

## Оценка влияния активной профилактической флюорографии на структуру новых случаев туберкулеза легких

**А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов**

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Поставлена задача улучшить показатели заболеваемости, смертности и эффективности лечения туберкулеза легких. Ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу, которое отмечалось с начала 1990-х годов, сопровождалось снижением активного выявления туберкулеза. К активным относятся случаи выявления туберкулеза в ходе проверочных флюорографических (ФЛГ) осмотров населения, обследования лиц из групп риска и декретированных контингентов ФЛГ-методом, при общемедицинском выполнении клинического минимума обследования. Тогда же улучшилось пассивное выявление (или по обращению) туберкулеза, то есть у больного, самостоятельно обратившегося за медицинской помощью с жалобами. В восьми районах Тверской области охват населения профилактической флюорографией был меньше 50 %. Это сопровождалось снижением удельного веса больных туберкулезом, выявленных при проверочных осмотрах, и увеличением количества больных с распространенными и осложненными формами заболевания, выявленных при обращении к врачу с различными «легочными» жалобами.

**Цель исследования** — установить влияние обстоятельств выявления туберкулеза (активное, пассивное) на структуру новых случаев туберкулеза.

**Материалы и методы.** Исследование носит когортный ретроспективный характер. Использованы сведения о 191 взрослом (18 лет и старше) больном туберкулезом легких, выявленном на территории Вышневолоцкого района Тверской области в 2010–2012 годах.

Сравнение структуры новых случаев туберкулеза основывалось на рентгенологической распространенности туберкулезных изменений в легких, деструкций легочной ткани, а также по наличию бактериовыделения. К распространенному туберкулезу мы относили случаи заболевания с объемом поражения легочной ткани более двух сегментов с наличием или отсутствием деструкции.

**Результаты.** За три года из больных, впервые взятых на диспансерный учет по городу и району, доля выявленных при обращении составила 58,8 % (111 человек), что превышает количество больных, выявленных при ФЛГ-осмот-

рах — 41,2 % (80 человек). Хуже результаты выявления туберкулеза у сельских жителей. При обращении выявлено 69,5 % больных, а при активном — только 30,5 %.

Изучение новых случаев туберкулеза показало, что у больных туберкулезом, выявленных при обращении, чаще отмечается его распространенная форма. Доля распространенных форм при пассивном выявлении превышает аналогичный показатель для активного выявления более чем в два раза (72,4 и 27,6 % соответственно).

По нашим наблюдениям, основную часть бактериовыделителей и больных с распадом выявляют при обращении. Из 111 больных, взятых на учет при обращении, 74,2 % были бактериовыделителями, а у 78,4 % отмечался распад легочной ткани (CV+). В то же время при активном выявлении взято на учет больных с бактериовыделением (БК) 15,1 %, а с распадом — 14,6 %. Следует отметить, что у 25,8 % больных, выявленных при обращении, бактериовыделения не выявлено. Следовательно, выявление больных туберкулезом только на основании бактериоскопии без рентгенологического исследования (как делают в развивающихся государствах) недопустимо.

Очевидно, что при пассивном выявлении на учет берут больных с более тяжелыми формами туберкулеза, в большинстве своем представляющих эпидемическую опасность для окружающих. Лечение таких больных требует более длительных и дорогостоящих режимов химиотерапии.

### Выводы

1. Профилактическая флюорография является реальным инструментом своевременного выявления туберкулеза у взрослых.

2. Активное обследование населения позволяет более часто выявлять неструктивные, небациллярные, ограниченные формы туберкулеза легких.

3. Удельный вес активного выявления туберкулеза у сельских жителей меньше, чем у городского населения, что обусловлено недостаточным количеством передвижных флюорографических установок.

Активное выявление туберкулеза более дешевое, эффективное, эпидемически безопасное в сравнении с пассивным по обращаемости.

## Хирургические технологии — основа протокола лечения туберкулеза ребер

**А.В. Асеев, Д.С. Рясенский, Ю.Ф. Платонов**

ГБОУ ВПО «Тверской государственный медицинский университет Минздрава России», Тверь, Россия

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Туберкулез может поражать любые отделы ребер, но чаще — передние и боковые отделы IV–VII ребер. Поражение I–II ребер или задних отделов бывает крайне редко. Течение казеозного воспаления ребер

малосимптомное, длительное, диагностические мероприятия обычно связаны с развитием натечника на грудной стенке. Изолированное поражение ребер без одномоментного поражения легких бывает редко. Лечение туберкулеза

ребер в свете учения П.Г. Корнева должно быть комплексным, наряду с этиотропной противотуберкулезной терапией используют хирургические технологии.

**Материалы и методы.** Мы наблюдали 14 пациентов в возрасте от 32 до 68 лет (13 мужчин и одна женщина). Сопутствующий легочный туберкулез был у всех больных: инфильтративный в фазу распада и обсеменения — у 4, инфильтративный с формированием туберкулом на фоне лечения — у 1, осумкованный плеврит туберкулезной этиологии — у 1, фиброзно-кавернозный туберкулез в фазу инфильтрации и обсеменения — у 3, диссеминированный туберкулез легких — у 1, посттуберкулезный пневмосклероз — у 2. Диссеминированные формы составили более 80 %. Наиболее информативным рентгенологическим методом исследования была фистулография через свищевой ход или при пункции «холодного» натечника на грудной стенке. На прямых фистулограммах хорошо видна подкожная гнойная полость, иногда с жировыми секвестрами, свищевыми ходами вдоль ребра. У половины больных определялись тонкие свищевые ходы внутрь грудной клетки, которые проходят в предплевральной или преперикардиальной ткани и слепо заканчиваются на задней поверхности ребер (реберных хрящей). Бактериологическое исследование содержимого натечника и биоптатов пиогенной капсулы позволило идентифицировать возбудителя у 6 человек (42,9 %).

Всем больным проведена этиотропная терапия туберкулеза с учетом чувствительности флоры, а также хирургическое лечение в объеме абсцессэктомии и резекции пораженных фрагментов ребер. При подкожной абсцессэктомии у 10 больных дно гнойной полости было образовано участком ребра, лишенным надкостницы и изъеден-

ным в виде «тающего сахара», у 4 наружная надкостница была сохранена. У 13 больных наряду с этим выявлены свищевые ходы в межреберьях: у 4 они были одиночными и большого диаметра, у 9 — множественными и небольшого диаметра. В дальнейшем проводили ревизию всех свищевых ходов, их рассечение, удаление пиогенной капсулы и резекцию пораженных участков ребер. Линия резекции ребра располагалась не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения. Полость раны промывали раствором хлоргексидина, послойно ушивали с оставлением дренажей. В последующем по дренажам вводили противотуберкулезные препараты (наряду с системной химиотерапией) до полной облитерации полости раны. При гистологическом исследовании пиогенной капсулы во всех случаях обнаружены казеозные гранулемы с клетками Пирогова—Лангханса. В отдаленные сроки у двух больных отмечали рецидив процесса в виде формирования натечника в области послеоперационного рубца, который был связан с радикальной резекцией ребра и требовал этапных операций удаления измененной костной ткани.

**Выводы.** Таким образом, основным методом выявления туберкулеза ребер явилась фистулография. Бактериологическая верификация диагноза оказалась возможной лишь у 42,9 % больных, основой подтверждения специфического характера процесса явилось гистологическое исследование пиогенной оболочки натечника. Во всех случаях определена резистентность к препаратам основного ряда. Граница резекции ребра должна быть не ближе 5 см от видимой глазом границы поражения, радикальность операции при этом составляет 85,7 %. Хирургическое вмешательство необходимо рассматривать как обязательный компонент лечения больных туберкулезом ребер.

УДК 616.24-002.5-07-084:614.23/.25

## Использование специфических кожных тестов для диагностики туберкулеза у медицинских работников фтизиатрической службы

**О.И. Белогорцева, Я.І. Доценко, И.Е. Шехтер, М.А. Садловская**

ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии имени Ф.Г. Яновского НАМН Украины», Киев, Украина

E-mail: aseev-alex@mail.ru

**Актуальность.** Медицинские работники относятся к группе риска по заболеванию туберкулезом (ТБ). Его распространенность среди медицинских работников Украины имеет тенденцию к снижению, что является результатом постоянного медицинского наблюдения за работающими. Совершенствование диагностики ТБ является важной задачей, поскольку проба Манту недостаточно чувствительна для диагностики латентной туберкулезной инфекции (ЛТИ). Такие больные являются резервуаром для развития ТБ.

**Цель работы** — сравнить результаты пробы Манту и теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным у сотрудников фтизиатрической службы для своевременной диагностики латентной туберкулезной инфекции.

Исследование проведено за государственные средства.

**Материалы и методы.** С помощью теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) и пробы Манту были обследованы 25 сотрудников фтизиатрической службы, среди них 84 % женщин и 16 % мужчин. Врачей было 52 %, среднего и младшего медицинского персонала — 48 % со стажем работы от 0 до 38 лет.

**Результаты.** При анализе результатов пробы Манту у 84 % обследованных отмечался положительный результат пробы Манту, что свидетельствует о вероятной сенсибилизации к МБТ. Результаты теста с АТР значительно отличались: у 64 % обследованных сотрудников результат теста с АТР был отрицательным, из них у 32 % со стажем до 5 лет работы во фтизиатрической службе, от 6 до 10 лет — у 12 %, от 11 до 20 лет — у 12 % и более 21 года — у 8 %. Позитивный или сомнительный результат теста с АТР отмечался у 36 %, при этом со стажем до 10 років — у 16 %, более 10 лет — у 20 %. Гиперергический результат зафиксирован у 16 %, все со стажем работы от 9 до 38 лет.

Учитывая высокую чувствительность и специфичность теста с АТР, более углубленное обследование (с использованием компьютерной томографии органов грудной полости и других исследований) и проведение профилактики туберкулеза, после теста с АТР было показано только 36 %. После тщательного дообследования у 1 из сотрудников (врача-фтизиатра терапевтического профиля) выявлена активная форма туберкулеза легких.