

остающимся легким, увеличиваясь до 5,5% после лоб- и билобэктомий с массивными остаточными очагами и 15% после полисегментарных резекций с массивным обсеменением в остающихся отделах легкого у оперированных по поводу туберкулема и кавернозного туберкулеза, достигая максимального уровня в 19,8% в группе комбинированных полисегментарных резекций по поводу фиброно-кавернозного туберкулеза. Установлено, что на уровень послеоперационных рецидивов туберкулеза влияет течение послеоперационного периода. При неосложненном течении их частота минимальна – 6,3%, увеличивается в 2,8 раза при развитии гемоторакса и в 4 раза в случае травматического пневмонита. Показана протективная роль корригирующей торакопластики, которая позволяет уменьшить более чем в 2 раза уровень рецидивов в группе сложных полисегментарных резекций легкого. Закономерным оказалось негативное влияние сопутствующих заболеваний, на фоне которых проводили операцию. Наибольший уровень послеоперационных рецидивов туберкулеза оказался у страдавших язвенной болезнью (9,1%), хроническими гепатитами (14,3%) и сахарным диабетом (25,3%). На частоте послеоперационных рецидивов туберкулеза сказалось и качество лечения. Выделили 4 основных

критерия адекватного послеоперационного лечения: 1 – полностью закончен предписанный курс стационарного лечения, 2 – обеспечено лечение 3 и более специфическими препаратами, к которым сохранена чувствительность МБТ, 3 – выполнены рекомендации по продолжительности непрерывного лечения и противорецидивных курсов, 4 – проведено санаторное лечение. При выполнении всех 4 условий частота послеоперационных рецидивов была минимальной (2,1%), постепенно увеличиваясь при исполнении только трех условий (2,8%) и достигая 40,1% при уклонении от лечения.

Заключение. Представленные данные свидетельствуют о том, что оптимальные отдаленные результаты после различных операций по поводу туберкулеза легких, вызванного МБТ с ШЛУ, достигаются только в случае адекватной предоперационной химиотерапии, коррекции сопутствующих заболеваний, при тактически и технически грамотном выполнении операции, своевременном и полноценном лечении послеоперационных осложнений и обеспечении полноценного послеоперационного лечения. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости широкого внедрения хирургических методов лечения у больных туберкулезом легких с ШЛУ возбудителя.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЕМ В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ УРАЛА В 2010-2012 гг.

ЕРЕМЕЕВА Н. И., ВАХРУШЕВА Д. В.

EFFICIENCY OF INFECTIOUS TUBERCULOSIS PATIENTS' DETECTION IN CLINICAL DIAGNOSTIC LABORATORIES OF PRIMARY MEDICAL CARE IN URALS FOR 2010-2012

YEREMEEVA N. I., VAKHRUSHEVA D. V.

ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» МЗ РФ, г. Екатеринбург

Ural Phthisiopulmonology Research Institute, Yekaterinburg, RF

Метод бактериоскопического исследования мокроты по Цилю – Нельсену во всем мире признан быстрым, простым, относительно недорогим и доступным способом выявления наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом с бактериовыделением. Данный метод входит в схемы обследования пациентов с целью выявления туберкулезной инфекции и на первом этапе диагностики осуществляется в клинико-диагностических лабораториях (КДЛ) учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

В связи с тем, что ситуация по туберкулезу на территориях Урала, подведомственных ФГБУ «Уральский НИИ фтизиопульмонологии» Минздрава России, на протяжении ряда лет расценивается как напряженная, близкая к эпидемии, можно было бы ожидать высокую чувствительность (до 65% и выше) прямого метода микроскопии мокроты по Цилю – Нельсену.

Цель: анализ выявляемости туберкулеза при проведении бактериоскопического исследования в 2010-2012 гг. в учреждениях ПМСП на террито-

риях Урала по сведениям официальной статистической отчетности.

Результаты. Как видно из данных, представленных в табл., число лиц, обследованных на туберкулез бактериоскопическим методом в КДЛ учреждений ПМСП, с 2010 по 2012 г. снизилось на 94 757, с 24 1986 (2010 г.) до 147 229 (2012 г.). В то же время снизился и процент выявленных больных методом Циля – Нельсена от впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением – 0,91% в 2010 г., 0,35% в 2011 г. и 0,23% в 2012 г., а доля впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением в течение анализируемого периода оставалась на одном уровне (4 680 в 2010 г., 4 524 в 2011 г. и 4 262 в 2012 г.).

Анализ вероятных экономических затрат, произведенных на однократное обследование всех лиц данным методом в учреждениях ПМСП на Урале, исходя из средней стоимости одного исследования 250 руб., показал, что в целом за 3 года на это было израсходовано 145 млн рублей. Соответственно, на выявление одного больного туберкулезом

с бактериовыделением затраты составили: 1 млн 406 тыс. в 2010 г., 3 млн 18 тыс. в 2011 г. и 3 млн 680 тыс. в 2012 г. Если в КДЛ учреждений ПМСП в рамках одного исследования было проведено 3-кратное исследование мокроты одного пациента, то эти цифры необходимо увеличить в 3 раза.

Заключение. Приведенные факты свидетельствуют о снижении эффективности диагностики туберкулеза в КДЛ учреждений ПМСП бактериоскопическим методом и увеличении расходов на выявление одного больного туберкулезом с бактериовыделением на 161% (с 1 млн 406 тыс. в 2010 г. до 3 млн 680 тыс. в 2012 г.). При этом доля больных туберкулезом с бактериовыделением остается практически неизменной. Подобная ситуация характерна не только для территорий Урала. Финансовые затраты на микроскопическое исследование мокроты методом Циля – Нельсена в КДЛ учреждений ПМСП не оправданы, поскольку получаемые результаты не достигают поставленных целей (быстрое выявление эпидемически опасных больных туберкулезом в обществе).

Таблица

Выявление больных туберкулезом бактериоскопическим методом в учреждениях ПМСП на Урале в 2010-2012 гг.

Показатели	2010	2011	2012
Доля больных туберкулезом, у которых заболевание выявлено при плановых осмотрах, абс. (% от всех впервые выявленных)	10 042 (61,7%)	9 416 (60,0%)	9 061 (60,8%)
Всего число лиц, обследованных на туберкулез бактериоскопическим методом в ПМСП, абс.	241 986	193 185	147 229
Доля впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением, абс.	4 680	4 524	4 262
Выявлено больных туберкулезом бактериоскопическим методом в ПМСП, абс.	43	16	10
% выявленных больных туберкулезом бактериоскопическим методом в ПМСП от впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением	0,91%	0,35%	0,23%
% выявленных больных туберкулезом бактериоскопическим методом в ПМСП от всех выявленных на плановых осмотрах	0,42%	0,17%	0,11%
Вероятные экономические затраты на обследование всех лиц методом Циля – Нельсена для диагностики туберкулеза в ПМСП (исходя из средней стоимости анализа 250 руб. при однократном исследовании мокроты), руб.	60 496 500	48 296 250	36 807 250
Вероятные экономические затраты на выявление одного больного туберкулезом с бактериовыделением, руб.	1 406 895,3	3 018 515,6	3 680 725