

Министерство здравоохранения Республики Армения
Национальный институт здравоохранения
имени академика С.Х. Авдалбекяна

**СБОРНИК
НАУЧНЫХ ТРУДОВ И СООБЩЕНИЙ**

Ереван – 2001

Таблица 2

Показатели иммунного статуса новорожденных, родившихся от беременных с хламидиозом

Иммунологические параметры новорожденных на 3-5 день жизни	Новорожденные, инфицированные хламидиями	Здоровые новорожденные
Спонтанная РБТЛ, %	16,6±1,8 p<0,01	13,6±0,5
T-лимфоцит, %	43,6±1,8 p<0,01	51,2±2,6
B-лимфоцит, %	32,6±1,1 p>0,05	33,4±1,2
Лейкоциты x10 ⁹ /л	14,6±0,7 p<0,01	10,9±0,6
Лимфоциты x10 ⁹ /л	3,7±0,2 p>0,05	4,8±0,5
ЕК-клетки, %	12,3±0,8 p<0,01	20,6±1,1
ПЗФ, %	26,4±1,8 p<0,01	40,2±2,0
ФНО, пкг/мл	45,6±2,0 p<0,01	20,6±1,1
ИЛ-1 пкг/мл	43,6±1,8 p<0,01	18,6±1,2

Суммируя результаты иммунологических исследований у женщин с физиологически протекающей беременностью и беременностью с хламидиозом, можно утверждать, что при физиологической беременности функциональная активность иммунокомпетентных клеток подчиняется еще до конца не раскрытым биологическим закономерностям, в результате чего подавляется их активность, с целью предотвращения развития возможного конфликта между матерью и плодом. При наличии хламидийной инфекции в период беременности, очевидно, в результате нарушения иммунорегуляторных механизмов, повышается риск возникновения осложнений беременности и родов, что несомненно отражается и на новорожденном организме.

ТАНАТОГЕНЕЗ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Егпазарян Л.М., Стамболциан Е.П., Сагоян И.Л.
(НИЗ МЗ РА)

За 10 лет – с 1989 по 1999г. – смертность от туберкулеза в республике повысилась от 2,0 до 4,1 на 100 тысяч населения (в абсолютных цифрах -- с 88 до 152).

Отсюда – актуализация проблемы изучения динамики и причин смерти больных туберкулезом. Подобная работа в республике выполняется впервые.

Резко возросший удельный вес умерших в течение первого года заболевания среди всех случаев смерти (с 13,6 до 30,5%) свидетельствует

позднем выявлении заболевания и появлении остро прогрессирующих его форм.

Проведен ретроспективный анализ 54 историй болезни умерших от туберкулеза в стационаре Республиканского противотуберкулезного диспансера за последние 2 года. Зафиксировано значительное преобладание мужчин (соотношение мужчин и женщин – 6,7 : 1). Средний возраст умерших мужчин – 47,5, женщин – 43 года, детей до 4 лет было двое.

72,2% умерших были из социально необеспеченных или асоциальных групп населения, у 25,9% были различные сопутствующие заболевания, в том числе сахарный диабет – у 5, ХНЗОД – у 5, из них у 4 – бронхиальная астма, хронический алкоголизм – у 2, психические заболевания – у 2.

У 24% имелись вредные привычки, у 27,7% – контакт с больными туберкулезом (в том числе у 10 – в заключении). 63% были бактериовыделителями.

Вскрытие было осуществлено у 50%. Клинико-анатомических расхождений не было отмечено.

По давности выявления заболевания преобладали большие с хроническим течением заболевания – от 5 до 10 лет и больше (63,0%).

По клиническим формам туберкулеза преобладал фиброзно-кавернозный туберкулез – 64,8%, инфильтративный туберкулез и казеозная пневмония – наблюдали в 16,6%, – диссеминированный туберкулез – 9,3% больных.

Непосредственные причины смерти по группам:

1. Хронический прогрессирующий туберкулез, его осложнения – 72,2%.
2. Впервые выявленный остро прогрессирующий туберкулез и его осложнения – 24,0%
3. Конкурирующие заболевания – 3,7%.

Таким образом, среди причин смерти преобладал хронический прогрессирующий туберкулез и его осложнения. На втором месте – остро прогрессирующие формы туберкулеза и их осложнения.

Из осложнений наиболее часто наблюдались нарастающая легочно-сердечная недостаточность – 67,3%, дыхательная недостаточность и легочное кровоотечение – по 11,5%.

Как видно из приведенных данных, в настоящее время среди причин смерти преобладает прогрессирующий туберкулез с осложнениями, тогда как в период благоприятного патоморфоза туберкулеза он занимал III место после конкурирующих заболеваний и неспецифических осложнений. Вновь появилась смерть от остро прогрессирующих форм туберкулеза (казеозной пневмонии и генерализованного туберкулеза), что не было характерно для периода патоморфоза. Как и прежде, незначительна доля

специфических осложнений, хотя небольшой материал не позволяет делать окончательный вывод. И, наконец, на нашем материале наблюдались лишь два случая смерти от конкурирующих заболеваний (рак и острая сердечная недостаточность), которые занимали видное место в перпод патоморфоза. Безусловно, среди умерших дома таких случаев намного больше. Так, по годовым отчетам не от туберкулеза в 1999г. умерли 45 из 141 больных, что составляет 31,9% всех умерших.

Мы не сочли целесообразным среди причин смерти выделить специфические и неспецифические осложнения, как это делает ряд авторов (О.А.Уваров, Т.Г.Терехова, 1984; Б.Яшенко, 1984; Г.А.Калипичева с соавт., 1988; М.Эшапханов с соавт., 1987), так как при комбинации прогрессирующего туберкулеза с указанными осложнениями тяжело установить истинную причину смерти. По существу, эти осложнения являются одним из проявлений прогрессирования болезни. Такого же мнения придерживаются и некоторые другие авторы (В.С.Анастасьев, Г.Д.Равдель, 1983).

Итак, предварительное изучение туберкулеза в последние годы показало, что на повышенные смертности от туберкулеза влияет комплекс социальных и медико-биологических факторов: низкий уровень жизни, пребывание в прошлом в заключении, тяжелые сопутствующие заболевания, вредные привычки и др., а также позднее выявление заболевания. Среди причин смерти преобладает реверсия классических форм туберкулеза.

ЛЕКАРСТВЕННОУСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ В АРМЕНИИ

Казарян Г.Г.
(ЕрГМУ)

В связи с ухудшением в Армении эпидемической ситуации в отношении туберкулеза (ТБ), все актуальнее становится проблема лекарственной устойчивости микобактерий (МБ) туберкулеза к химиопрепаратам. Лекарственная устойчивость МБ является одним из факторов, ограничивающих эффективность антибактериальной терапии.

В сущности, необходимо различать три критерия резистентности возбудителя ТБ к каждому препарату.

Первый критерий – естественная резистентность возбудителя, соответствующая максимальной концентрации препарата в ингаляционной среде, при которой МБ сохраняют способность к размножению.

Второй критерий – биологическая или бактериологическая резистентность МБ; он соответствует цифрам, превышающим границу естественной резистентности возбудителя, так как она приобретаетя в результате контакта с химиопрепаратом или антибиотиком.

И, наконец, третий критерий – клинический. В лечебной практике важно знать, при какой степени резистентности МБ *in vitro* уже не достигается клинический эффект при назначении данного лекарственного средства. Этот критерий, в отличие от двух первых, зависит от различных факторов: характера локального процесса; распределения препарата в организме больного, концентрации его в крови и участках поражения, где вегетирует возбудитель; особенностей биохимизма этих участков и других, пока еще невыясненных причин (Н.М.Рудой, 1996г.).

Для диагностики лекарственной устойчивости (согласно рекомендациям ВОЗ, 1998г.) существуют 3 основных критерия:

1. *бактериологический*: если мазок “+” в течение 3 месяцев, пока больной находится на адекватном химиотерапевтическом лечении; при наличии клинического или рентгенологического ухудшения может быть диагностирована лекарственная устойчивость;

2. *клинический*: улучшение клинической симптоматики ожидается в течение 2-3-х месяцев, когда больной находится на эффективном химиотерапевтическом лечении. Если имеется ухудшение к концу 3-го месяца, случай может быть рассмотрен как устойчивый при наличии “+” мазка мокроты и/или рентгенологического ухудшения;

3. *рентгенологический*: ухудшение рентген-картины к концу 2-го месяца может вызвать подозрение об устойчивости. К концу 3-го месяца ухудшение в сочетании с “+” мазком мокроты и/или клиническим ухудшением диагностируется как лекарственная устойчивость.

В структуре общей эпидемии туберкулеза ряд авторов выделяет эпидемии химиорезистентного ТБ (Bouvet E, Cazalino E, Pernet M, 1993; Holdsworth GM, Mogo M, Sodano L и др., 1998; Ю.И.Фещенко, В.М. Мельник, 1999). Профессор F.Portaelis (Институт Трощической медицины, департамент микробиологии, Антверпен, Бельгия, 1999) ассоциирует эпидемию ТБ в странах бывшего СССР с высоким ростом мультирезистентного ТБ (MDR), где задокументирована первичная и вторичная заболеваемость MDR (4.3-14.4% и 19.2-54.4%, соответственно). В октябре 1997г. ВОЗ был проведен обзор резистентности к противотуберкулезным препаратам с указанием “горячих точек” ТБ, резистентного ко многим препаратам. Согласно данным обзора, высокая резистентность ТБ к терапии в Латвии (22%), Эстонии (12%), Индии (Дели) (13%), Доминиканской республике (17%), России (Иваново) (7%). Выявлено, что резистентность особенно выра-