THE DURATION OF BREASTFEEDING ACCORDING TO SOCIAL AND EVERYDAY FACTORS

V. I. Furtsev

Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V. F. Voyno – Yassenetsky

Abstract. The paper shows the negative influence of some social and everyday factors to the duration of breastfeeding. However, it was found that the prevalence and duration of breastfeeding among children from families with poor social conditions do not affect to the indices of official statistics under this section (Form number 31) because of their small number in the total mass of the population. The duration of breastfeeding to a greater extent determined by the role of health professionals.

Key words: breastfeeding, prevalence, duration, social and everyday factors.

Литература

1. Абольян Л.В. Практика охраны, поддержки и поощрения грудного вскармливания в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях: пособие для врачей. — М., 2003. — 79 с.

2. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Тамазян Г.В. и др. Особенности вскармливания детей первого года жизни (по материалам анкетирования детей в Московской области) // Вопросы детской диетологии. — 2005. — Т 3, № 6. — С. 12-15.

3. Воронцов И.М., Фатеева Е.М. Естественное вскармливание детей, его значение и поддержка. — СПб., 1998. — 260 с.

4. Гмошинская М.В. Оценка эффективности разработанной системы поддержки грудного вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации // Вопросы детской диетологии. — 2009. — Т 7, № 1. — С. 26-36

5. Ладодо К.С. Рациональное питание детей раннего возраста. — М.: Миклош. — 2009. — 319 с.

6. Национальная программа оптимизации вскармливания детей первого года жизни в Российской Федерации. — М., 2009. — 63 с.

7. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета и прикладной программы STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2003. — 312 с.

8. Руководство по детскому питанию / Под ред. В. А. Тутельяна, И.Я. Коня. — М., 2004. — 662 с.

9. Фурцев В.И. Национальная научно-практическая программа «Питание детей грудного возраста» — стратегия государственной значимости // Вопросы детской диетологии. — 2005. — Т 3, № 6. — С. 43-46.

Сведения об авторах

Фурцев Владимир Иванович — к.м.н., доцент кафедры поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: vladimir.furtzev@yandex.ru.

© КОРЕЦКАЯ Н. М.

УДК 616-002.5-053.2(571.51)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И ДИНАМИКА ЕЕ СТРУКТУРЫ У ДЕТЕЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ

Н. М. Корецкая

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра туберкулеза с курсом ПО, зав. — д. м. н., проф. Н. М. Корецкая.

Резюме. Проанализирована заболеваемость туберкулезом детей Красноярского края за последнее 10-летие и выделено два периода: положительных (2003-2009 гг.) и отрицательных (2010-2012 гг.) сдвигов. Показано, что несмотря на снижение показателя заболеваемости туберкулезом детей за 10 лет с 32,4 до 25,8 на 100 тыс. детского населения, имелся рост их доли в структуре заболевших туберкулезом и рост заболеваемости детей из контакта с бактериовыделителем в 2 раза. Установлены отличия в структуре заболеваемости туберкулезом детей между первым и последним годами наблюдения; отмечены положительные сдвиги в виде отсутствия случаев милиарного туберкулеза, туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС. Сделано заключение о необходимости повышения уровня знаний врачей общей лечебной сети по вопросам выявления и диагностики туберкулеза у детей.

Ключевые слова: дети, туберкулез, заболеваемость, структура.

Заболееваемость детей туберкулезом (ТБ) — важный прогностический показатель, отражающий общую эпидемиологическую ситуацию в регионе [3,14,15], что связано с развитием заболевания в этой возрастной группе населения непосредственно после контакта с источником инфекции [9]. Ухудшение эпидемиологической ситуации по ТБ, начавшееся с начала 90-х годов прошлого века, было

связано с объективными и субъективными причинами: снижение уровня социально-экономических условий жизни, усиление миграционных процессов, ухудшение показателей общего здоровья населения, патоморфоз туберкулезной инфекции, сокращение расходов на здравоохранение, в том числе на противотуберкулезные профилактические мероприятия. В результате перечисленного все проблемы

российского общества отразились на самой уязвимой его части — на детях [9]. В целом по Российской Федерации (РФ) в период с 1992 по 2001 гг. показатель регистрируемой заболеваемости ТБ детей 0-14 лет вырос более чем вдвое (с 9,4 до 19,1 на 100000 детского населения) и в последующие пять лет изменился незначительно (небольшие колебания в пределах 16,2-16,4 на 100000 детского населения); с последующим снижением в 2008-2009 гг. до 14,6 на 100000 [14].

В Красноярском крае в период с 1990 по 2001 гг. показатель заболеваемости туберкулезом (ПЗТ) детей вырос с 7,0 до 33,2 на 100000 детского населения, то есть отрицательные сдвиги в эпидемиологии детского ТБ в нашем регионе были выражены намного значительнее.

Следует отметить, что для установления диагноза ТБ у детей часто используются субъективные критерии, в связи с чем ПЗТ данной возрастной группы в значительной мере зависит от организации выявления и случаев регистрации заболевания [1,9]. Кроме того, на уровень ПЗТ все чаще оказывает влияние внедрение современных цифровых технологий обследования. Так, применение метода компьютерной томографии (КТ) позволяет выявлять минимальную гиперплазию внутригрудных лимфатических узлов, связанную с ТБ [2,9,12]. Важную роль сыграло и внедрение в практику Диаскинтеста: в 2011 году в РФ у 35,7% детей 0-14 лет ТБ был выявлен с его использованием [1].

Цель исследования — изучить динамику заболеваемости ТБ детей 0-14 лет, проживающих на территории Красноярского края, за 10-летний период (2003-2012 гг.) и провести сравнительный анализ ее структуры за первый и последний годы наблюдения.

Материалы и методы

В работе использованы материалы официальной статистики (форма № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и форма №33 «Сведения о больных туберкулезом») за период 2003-2012 гг. Анализировалась динамика ПЗТ детей, возрастно-половой состав заболевших, их удельный вес в общей структуре заболеваемости ТБ, показатели активного выявления заболевания (охват туберкулиновыми пробами), структура клинических форм специфического процесса, частота бактериовыделения, а также соотношение впервые выявленных больных активным ТБ детей к взятым на учет по IIIa группе диспансерного наблюдения (впервые выявленные лица с посттуберкулезными изменениями). В разработку взяты все случаи впервые выявленного ТБ у детей, проживающих на территории Красноярского края в 2003 г. (163 чел. — I гр.) и в 2012 г. (120 чел. — II гр.). Результаты исследования были оценены согласно общепринятым методам статистического анализа. Достоверность полученных результатов оценивалась по критерию t -Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

В 2003 году ПЗТ детей в Красноярском крае составлял 32,4 на 100000 детского населения (рис. 1), что равно

в два раза превышало аналогичный показатель в РФ. Далее, в период с 2004 по 2009 гг., ПЗТ детей в нашем регионе снижался и максимальный темп его снижения наблюдался в 2009 году (-17,7%). С 2010 года ПЗТ начал расти, достигнув 25,8 на 100000 детского населения в 2012 г. (темп прироста к 2011 году составил + 25,8%).

Сопоставление ПЗТ с показателями активного выявления ТБ у детей с помощью туберкулинодиагностики показало, что снижение ПЗТ в 2007 и 2009 гг. не носило истинного характера, так как именно в эти годы имело место резкое снижение охвата детей 0-14 лет данным обследованием (68,7% и 79,3%), что было связано с перебоями в обеспечении туберкулином. В остальные годы наблюдения охват туберкулинодиагностикой детского населения не падал ниже 97,1% (рис. 2).

Доля детей в структуре ПЗТ всего населения (данные формы №8) составляла от 2,7% в 2009 г. до 4,4% — в 2012 году. Увеличение доли детей в общем количестве впервые выявленных заболевших в 2012 году, по сравнению с 2011 годом, с 3,3% до 4,4% — неблагоприятный признак, свидетельствующий об ухудшении ситуации по ТБ в популяции [4]. Особую тревогу вызывает высокий уровень заболеваемости ТБ детей (0-17 лет) из контактов и особенно его рост в динамике. Так, если в 2003 году (I гр.) ПЗТ детей, находящихся в контакте с бактериовыделителями, составлял 563,9 на 100000 контактных, то в 2012 году (II гр.) этот показатель возрос почти в 2 раза и достиг 1068,3 на 100000 контактных, то есть был выше общей заболеваемости ТБ населения этого возраста в 41,1 раза. Соответствующие

Рис. 1. Заболеваемость туберкулезом детей в Красноярском крае (2003-2012 гг.).

Рис. 2. Охват детей туберкулиновыми пробами (2003-2012 гг.).

показатели по РФ за 2010 год составили 659,9 на 100000 контактных и 34,7 раза [14]. Заболееваемость детей, имеющих контакт с больными, не выделяющими микобактерии туберкулеза, была значительно меньше и составила по группам 91,6 и 41,0 на 100000 контактных, что ниже в 6,2 и 26,1 раза заболееваемости контактных с бактериовыделителями. Этот факт еще раз доказывает необходимость особого внимания к работе с бактериовыделителями как наиболее эпидемиологически опасной группой больных ТБ, особенно с учетом установленной их возросшей опасности (в 2003 году массивное бактериовыделение наблюдалось у 56,5% впервые выявленных больных ТБ, а в 2012 году этот показатель возрос до 65,5%).

Нельзя не согласиться с мнением ряда авторов, считающих, что сохраняющаяся высокая и особенно растущая заболееваемость детей из очагов туберкулезной инфекции требует пересмотра подходов к методике профилактических мероприятий в этой группе лиц [6,7], а также разработки и принятия в масштабах страны концепции превентивного лечения детей в бациллярных очагах туберкулезной инфекции, особенно с наличием множественной лекарственной устойчивости возбудителя [3].

Изучение гендерного состава заболевших ТБ детей показало, что он не изменился: и в I-й и во II-й гр. преобладали девочки (55,8% и 55,2%). Это преобладание прослеживалось и в младшей возрастной группе (0-3 года), что отличается от данных других авторов [4,5]. Удельный вес заболевших детей в возрасте до 1 года не изменился и составил по группам 2,4% и 2,5%, что значительно ниже, приводимого в литературе [10]. Однако в динамике произошло изменение удельного веса заболевших в других возрастах. Так, если в I-й гр. доля заболевших детей дошкольного возраста составляла $39,4 \pm 3,8\%$, то во II-й она увеличилась до $51,6 \pm 4,6\%$ ($p < 0,05$), что свидетельствует о возросшей опасности риска инфицирования детей данного возраста. Соответственно снизился удельный вес заболевших ТБ детей в возрасте 7-14 лет с $60,6 \pm 3,8\%$ в I-й гр. до $48,4 \pm 4,6\%$ во II-й ($p < 0,05$), что отмечено и по другим регионам [12], однако в Красноярском крае доля заболевших детей этого возраста значительно выше.

Изучение структуры клинических форм ТБ у детей I-й и II-й гр. (табл.1) показало выраженные ее изменения в динамике. При увеличившемся с $72,4 \pm 3,5\%$ в I-й гр. больных до $89,2 \pm 2,8\%$ – во II-й ($p < 0,001$) удельном весе первичного ТБ среди всех случаев впервые выявленного специфического процесса, включая его внелегочную локализацию, в структуре заболееваемости во II-й гр. не было ни одного случая долокальной формы – туберкулезной интоксикации (в I-й гр. ее удельный вес составил $8,0 \pm 2,1\%$, $p < 0,001$). Необходимо отметить, что в других регионах в настоящее время на ее долю приходится от 10,2% [8] до 16,7% [12]. В этой связи отсутствие туберкулезной интоксикации в структуре заболееваемости детей в Красноярском крае нельзя расценивать как

проявление патоморфоза – это всего лишь результат гиподиагностики данной формы специфического процесса.

В динамике отмечено и еще одно очень важное изменение структуры впервые выявленного ТБ у детей, а именно, рост удельного веса ТБ органов дыхания с $80,3 \pm 3,1\%$ до $95,0 \pm 2,0\%$ ($p < 0,001$) с одновременным снижением доли внелегочного ТБ с $11,7 \pm 2,5\%$ до $5,0 \pm 2,0\%$ ($p < 0,05$). Следует отметить, что данная тенденция наблюдается и в целом по России [2,14], и по отдельным ее регионам [3,4,15]. По мнению ряда авторов снижение выявления внелегочных форм ТБ свидетельствует о недостаточной настороженности врачей общей лечебной сети и недовыявлении фтизиатрами больных на ранних стадиях заболевания, следствием чего является рост оперативных вмешательств у больных с внелегочным ТБ и инвалидизация детей с данной патологией [2,14].

Рассмотрение структуры ТБ органов дыхания показало, что преобладающей формой специфического процесса в обеих группах был ТБ внутригрудных лимфатических узлов, составивший соответственно $64,1 \pm 4,2\%$ и $80,7 \pm 3,7\%$, причем в динамике его удельный вес достоверно возрос ($p < 0,001$), что в значительной мере связано с применением КТ для обследования детей в современных условиях. Считается, что преобладание туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов характерно для территорий с высокой заболееваемостью ТБ детей [8]. В отличие от других авторов [11], нами в динамике не отмечено увеличение удельного веса первичного туберкулезного комплекса

Таблица 1

Структура клинических форм впервые выявленного туберкулеза у детей I-й и II-й группы (абс, %; $P \pm m$)

Клинические формы	Группы наблюдения				P _{I-II}
	I-я (2003 г) n _I = 163		II-я (2012 г) n _{II} = 120		
	абс	%	абс	%	
Туберкулезная интоксикация	13	8,0±2,1	-	-	<0,001
Туберкулез органов дыхания, из них:	131	80,3±3,1	114	95,0±2,0	<0,001
первичный туберкулезный комплекс	21	16,0±3,2	15	13,2±3,2	>0,05
туберкулез внутригрудных лимфатических узлов	84	64,1±4,2	92	80,7±3,7	<0,001
диссеминированная	3	2,3±1,3	2	1,7±1,2	>0,05
милиарная	1	0,8±0,8	-	-	>0,05
очаговая	2	1,5±1,1	-	-	>0,05
инфильтративная	13	9,9±2,6	4	3,5±1,7	<0,05
туберкулема	1	0,8±0,8	-	-	>0,05
туберкулезный плеврит	6	4,6±1,8	1	0,9±0,9	<0,05
Внелегочный туберкулез, из них:	19	11,7±2,5	6	5,0±2,0	<0,05
мозговых оболочек и ЦНС	3	15,8±8,4	-	-	<0,001
костей и суставов	5	26,3±10,1	4	66,6±19,2	>0,05
мочеполовых органов	3	15,8±8,4	-	-	>0,05
периферических лимфатических узлов	7	36,8±11,0	1	16,7±15,2	>0,05
глаз	1	5,3±5,1	1	16,7±15,2	>0,05
Всего	163	100,0	120	100,0	

(табл. 1). Положительным моментом является снижение доли инфильтративного ТБ легких с $9,9 \pm 2,6\%$ в I-й гр. до $3,5 \pm 1,7\%$ во II-й ($p < 0,05$); снизился и удельный вес экссудативного плеврита с $4,6 \pm 1,8\%$ до $0,9 \pm 0,5\%$ ($p < 0,05$), что соответствует литературным данным [15]. Необходимо отметить тенденцию к снижению доли бактериовыделителей в динамике с $5,3 \pm 2,0\%$ до $1,8 \pm 1,2\%$ ($p > 0,05$). Случаев деструктивного ТБ в обеих группах не было.

Структура внелегочного ТБ в динамике характеризовалась тенденцией к снижению удельного веса ТБ периферических лимфатических узлов с $36,8\%$ до $16,7\%$ и росту доли ТБ костей и суставов с $26,3\%$ до $66,6\%$. Однако в обоих случаях различия недостоверны ($p > 0,05$). Необходимо отметить важные положительные изменения в структуре заболеваемости в виде отсутствия случаев ТБ мозговых оболочек и ЦНС, а также милиарного ТБ во II-й гр. больных (в I-й гр. — соответственно $15,8\%$ и $0,8\%$).

Следует остановиться на оценке эффективности диагностики и выявления ТБ. Дело в том, что особенностью детского организма является возможность самопроизвольного излечения от ТБ путем отграничения очагов воспаления с последующим формированием на месте поражения петрификатов или фиброза окружающей ткани. Такой исход ТБ в виде формирования кальцинатов наиболее часто наблюдается при поражении внутригрудных лимфатических узлов. Дети с остаточными посттуберкулезными изменениями выявляются при рентгенобследовании по поводу положительной чувствительности к туберкулину по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л или другой патологии. В связи с этим косвенно о качестве диагностической работы среди детского населения можно судить на основе сведений о доле детей 0-14 лет, взятых на учет по IIIA группе диспансерного наблюдения, ко всем детям с впервые выявленным ТБ [9,14]. Этот показатель в I-й гр. составил $20,5 \pm 2,8\%$, а во II-й, — возрос до $25,9 \pm 3,4\%$. Считается, что если данных детей выявлять своевременно, то официальные статистические показатели заболеваемости ТБ детей могут увеличиться почти на $1/3$ [14]. При этом соотношение впервые выявленных детей с активным ТБ и с неактивными изменениями уменьшилось с $3,6:1$ в I-й гр. до $2,9:1$ во II-й. Данные изменения с одной стороны рассматриваются как признак сохраняющейся напряженности эпидемиологической ситуации по ТБ среди детей [13] и требуют увеличения объема и повышения качества обучающих мероприятий, проводимых фтизиатрами с врачами педиатрами общей лечебной сети, что в свою очередь позволит повысить своевременность направления детей на консультацию к фтизиатру [9]; с другой стороны, — увеличение числа детей, зарегистрированных в IIIA группе диспансерного учета, связывается с применением современных методов диагностики, и в частности, КТ [1].

Таким образом, за 10-летний период в заболеваемости туберкулезом детей можно выделить два периода: 2003-2009 гг. — положительных сдвигов (темп убыли — $44,1\%$) и 2010-2012 гг. — отрицательных (темп прироста — $29,8\%$). Несмотря на снижение ПЗТ за 10 лет с $32,4$ до $25,8$ на 100 тыс. детского населения, доля детей в структуре заболеваемости

туберкулезом возросла с $3,6$ до $4,4\%$, что свидетельствует об ухудшении ситуации по заболеваемости туберкулезом в популяции. В 2 раза возросший ПЗТ детей из контактов с бактериовыделителями свидетельствует с одной стороны о повышении эпидемиологической опасности последних, а с другой, — требует пересмотра подходов к методике профилактических мероприятий. Изменение структуры заболеваемости ТБ детей в 2012 году, по сравнению с 2003 года, характеризуется ростом удельного веса туберкулеза органов дыхания на фоне снижения доли внелегочного туберкулеза, а также ростом доли локальных форм первичного туберкулеза при отсутствии случаев туберкулезной интоксикации. В 2012 году положительным моментом является отсутствие случаев милиарного туберкулеза, мозговых оболочек и ЦНС, а также тенденция к снижению доли впервые выявленных больных туберкулезом детей с бактериовыделением.

Необходимо повышение фтизиатрической настороженности и уровня знаний врачей общей лечебной сети по вопросам выявления и диагностики туберкулеза у детей путем включения этих тем в рабочие программы циклов усовершенствования педиатров.

TUBERCULOSIS MORBIDITY AND DYNAMICS OF ITS STRUCTURE IN CHILDREN OF KRASNOYARSK REGION

N. M. Koretskya

Krasnoyarsk State Medical University named
after Prof. V. F. Voyno-Yasenetsky

Abstract. It is analyzed the tuberculosis morbidity in children of Krasnoyarsk region for the last 10 years and were allocated two periods: the positive (2003-2009) and negative (2010-2012) changes. It is shown that despite the reduction of tuberculosis morbidity in children during 10 years from 32.4 to 25.8 per 100 thousand of the children population, there was a rise of their share in the structure of tuberculosis cases and the increasing of the morbidity in children from the contact with MbT in 2 times. Were identified the differences in the structure of tuberculosis in children between the first and last years of supervision, were marked positive changes in the forms of absence of miliary tuberculosis, tuberculosis of the meninges and central nervous system. It is concluded that must be improved the level of knowledge of doctors in general health care at the questions of diagnosis of tuberculosis in children.

Key words: children, tuberculosis, morbidity, structure.

Литература

1. Аксенова В.А. Заболеваемость туберкулезом детей в России в условиях внедрения современных методов выявления и профилактики заболевания // Актуальные проблемы и перспективы развития противотуберкулезной службы в Российской Федерации: материалы 1-го конгресса ассоциации. «Национальная ассоциация фтизиатров» — СПб., 2012. — С. 390-392.
2. Аксенова В.А., Клевню Н.И., Лебедева Л.В. и др. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу у детей в Российской Федерации // Туберкулез в России,

год 2007: материалы VIII Российского съезда фтизиатров. — М., 2007. — С. 210.

3. Александрова Е.Н., Морозова Т.И., Докторова Н.П. и др. Заболеваемость туберкулезом детей в Саратовской области: вчера и сегодня // Туберкулез и болезни легких. — 2013. — № 1. — С. 16-20.

4. Белогорцева О.Н., Симоненкова Н.В., Звягельская Е.Г. и др. Заболеваемость туберкулезом детей и подростков в Украине // Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению: материалы научно-практической конференции. — СПб., 2011. — С. 20-21.

5. Ванюков А.А., Мордык А.В., Цыганкова Е.А. и др. Социально-эпидемиологические и клинические особенности туберкулеза у детей раннего возраста // Сибирское медицинское обозрение. — 2012. — № 1. — С. 70-73.

6. Волчкова И.А., Панкратова Л.Э., Чхетия Н.М. и др. Анализ факторов риска, формирующих туберкулез у контактных детей и подростков // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 94.

7. Колесник Н.С. Проблемы и пути выявления туберкулеза у детей из очагов туберкулезной инфекции // XXII Национальный конгресс по болезням органов дыхания. — М., 2012. — С. 262.

8. Корнева Н.В., Афонин Д.Н. Выявление и диагностика туберкулеза органов дыхания у детей в территориях Северо-Западного региона // Инновационные технологии в организации фтизиатрической и пульмонологической помощи населению: материалы научно-практической конференции. — СПб., 2011. — С. 100-101.

9. Михайлова Ю.В., Сон И.М., Скачкова Е.Н. и др. Распространение туберкулеза среди детей и подростков в Российской Федерации (анализ данных официальной статистики)

// Проблемы туберкулеза и болезней легких. — 2009. — № 1. — С. 5-10.

10. Поддубная Л.В., Егошина И.Ю. Методы выявления туберкулеза у детей и подростков // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 5. — с.114-115.

11. Поддубная Л.В., Шилова Е.П. Туберкулез у детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции // Новые горизонты: инновации и сотрудничество в медицине и здравоохранении: материалы IX российско-немецкой научно-практической конференции Форума им. Р. Коха и И.И. Мечникова. — Новосибирск, 2010. — С.243-244.

12. Попова Ю.В., Шишкова Л.И., Коваленко Г.Е. Сравнительный анализ заболеваемости туберкулезом у детей г. Владивостока с учетом использования современных методов диагностики // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 5. — С.122.

13. Титлова И.В., Азаматова М.М., Фаттахова Л.З. и др. Эпидемиологические тенденции туберкулеза у детей и подростков в Республике Башкортостан // Туберкулез в России, год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. — М., 2007. — С. 224.

14. Туберкулез в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. — М., 2011. — 280 с.

15. Филиппов А.В., Овсянкина Е.С., Денисова Л.С. Изменения структуры показателя детской заболеваемости туберкулезом в условиях напряженной эпидемиологической ситуации // Туберкулез в России, год 2007: Материалы VIII Российского съезда фтизиатров. — М., 2007. — С. 226.

Сведения об авторах

Корецкая Наталья Михайловна — г. м. н., проф., зав. кафедрой туберкулеза с курсом ПО КрасГМУ; e-mail: kras-kaftuber@mail.ru.

Случаи из практики

© КОЗЛОВ Е. В., ПЕТРОВА М. М., ПОЛИКАРПОВ Л. С., ДЕРЕВЯННЫХ Е. В.

УДК 616.24:615.065

ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ, АССОЦИИРОВАННОЕ ПРИЕМОМ АМИОДАРОНА

Е. В. Козлов, М. М. Петрова, Л. С. Поликарпов, Е. В. Деревянных

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д. м. н., проф. И. П. Артюхов; кафедра пропедевтики
внутренних болезней, и. о. зав. — к. м. н., доц. А. Г. Иванов.

Резюме. В настоящее время в клинике внутренних болезней нередко встречается полиморбидность различных заболеваний и, следовательно, одновременное назначение врачами различных специальностей нескольких лекарственных средств, что может вызвать и усугубить развитие побочных эффектов. В данной статье представлены клинические случаи поражения легких у трех пациентов на фоне приема амиодарона, страдающих персистирующей формой фибрилляции предсердий. Проанализированы клиническая картина, динамика лабораторных и инструментальных методов обследования, на основании которых у больных был диагностирован экзогенно-аллергический альвеолит лекарственной этиологии («амиодароновое легкое»).

Ключевые слова: «амиодароновое легкое», лекарственно-индуцированное поражение легких.