

протеинурия) в 50,1% случаев. При нефротуберкулезе гипертензионный синдром встречался более чем у трети больных, чаще у женщин и в старшей возрастной группе. Однако при этом отмечено увеличение числа больных с активным специфическим процессом с одновременным поражением верхних и нижних мочевых путей с 35,5% в 1996 г. до 67,3% в 2014 г. Верификация диагноза проводится бактериологически и морфологически. Бактериовыделители составили 13,6%, лекарственная устойчивость возбудителя установлена у трети больных. Чаще имелась устойчивость к одному препарату, реже – к трем препаратам и более. Поражение мочевой системы, как правило, имело деструктивный характер. В зависимости от характера патологического процесса, согласно патогенетической классификации Э. Н. Беллендира, из 88 больных первую стадию нефротуберкулеза имели 6 (6,8%) человек, вторую – 27 (27,3%), третью – 4 (4,5%), четвертую – 54 (67,4%) пациента, из них более половины были с единственной пораженной туберкулезным процессом почкой после перенесенной нефрэктомии. Согласно данной классификации, только 31,8% больных требуют консервативной терапии, а 68,2% больных диагностированы в поздней и запущенной стадии заболевания, в последующем им проводилось комплексное лечение, включающее и хирургическое – в основном носящее органосохраняющий характер, и только в одном случае проведена пластика мочеточника в нижнем отделе. Течение основного заболевания у больных МПТ часто отягощалось сопутствующей патологией. Заболевание желудочно-кишечного тракта наблюдали у 28,5%, поражение опорно-двигательного аппарата – у 17%, сердечно-сосудистые заболевания – у 1/3 больных. Осложнения и рецидивы основного процесса наблюдались у 18,9% больных, что можно объяснить поздней диагностикой заболевания, причем чем тяжелее процесс, тем ослож-

нения и рецидивы возникали чаще. Противотуберкулезную терапию проводили согласно действующим нормативным документам. Проводимая терапия значительно повысила эффективность лечения больных МПТ, показала хорошую ее переносимость, выявила выраженный положительный эффект, выразившийся в устранении клинической симптоматики, в нормализации параметров крови и мочи, белковых фракций и других показателей. Причиной возникновения рецидивов, особенно ранних, явилось неадекватное антибактериальное лечение в связи с непереносимостью туберкулостатических препаратов (18,8%) или досрочной выпиской из стационара (10,2%) и выявление запущенных форм МПТ, не поддающихся полноценному излечению.

Заключение. Показано, что туберкулезное поражение мочеполовых органов возникает у женщин старшей возрастной группы, жителей города, страдающих одним или двумя сопутствующими заболеваниями, не всегда имеющих возможность проведения полноценного стационарного или санаторного лечения, чаще диагностируемого в поздней стадии заболевания, приводящего в итоге к потере функции органа и требующего хирургического вмешательства. Раннее или же своевременное выявление МПТ позволяет в большинстве случаев достигнуть высоких результатов лечения: значительное уличение более чем у 50% больных в 1-й стадии после основного курса лечения, во второй – у 2/3 больных. Подавляющее большинство больных МПТ диагностируются по обращаемости, что определяет высокую частоту (71,9%) тяжелых процессов. Основными причинами поздней диагностики МПТ являются: отсутствие должной настороженности врачей общей лечебной сети, бессимптомность заболевания, трудности диагностики, несвоевременное обращение пациента за специализированной помощью.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ВНЕЛЕГОЧНОМУ ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ЯГАФАРОВА Р. К.², ШАРИПОВ Р. А.¹, АМИНЕВ Х. К.², АЗАМАТОВА М. М.¹, ШУКАЕВА О. М.¹

EPIDEMIC SITUATION OF EXTRAPULMONARY TUBERCULOSIS IN BASHKORTOSTAN REPUBLIC

YAGAFAROVA R. K.², SHARIPOV R. A.¹, AMINEV KH. K.², AZAMATOVA M. M.¹, SHUKAEVA O. M.¹

¹Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер, г. Уфа

²ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Уфа

¹Republican Clinical TB Dispensary, Ufa, RF

²Bashkirsky State Medical University, Ufa, RF

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Республике Башкортостан (РБ) сохраняется напряженной, но в последние годы появились признаки

ее стабилизации. Внелегочный туберкулез (ВЛТ) в силу особенностей патогенеза отстает по динамике заболеваемости от поражения легких на несколько

лет. Показатели заболеваемости и распространенности туберкулеза внелегочных локализаций находятся на значительно более низком уровне, чем органов дыхания. Уровень показателя заболеваемости населения республики ВЛТ неустойчив и зависит от уровня организации его выявления и диагностики.

Цель: анализ эпидемической ситуации по ВЛТ в Республике Башкортостан.

Результаты. В последние годы роль ВЛТ еще более увеличивается в связи с распространением ВИЧ-инфекции. ВЛТ у больных ВИЧ-инфекцией характеризуется множественными или многоочаговыми поражениями внутренних органов, что усугубляет тяжесть эпидемической ситуации. Более того, значительный рост заболеваемости туберкулезом легких предопределяет увеличение числа заболеваний внелегочными локализациями через 2-5-10 лет, а в отдельных случаях – через 25-30 лет и более, даже если ситуация с туберкулезом легких улучшится в ближайшие годы.

Доля ВЛТ в структуре общей заболеваемости снизилась по сравнению с 1980 г. в 3,4 раза и составила в 2014 г. 4,7%. Заболеваемость туберкулезом всех локализаций с 1990 по 2006 г. возросла в 1,7 раза (с 26,7 до 59,3 на 100 тыс. населения) и к 2014 г. снизилась до 38,7 на 100 тыс. населения, тогда как заболеваемость ВЛТ до 2004 г. сохранялась на прежнем уровне и колебалась в пределах 3,8-3,4, а с 2005 г. наблюдается резкий спад по сравнению с предыдущими годами – в 2 раза и в 2014 г. она составила 1,8 на 100 тыс. населения.

За этот же период контингенты больных туберкулезом уменьшились в 2,8 раза, а внелегочными локализациями – более чем в 5,0 раз (с 49,8 до 9,9 на 100 тыс. населения), что привело к снижению доли больных ВЛТ в структуре болезненности.

Приведенные данные свидетельствуют, что в РБ имеют место недо выявления и недоучет значительного числа больных ВЛТ. Это подтверждает большой диапазон показателей заболеваемости как по годам (1998 г. – 3,2, 1999 г. – 3,4, 2000 г. – 3,7, 2001 г. – 4,0, 2002 г. – 3,0, 2003 г. – 3,0 и 2004 г. – 3,4, 2005 г. – 2,5, 2006 г. – 3,0, 2009 г. – 2,7; 2010 г. – 2,3, 2011 г. – 2,5, 2012 г. – 2,2, 2013 г. – 1,9, 2014 г. – 1,8), так и по отдельным территориям РБ (город: 3,2-3,5-3,7-3,4-4,0-2,9-2,8-2,3-3,3-2,2; село: 3,2-3,3-3,5-3,4-3,3-3,2-4,4-2,7-2,6-2,3 соответственно). О недо выявлении больных ВЛТ свидетельствует и тот факт, что среди впервые диагностированных больных преобладает то городское население, то сельское, а также то, что туберкулез мочеполовых органов в половине случаев диагностирован по обращению или в результате хирургического вмешательства.

Наиболее частой диагностируемой внелегочной локализацией туберкулеза в 2014 г. у детей по-прежнему является туберкулез периферических лимфатических узлов (35,3%), а у подростков внелегочные локализации туберкулеза не диагностированы, что свидетельствует о недо выявлении ВЛТ среди под-

ростков. Поэтому, несмотря на низкие показатели распространенности ВЛТ, не отражающие его истинной эпидемиологической картины, ВЛТ остается одной из самых трудных диагностических лечебных и реабилитационных проблем отечественной фтизиатрии.

Особенностями эпидемиологии ВЛТ являются также возрастно-половой и медико-социальный статус больных. Среди больных ВЛТ преобладают женщины (59,0-63,0%), тогда как среди больных туберкулезом органов дыхания большую часть составляют мужчины (68,0-72,0%).

В РБ структура ВЛТ нестабильна и имеет свои отличия, о чем свидетельствует структура внелегочных локализаций туберкулеза у впервые выявленных за 2000-2014 гг. На протяжении последних лет (1998-2004 гг.) туберкулез гениталий занимал первое место, а с 2005 г. – костно-суставной туберкулез, второе – туберкулез женских половых органов, третье – периферических лимфатических узлов (14,9%), затем – мочеполовой туберкулез (11,6%), прочие локализации – 7,4%. В 2010 г. в структуре ВЛТ лидирует КСТ – 51,3%, второе ТЖПО – 18,8%, третье ТПЛУ – 14,9%, а четвертое мочеполовой туберкулез – 10,8 и прочие – 4,1%. Трудности подготовки специалистов по ВЛТ и соответственно их отсутствие на приемах в республике, от которых в целом зависит эффективность и результативность противотуберкулезных мероприятий по выявлению данной патологии, трудности диагностики и привели как к недо выявлению пациентов с данной патологией, так и к диагностике их в запущенной стадии заболевания, приведшей больных к инвалидизации.

В последние годы в структуре впервые выявленного ВЛТ регистрируется увеличение числа случаев заболевания с поражением нескольких органов и систем. Появились острые, распространенные и генерализованные формы туберкулеза, среди которых преобладают туберкулез с одновременным поражением других органов – мозговых оболочек, гортани, почек, костей, что значительно затрудняет лечение больных.

Заключение. Следовательно, представленные эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что число официально зарегистрированных случаев ВЛТ отстает от показателя распространенности туберкулеза органов дыхания, что связано с особенностями их патогенеза и дефектами.

Таким образом, низкие показатели заболеваемости внелегочными локализациями туберкулеза обусловлены: резким кадровым дефицитом специалистов по ВЛТ, отсутствием приемов по основным локализациям ВЛТ в противотуберкулезных диспансерах, недостаточным уровнем знаний сотрудников общей лечебной сети по проблемам ранней диагностики ВЛТ и обязательного выполнения ими клинического минимума обследования на туберкулез, правильной интерпретации полученных результатов исследования, отсутствием их настороженности в отношении выявления соответствующих случаев.