

бактериовыделение диагностировано методом посева и у 5 – методом микроскопии). У 3 подростков инфильтративный туберкулез был выявлен в фазе распада. Сопутствующая патология колебалась в пределах 85%, имели место 2 сопутствующих заболевания и более, что значительно затрудняло лечение основного заболевания: каждый четвертый имел патологию со стороны желудочно-кишечного тракта, каждый восьмой – неврологические заболевания. Поэтому, помимо лечения основного заболевания, проводили лечение и сопутствующих по рекомендациям соответствующих специалистов. В 2014 г. 13 пациентов направлено на оперативное лечение: 9 – в условиях диспансера, 3 – прооперированы с использованием высоких технологий в условиях Университетской клинической больницы фтизиопульмонологии ГБОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И. М. Сечено-

ва» и 1 ребенок прооперирован с использованием высоких технологий в Санкт-Петербургском НИИ фтизиопульмонологии.

Результаты лечения: абациллировано 87,5% детей (7 из 8), закрытие полостей отмечено в 66,7% случаев. Из 137 пролеченных детей с улучшением выписано большинство больных – 127 (92,7%), 7 детей – с выздоровлением.

Заключение. Ведущей формой туберкулеза по-прежнему остается туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Колебания в структуре заболеваемости внелегочным туберкулезом свидетельствуют о недостаточной осведомленности врачей общей лечебной сети о его особенностях и достижениях фтизиатрии в этой области. Ежегодно диагностируются среди детей бактериовыделители, причем частота туберкулеза с лекарственной устойчивостью возбудителя увеличивается.

РЕЦИДИВЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН

ДАВЛЕТБАЕВА Н. В., АТАЛИПОВА И. Н.

TUBERCULOSIS RELAPSES IN BASHKORTOSTAN REPUBLIC

DAVLETBAEVA N. V., ATALIPOVA I. N.

ГБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер»

Republican Clinical TB Dispensary, Ufa, RF

В последние годы отмечается некоторая стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу в Республике Башкортостан. Повышается эффективность лечения, улучшается бактериологическая диагностика, совершенствуется учет больных туберкулезом. Одной из причин, влияющих на эпидемическую ситуацию по туберкулезу, являются рецидивы туберкулеза. В связи с этим проблема рецидивов туберкулеза легких остается актуальной.

Цель: изучить причины и частоту рецидивов туберкулеза органов дыхания для определения тактики лечения и диспансерного наблюдения.

Материалы и методы. Наличие в республике компьютерного мониторинга за контингентом больных туберкулезом позволило провести анализ случаев рецидивов туберкулеза в Республике Башкортостан за 2009-2013 гг. В разработку взяты 1 099 больных с рецидивами туберкулеза органов дыхания.

Результаты. За период наблюдения отмечалась тенденция к снижению случаев рецидива: частота ранних рецидивов, т. е. из III группы диспансерного наблюдения, снизилась с 17,2% в 2009 г. до 9,0% в 2013 г.

Рецидивы наблюдались преимущественно у городских жителей (68%), мужского пола (75,2%), неработающих лиц (63,0%), чаще работоспособного возраста. Лица в возрасте 60 лет более и старше составили 15,0%.

Несмотря на то что 51,5% рецидивов обнаружены при плановых осмотрах, 56,4% – выявлены с деструкцией в легочной ткани. У больных, выявленных при обращении к врачу с жалобами, деструкция в легких отмечалась в 68,6% случаях. Инфильтративная форма туберкулеза диагностировалась у 76,1%, диссеминированный туберкулез – у 10,0%, фиброзно-кавернозный – у 6,2%. Лекарственная устойчивость установлена у 55,3%, в том числе множественная лекарственная устойчивость – у 24,7% больных. Нерегулярное амбулаторное лечение получали 18,0% больных. ВИЧ-инфекция явилась причиной реактивации туберкулеза у 6,1% больных, гепатит (все виды) – у 5,2%, сахарный диабет – у 3,5%. Излечение туберкулеза наступило у 58,4% больных, умерло – 16,0%, выбыли в другие районы – 4,7% больных.

При впервые выявленном заболевании туберкулезом органов дыхания инфильтративный туберку-

лез наблюдался у 55,0% больных, очаговый – 20,5%, туберкулемы – 16,3%. Не замечено случаев реактивации туберкулеза после излечения диссеминированного туберкулеза.

Заключение. Основными причинами, способствующими возникновению рецидива туберкулеза, явились: социальные факторы, неполноценный

основной курс лечения, сопутствующие заболевания.

Высокая частота рецидивов у больных с исходно очаговым туберкулезом, туберкулемами диктует необходимость обратить внимание на эффективность и сроки лечения больных с малыми формами туберкулеза органов дыхания.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

ДАМИНОВ Э. А.¹, МИНГАЗОВА Г. Ш.¹, ЯГАФАРОВА Р. К.²

ORGANIZATION OF TUBERCULOSIS PATIENTS' TREATMENT OF THE OUT-PATIENT BASIS

DAMINOV E. A.¹, MINGAZOVA G. SH.¹, YAGAFAROVA R. K.²

¹ТБУЗ «Республиканский клинический противотуберкулезный диспансер», г. Уфа

²Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа

¹Republican Clinical TB Dispensary, Ufa, RF

²Bashkirsky State Medical University, Ufa, RF

Основные задачи участкового фтизиатра связаны с достижением клинического излечения впервые выявленных больных, больных с рецидивом и обострениями туберкулезного процесса, а также с прекращением бактериовыделения у больных хронически активным туберкулезом; предупреждением реактивации процесса после хирургического лечения; проведением профилактики среди лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом (IV группа диспансерного учета), достижением профессиональной и социальной реабилитации больных туберкулезом.

После стационарного этапа лечения больных туберкулезом проводится в амбулаторных условиях. Проведение лечения на амбулаторном этапе – одна из сложных и актуальных проблем фтизиатрии. Сроки амбулаторного лечения больных активным туберкулезом соответствуют стандартам химиотерапии по приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 г. № 109, федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания от 2014 г. Длительность противорецидивных курсов лечения, которые проводятся лицам III группы диспансерного учета, и химиопрофилактики лицам IV группы диспансерного учета должна быть не менее 2-3 мес., индивидуально, по показаниям. Лечение может проводиться в ежедневном режиме или интермиттирующим методом 2-3 раза в неделю.

Важными условиями амбулаторного лечения являются его непрерывность и обязательный контроль за приемом препаратов. Контроль осуществляется различными путями: приема в процедурном каби-

нете в присутствии медицинской сестры; подсчета препаратов при посещении больного на дому.

В процедурном кабинете больной ежедневно принимает суточную дозу препаратов. Медицинская сестра фиксирует прием препаратов в процедурном листе, который по окончании курса лечения передает в кабинет участкового фтизиатра; на его основании участковая медицинская сестра заполняет форму № 01-ТБ/У (приказ МЗ РФ от 13 февраля 2004 г. № 50), а посещение больного фиксирует в контрольной карте № 30/У.

Если больному определена трудоспособность, он приступил к работе, то антибактериальные препараты ему выдаются каждые 10 дней для продолжения лечения на амбулаторном этапе. В этом случае контроль приема препаратов осуществляется в присутствии обученных для этого членов семьи, а также медицинской сестрой, посещающей больного на дому, подсчетом количества оставшихся препаратов.

В период приема препаратов в амбулаторных условиях проводятся регулярные обследования больных – клинко-рентгенологические, лабораторные. Посещения больных, результаты обследования, назначенное лечение (наименование и количество препаратов, их дозы, режим приема препаратов) фиксируются в медицинской карте 081/У.

В процессе лечения и диспансерного наблюдения участковым фтизиатром решаются многие медицинские и социальные вопросы, касающиеся каждого больного: место лечения, режимы химиотерапии, необходимость хирургических вмешательств; необходимость и продолжительность боль-