

ления в 2018 г.). За 19-летний период наблюдалось неуклонное снижение распространенности туберкулеза, по сравнению с 2000 г. этот показатель уменьшился на 82,4% – с 211,1 в 2000 г. до 37,2 на 100 тыс. населения в 2018 г. Абсолютное число больных, состоящих в активных группах диспансерного учета, сократилось на 1 616 человек: с 1 894 пациентов в 2000 г. до 278 в 2018 г. Уровень «резервуара» туберкулезной инфекции в Орловской области уменьшился еще более значительно – на 85,1% (распространенность туберкулеза с бактериовыделением в 2018 г. составила 15,8 на 100 тыс. населения против 106,0 на 100 тыс. населения в 2000 г.). Показатель распространенности фиброзно-кавернозного туберкулеза снизился на 96,8% – с 15,7 в 2000 г. до 0,5 на 100 тыс. населения в 2018 г. Распространенность внегочечных форм туберкулеза снизилась на 42,5% (с 8,7 в 2004 г. до 5,0 на 100 тыс. населения в 2018 г.), распространенность туберкулеза органов дыхания среди детей уменьшилась на 57,8% (с 8,3 в 2004 г. до 3,5 на 100 тыс. детского населения в 2018 г.), показатель распространенности туберкулеза органов дыхания среди подростков также сократился на 42,3% (с 26,5 в 2004 г. до 15,6 на 100 тыс. населения в 2018 г.). Темпы снижения смертности превышают все остальные показатели, в том числе и в целом по РФ. За анализируемые 19 лет в Орловской области смертность снизилась на 86,4% – с 11,8 в 2000 г. до 1,6 на 100 тыс. населения в 2018 г. Безусловными индикаторами эффективности реализуемых в области программ по снижению бремени туберкуле-

за являются высокие результаты лечения больных: эффективность лечения больных туберкулезом с положительной микроскопией мокроты в 2004 г. составляла 75,0%, уже в 2017 г. – 90%. Особое внимание ввиду длительности, сложности и высокой стоимости лечения уделяется эффективности химиотерапии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя, за анализируемые 13 лет удалось повысить ее с 55,1% в 2004 г. до 61,3% в 2016 г.

Общероссийская тенденция к увеличению частоты первичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, в том числе МЛУ, имеет место и в Орловской области: в течение анализируемого периода отмечен рост на 6,2% первичной лекарственной устойчивости и первичной МЛУ на 8,7%, что в целом сопоставимо с общероссийскими и мировыми трендами. Однако уровень первичной лекарственной устойчивости в области (12,2%) значительно ниже, чем в целом в РФ (27,4%), данные 2017 г.

Заключение. Приведенные данные свидетельствуют, что реализация государственных и международных программ по борьбе с туберкулезом привела к значительному снижению бремени туберкулеза в Орловской области. В области достигнут и превышен целевой показатель успешного лечения туберкулеза, установленный Всемирной организацией здравоохранения.

*Казенный Б. Я.
(Kazenny B.Ya.)*



[HTTP://DOI.ORG/10.21292/2075-1230-2019-97-6-61-62](http://doi.org/10.21292/2075-1230-2019-97-6-61-62)

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С РАЗНОЙ КОМОРБИДНОСТЬЮ

Казимирова Н. Е., Артемьев А. М., Амирова З. Р., Златорев А. М.

ФГБОУ ВО «Саратовский медицинский университет им. В. И. Разумовского» МЗ РФ, г. Саратов, РФ

PROBLEMS OF DIAGNOSTICS OF TUBERCULOSIS IN THE PATIENTS WITH VARIOUS CO-MORBIDITIES

Kazimirova N. E., Artemiev A. M., Amirova Z. R., Zlatorev A. M.

V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Saratov, Russia

Персонифицированный подход к лечению больных базируется на знании всего спектра патологических изменений в системах и органах пациента и его коморбидного статуса. Этому способствует интенсивное внедрение в практическое здравоохранение принципов масштабной диспансеризации населения, создающей объективную картину популяционного здоровья. В этих условиях особого внимания заслуживает изучение проблемы повышения восприимчивости к туберкулезной инфекции лиц с разным коморбидным статусом, что может служить

основой разработки адресного алгоритма выявления туберкулеза в определенных медико-социальных группах населения.

Цель исследования: изучение качества выявления и диагностики туберкулеза у пациентов с разной коморбидностью на примере дифференциально-диагностического отделения противотуберкулезного стационара.

Материалы и методы. Проанализированы клинические истории болезни пациентов дифференциально-диагностического отделения Областной

клинической туберкулезной больницы г. Саратова. Клиническое обследование проводилось в соответствии со стандартами обследования больных туберкулезом, основой диагностического процесса являлось получение объективных критериев (морфологические, бактериологические данные). Морфологическая верификация осуществлялась при цитологическом и гистологическом анализе материала, полученного при эндоскопических методиках (видеобронхоскопия и видеоторакоскопия), определение возбудителя – традиционными и молекулярно-генетическими методами; заключительное экспертное решение выносилось коллегиально с участием ведущих специалистов кафедры фтизиопульмонологии и больницы.

Результаты исследования. За 25-летний период работы дифференциально-диагностического отделения диагностический поиск проведен у 9 058 пациентов с поражениями органов дыхания неясной этиологии, направленных на госпитализацию как из учреждений противотуберкулезной службы, так и общей лечебной сети (ОЛС), что подтверждает высокую востребованность диагностического потенциала противотуберкулезной службы. Туберкулез подтвержден у 42,6% (3 859 пациентов), на долю нетуберкулезных поражений пришлось 57,4% (5 199 пациентов). Из 3 859 пациентов с туберкулезом основным являлся туберкулез органов дыхания; у 1 501 (38,9%) выявлен инфильтративный туберкулез, у 749 (19,4%) – диссеминированный; у 645 (16,7%) – очаговый; у 428 (11,1%) – туберкулема; у 320 (8,3%) – туберкулезный плеврит; у 108 (2,8%) – кавернозный туберкулез; у 54 (1,4%) – первичный туберкулез; на долю иных локализаций туберкулеза пришлось 1,4% (54) случаев. Среди 5 199 пациентов с неспецифическими процессами доминировали пневмонии – у 3 204 (62,1%) больных; реже встречались опухоли – у 1 424 (27,6%); саркоидоз – у 320 (6,2%) и прочие заболевания – у 211 (4,1%). Основные диагностические трудности на догоспитальном этапе возникали у пациентов старших возрастных групп. Так, если доля пациентов до 30 лет составила 8,3%; 30-40 лет – 22,2%; 40-40 лет – 13,9%, то на долю лиц старше 50 лет пришлось 51,4% случаев. Только у лиц моложе 30 лет отсутствовала сопутствующая патология; средний возраст больных, имевших 1-2 заболевания, составил $44,3 \pm 2,5$ года; 3-4 заболевания – $49,8 \pm 2,8$ года; 5 и более сопутствующих заболеваний – $66,0 \pm 3,9$ года. Структура коморбидности у пациентов была следующей: ВИЧ-инфекция – в 14,4% случаев (в группе больных с установленным туберкулезом – 23,6%); гепатиты – 7,3 и 18,1% соответственно; хроническая обструктивная болезнь легких – 13 и 38,9%; сахарный диабет – 6,6 и 12,6%; ишемическая болезнь

сердца – 8 и 26,4%; заболевания желудочно-кишечного тракта – 10,4 и 23,6%; заболевания почек – 3,3 и 12,5%; оперированы по поводу злокачественных новообразований – 2,8 и 5,6%.

Имели сопутствующую патологию 45,4% пациентов, направленных в диагностическое отделение, при этом среди 3 859 больных с подтвержденным туберкулезом доля их достигла 94,4%. По степени коморбидности больные с установленным туберкулезом распределялись следующим образом: 1 сопутствующее заболевание – у 805 (22,1%) пациентов; 2 – у 1 180 (32,4%); 3 – у 965 (26,5%); 4 – у 321 (8,8%) и 5 и более – у 372 (10,2%) больных.

Предшествующий лечебный маршрут пациентов показывает, что по мере нарастания степени коморбидности возрастает доля больных туберкулезом, получавших ошибочное лечение в амбулаторных и/или стационарных учреждениях ОЛС: от 23,3 до 41,7% случаев, при этом в схемы лечения всегда включались антибиотики широкого спектра действия. Длительность такого лечения варьировала от 1-4 нед. у 37% пациентов; 4-8 нед. у 41,8% больных и превышала 8 нед. у 21,2% больных.

Анализ факторов, препятствовавших установлению диагноза туберкулеза в учреждениях ОЛС, выявил: у 88,2% больных проводились динамические лучевые исследования, качество и кратность которых не позволяли вынести решение об инволюции поражения на фоне проводимого лечения; в 32% случаев качество рентгеновской документации не соответствовало стандартам, у 40,7% пациентов отсутствовал анализ флюороархива, КТ проведено лишь у 40% больных; также была недостаточна кратность бактериологических исследований: так, у 26,2% больных после перевода из ОЛС в туберкулезное учреждение в первые 1-3 дней в мокроте бактериоскопически были обнаружены МБТ; увеличивало частоту этиологической верификации процесса еще на 7,1% исследование полученных при бронхоскопии аспирата из бронхов и жидкости бронхоальвеолярного лаважа, что также могло быть выполнено в условиях ОЛС.

Использование в качестве диагностического инструмента пробы с диаскинтестом показало, что положительные результаты были только у 50% больных туберкулезом без сопутствующей патологии, 59,2% – при наличии 1, 50% – 2 и 58,8% – 3 и более сопутствующих заболеваний.

Заключение. Высокая коморбидность и ее тяжелые проявления, недостатки выполнения стандартов обследования больных отрицательно влияют на диагностику туберкулеза в ОЛС.

Казимирова Н. Е.

(Kazimirova N. E.)

E-mail: kazimiroff@inbox.ru