечения и неконтролируемый прием противотуберкулезных медикаментов, перебои в лекарственном обеспечении), что часто приводило к раннему прерыванию курса лечения обычного туберкулеза, который должен составлять 6–8 месяцев [1, 2]. Высокая эффективность краткосрочного стандартного лечения обычного туберкулеза с контролируемым приемом медикаментов была доказана еще в конце 80-х годов, а в 1994 году Всемирная организация призвала страны-участницы принять стратегию ДОТС для национальных программ борьбы с туберкулезом.

Основными элементами стратегии ДОТС, которая в настоящее время официально признана в Республике Беларусь, является микроскопическая

и бактериологическая диагностика возбудителя и контролируемое лечение на амбулаторном этапе химиотерапии. При этом делается акцент на интеграцию фтизиатрической службы и ПМСП по диагностике и лечению туберкулеза.

В обязанности работника ПМСП входят следующие задачи по *выявлению ТБ*:

1. Заподозрить ТБ у больного с характерными жалобами и своевременно привлечь его к обследованию.

2. Обследовать пациента с симптомами и проявлениями заболевания в соответствии с существующим алгоритмом, согласно которому необходимо:

- собрать анамнез и провести физикальное исследование пациента;
- обеспечить сбор качественного диагностического материала (чаще всего – мокроты);
- передать собранную мокроту для проведения исследования в центры микроскопии (лаборатории 1 уровня);
- провести рентгенологическое исследование пациента.

Если выявлены изменения, указывающие на воспалительные изменения в легких, и исследования мокроты на ТБ отрицательные, необходимо провести неспецифическую тест-терапию антибактериальными препаратами широкого спектра действия, после чего повторить исследования.

3. Наблюдать за лицами из групп высокого риска развития ТБ и обеспечить их рентгено-флюорографическое и/или микробиологическое исследование в соответствии с существующими нормативными документами, а в случае выявления у них туберкулезного процесса при проведении плановых профилактических исследований – направить в специализированные противотуберкулезные учреждения.

4. Проводить плановую туберкулинодиагностику у детей и подростков и направлять их, в случае необходимости, на консультацию к фтизиопедиатру.

5. При направлении пациентов в противотуберкулезные учреждения провести обучение пациента:

- объяснять им, что ТБ излечим при регулярном приеме всех препаратов и соблюдении необходимой длительности лечения;
- подчеркивать важность обследования семейных и иных близких контактов больного, чтобы выявить вторичные случаи заболевания ТБ с положительным результатом микроскопии мокроты.

6. Оказывать содействие фтизиатрической службе в обследовании контактных лиц, включая детей в возрасте до 17 лет.

В случае проведения лечения больного ТБ в амбулаторных условиях и невозможности или нецелесообразности ежедневного посещения им противотуберкулезного диспансера или кабинета, а также ежедневного патронажа сотрудниками противотуберкулезных организаций, работники ПМСП осуществляют контролируемый прием противотуберкулезных препаратов пациентами под руководством специализированной противотуберкулезной службы.

В этом случае в обязанности работников ПМСП входят следующие задачи *по лечению ТБ*:

1. Осуществлять контролируемое лечение амбулаторных больных в фазе продолжения лечения.

2. Направлять больного на исследование мокроты и контрольные визиты к фтизиатру в процессе проведения химиотерапии.

3. Немедленно сообщать работникам противотуберкулезных организаций: о любых случаях досрочного прекращения лечения или возникновения сложностей в проведении непосредственного наблюдения за лечением; о возникновении побочных реакций на прием противотуберкулезных лекарственных средств.

4. Вносить данные о наблюдаемых больных, включая дозы принятых под непосредственным контролем ПТП и возникшие побочные реакции, в карты лечения (форму № 081-2/у), пока они не будут возвращены в специализированную службу.

5. Проводить разъяснительную работу с больными и их родственниками о необходимости регулярного приема ПТП, о проявлениях возможных побочных реакций на прием химиопрепаратов и путях их устранения.

Основные тенденции изменения подходов в лечении лекарственно восприимчивого туберкулеза заключаются в более раннем переводе пациента на амбулаторный этап при условии организации контролируемого лечения и полного соблюдения схемы лечения. Более ранний перевод пациентов на амбулаторное контролируемое лечение не только более эффективен, с точки зрения затрат, но также уменьшает возможность перекрестного инфицирования пациентов резистентными штаммами при длительном пребывании в стационаре, способствует более быстрой социальной адаптации пациентов.

Для усиления амбулаторного компонента лечения необходимо решить вопрос организации социальной поддержки для всех пациентов, выписки листков нетрудоспособности на время амбулаторного этапа лечения. Помимо этого требуется обучение врачей первичного звена основам проведения контролируемого лечения для лучшего взаимодействия с противотуберкулезной службой.

Литература:

1. Atun R, Olynik I. Resistance to implementing policy change: the case of Ukraine. Bulletin World Health Organization. 2008 Feb; 86 (2): 147-54.

2. Floyd K, Hutubessy R, Samyshkin Y, Korobitsyn A, Fedorin I, Volchenkov G et al. Health-systems efficiency in the Russian Federation: tuberculosis control. Bulletin World Health Organization. 2006 Jan; 84 (1): 43-51.