

беркулеза в основной группе больных составил $3,8 \pm 0,8$ года, в группе сравнения – $7,3 \pm 1,5$ года, различаясь достоверно ($p < 0,05$). Частота употребления наркотиков была несколько выше в ГС (12 больных – 31,6%), чем в ОГ (7 больных – 16,7%), однако они не были статистически достоверными. Данные о наличии контакта по туберкулезу установлены у равного количества пациентов ОГ и ГС (24 больных – 57,1% в ОГ и 14 больных – 36,8% в ГС, различия не достоверны).

Частота острого начала туберкулеза была одинаковой в обеих исследуемых группах: 35,3% в ОГ и 27,6% в ГС (различия не достоверны). При анализе степени интоксикационного синдрома достоверных различий между исследуемыми группами не установлено: выраженные симптомы интоксикации в дебюте туберкулеза присутствовали у 30 (71,4%) больных ОГ и 28 (73,7%) больных ГС.

Изучение частоты генерализованных форм туберкулеза в наблюдаемых группах не выявило достоверных различий. В ОГ она составила 69,0% (29 из 42 больных), в ГС – 65,8% (25 из 38 больных) без достоверности различий.

Значимые различия по социально-демографическим, основным клиническим и эпидемиологическим показателям между группами больных с туберкулезом, вызванным лекарственно-устойчивыми и лекарственно-чувствительными штаммами МБТ, отсутствуют.

Проведенный анализ сроков нормализации температуры на фоне базового первого режима ХТ туберкулеза выявил достоверные различия между больными ОГ и ГС. Средний срок нормализации температуры у больных ГС составил $15,5 \pm 3,1$ дня и был достоверно меньше, чем у больных ОГ ($32,9 \pm 4,2$ дня) ($p < 0,05$).

Заключение. Исходя из полученных данных, можно предположить следующий алгоритм лечебной тактики у пациентов с впервые выявленным туберкулезом на фоне ВИЧ-инфекции при отсутствии данных ТЛЧ: ХТ впервые выявленного туберкулеза должна начинаться с 1-го режима, включающего комбинацию четырех противотуберкулезных препаратов: изониазида, рифампицина, этамбутола и изониазида. Если в срок до 20 дней на фоне лечения не происходит нормализации температуры, необходимо рассматривать случай, как вызванный лекарственно-устойчивыми МБТ, и проводить коррекцию ХТ с назначением 4-го режима с применением не менее 5 препаратов второго ряда (в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя). Ориентация на характеристики дебюта заболевания, распространенности туберкулезного процесса не должны являться ориентиром для подозрения на лекарственную устойчивость МБТ и выбора режима химиотерапии.

ВЛИЯНИЕ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

ПАПЕНОВА Е. А., ОДИНЕЦ В. С., ЗАДРЕМАЙЛОВА Т. А., ВАСИЛЕНКО Т. И., АКИНИНА С. А.

IMPACT OF EARLY DETECTION OF RESPIRATORY TUBERCULOSIS IN DIABETES PATIENTS ON THE TREATMENT EFFICIENCY IN STAVROPOL REGION

PAPENOVA E. A., ODINETZ V. S., ZADREMAILOVA T. A., VASILENKO T. I., AKININA S. A.

ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», г. Ставрополь

Regional Clinical TB Dispensary, Stavropol, RF

Цель: изучить влияние раннего выявления туберкулеза органов дыхания у больных сахарным диабетом на эффективность лечения туберкулеза в условиях стационара.

Материалы и методы. Проведен анализ 41 истории болезни больных, пролеченных в легочно-терапевтических отделениях ГБУЗ Ставропольского края «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер» в 2013-2014 гг.

Результаты. Из 41 истории болезни больных 32 – впервые выявленных туберкулезом органов дыха-

ния. Доля больных, у которых сахарный диабет был выявлен одновременно с туберкулезом, составила 33% (11) больных.

Среди больных преобладали мужчины – 57% (18), женщины – 43% (14), возрастной состав: от 41 до 60 лет – 20 (64%); до 40 лет – 4 (12%); более 61 года – 8 (24%); не имели места работы – 19 (61%) больных.

По сопутствующей патологии: преобладали больные со 2-м типом сахарного диабета – 29 (91%) больных, 1-го типа – 3 (9%). Все больные поступили в состоянии декомпенсации сахарного диабета.

Туберкулез органов дыхания выявлен при профилактическом осмотре у 18 (57%) больных. Кратность профилактического флюорографического обследования составила: ежегодно – 16 (50%), не обследованных более 2 лет – 16 (50%), в том числе более 5 лет – 6 (37,5%).

Клинические формы туберкулеза органов дыхания: диссеминированный – 5 (16%); инфильтративный – 25 (78%), туберкулез бронхов – 1 (3%), туберкулезный плеврит – 1 (3%). Из 32 впервые выявленных больных туберкулезом и сахарным диабетом у 21 (66%) больного специфический процесс был с деструкцией и бактериовыделением, у 8 (38%) больных была выявлена множественная лекарственная устойчивость возбудителя.

Эффективность лечения больных по результатам стационарного этапа лечения: по критерию закрытия полостей распада составила 79% на 8-м мес. лечения, по критерию прекращения бактериовыделения 100% – на 6-м мес. лечения, прооперировано 2 больных.

Заключение. Актуальным является весь комплекс обследования больных сахарным диабетом – одной из групп риска по туберкулезу, врачами общей лечебной сети (эндокринологами и участковыми терапевтами) с целью раннего выявления туберкулеза с использованием всех методов выявления туберкулеза при обязательном соблюдении кратности обследования и его сроков.

С учетом преобладания у больных распространенных деструктивных форм туберкулеза легких с бактериовыделением, наличия множественной лекарственной устойчивости возбудителя, декомпенсации диабета и развития осложнений, нередкого побочного действия противотуберкулезных препаратов лечение больных данной категории вызывает большую трудность. В связи с этим имеют место длительные сроки лечения больных данной категории, которые превышают сроки пребывания больных с ограниченными формами специфического процесса в лечебном учреждении.

ИНДИКАТОРЫ КАЧЕСТВА РАБОТЫ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ФТИЗИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

ПЕТРОВА Л. В.¹, ПУЗАНОВ В. А.²

INDICATORS OF QUALITY OPERATION OF BACTERIOLOGICAL LABORATORIES IN TB MEDICAL UNITS

PETROVA L. V.¹, PUZANOV V. A.²

¹ГБУ «Республиканский противотуберкулезный диспансер», г. Йошкар-Ола

²ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

¹Republican Clinical TB Dispensary, Yoshkar-Ola, RF

²Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Стандарты оказания медицинских услуг населению предполагают в том числе и оценку деятельности структурных подразделений медицинских организаций. Во фтизиобактериологии принятыми индикаторами в коротком ряду критериев качества являются: доля бактериовыделителей среди впервые выявленных (ВВ) больных туберкулезом легких (ТЛ); отношение числа бактериовыделителей к числу больных ТЛ с наличием полости распада у ВВ больных. На наш взгляд, показатель доли бактериовыделителей среди ВВ больных ТЛ не в полной мере отражает эффективность работы бактериологической лаборатории (БЛ).

Цель: разработать критерии оценки качества работы БЛ.

Материалы и методы. Проведен анализ данных учетно-отчетной документации региональной централизованной БЛ за 15 лет наблюдения. Используются математические методы статистики.

Результаты. Возможно предположить, что показатель доли бактериовыделителей среди ВВ больных ТЛ напрямую зависит от заболеваемости туберкулезом в регионе: чем ниже уровень заболеваемости ТЛ в регионе, тем больше относительно легких форм туберкулеза у ВВ больных и тем меньше должно быть бактериовыделителей среди ВВ больных. Однако, анализируя динамику изменений данного показателя в РМЭ, можно отметить, что при сравнительно невысокой заболеваемости населения туберкулезом отмечается значительная доля бактериовыделителей (табл.).

В посткризисный период начала 2000-х гг. в Республике Марий Эл практически отсутствовало раннее выявление больных туберкулезом, о чем свидетельствует значительное количество ВВ больных с наличием каверн. Таблица отражает также изменение соотношения CV+/CV- в сторону улучшения структуры ВВ больных. Так, в 2000-2001 гг. соотношение ВВ больных ТЛ, имеющих полости