

(1,6%) случаях из 699 больных. У 7 (1,0%) основным фактором формирования неудачи лечения явилось ранее перенесенное оперативное вмешательство на легких и, как следствие, дефицит легочной ткани. У 3 (0,4%) не удалось добиться излечения из-за сопутствующего сахарного диабета и его осложнения. У 4 (0,6%) недисциплинированных больных, страдавших алкоголизмом и наркоманией, неудача лечения возникла в результате частых перерывов в лечении. У 2 (0,3%) больных с неудачами лечения был семейный контакт с больными, получавшими ПТП РР, и у них была высока вероятность развития супербезрезистентности.

Из 699 больных 47 не завершили полный курс химиотерапии. Из них 20 (2,9%) больных самостоятельно прервали лечение в результате плохой переносимости тех или иных ПТП-РР в амбулаторных условиях, 8 (1,1%) больных не завершили лечение, так как страдали хроническим алкоголизмом, 7 (1,0) продолжали принимать наркотические средства. Одна больная (0,1%) самостоятельно прервала лечение на поддерживающей фазе по причине беременности. Остальные 10 (1,4%) больных прекратили прием ПТП-РР на поддерживающей фазе без особых причин. В целом, при непосредственном наблюдении медперсонала за лечением и более чутком отношении врачей диспансерных отделов и сети ПМСП к их жалобам и своевременном устранении побочных явлений ПТП у 30 (4,3%) больных, самостоятельно прервавших лечение в амбулаторных условиях из-за частичной непереносимости ПТП-РР, высока была вероятность успешного завершения полного курса химиотерапии по DOTS-Plus.

Таким образом, основными причинами неблагоприятных исходов лечения в режиме DOTS-Plus больных с ТБМЛУ являлись перерывы в лечении вследствие отсутствия контроля со стороны медицинских работников противотуберкулезных учреждений и сети ПМСП за приемом ПТП РР, безответственного отношения самих больных к своему здоровью, непонимания ими важности непрерывного приема препаратов, алкоголизма и наркомании, плохой переносимости ПТП-РР в сочетании с распространенным исходным специфическим поражением легочной ткани, ранее перенесенными операциями на легких, сопутствующим сахарным диабетом.

#### **О НЕОБХОДИМОСТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

*Л.П.КАПКОВ*

*ГУ Центральный НИИ туберкулеза РАМН, г. Москва, Россия*

Фтизиатрическая служба России, созданная 25 октября 1918 г., за длительный период деятельности достигла колоссальных успехов. Наряду с этим, организация диагностики возбудителя туберкулеза в настоящее время существенно отстает от развитых стран мира (M.Greenbaum et al,1980; H. Levy et al, 1989), по опыту которых возбудителя туберкулеза можно определить в 80% 90% случаев у всех впервые выявленных больных туберкулезом легких\*. В период введения стандартов во всех отраслях хозяйственной деятельности фтизиатры России не имеют показателя оценки эффективности диагностики возбудителя туберкулеза. Не каждый впервые выявленный больной по известным причинам выделяет микобактерии туберкулеза. И все-таки мы считаем, что ориентиры уровня бактериовыделения среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания должны быть. В 1920 1930гг. удельный вес бактериовыделения по наблюдениям отдельных авторов составлял в пределах 20% (Е.Г.Мунблит,1926г.; И.И. Берлин, 1938г.). По мере совершенствования бактериологической службы показатель медленно, но увеличивался. По статистическим данным хранящимся в государственном архиве в 1961 г. показатель бактериовыделения среди впервые выявленных больных туберкулезом легких в среднем по РСФСР составлял 23,9%, по Москве 18,6%; Ленинграду 17,7%; Тувинской АССР 10,2%; Амурской обл. 15,5%; Ульяновской обл. 15,6%; Алтайскому краю 15,6%; Курской обл. 16,5%. В 55 территориях уровень показателя колебался от 17,3% до 31,9%. В Ростовской обл. он составлял 32,1%; Калужской обл. 32,4%; Карельской АССР 33,0%; Оренбургской обл. 34,0%; Красноярском крае 37,2%; Северо-Осетинской АССР 37,6%; Чувашской АССР 38,5%; Курганской обл. 39,9%; Марийской АССР 43,2%; Мордовской АССР

43,8%;

К 1983 г. доля больных с бактериовыделением возросла и составила: СССР 45,4%; РСФСР 49,7%; Ивановская обл. 50,8%; Челябинская обл. 57,6%; Гродненская обл. 68,1%; Черниговская обл. 71,6%.

К сожалению, с развитием социально-экономического кризиса, возникшего в результате распада СССР, показатель бактериовыделения по различным причинам стал снижаться и затем снова расти. На рост величины показателя бактериовыделения существенно повлияло внедрение в России адаптированных к отечественным условиям рекомендаций ВОЗ по борьбе с туберкулезом. В 2000 г. показатель по России в целом составлял 42,8%; в 2001 г. 43,3%; в 2004 г. 46,5%. Самый высокий уровень в 2004 г. был достигнут в Коми-Пермяцком А.О. 83,6%; Орловской обл. 75,7%; Республике Марий Эл 75,2% и Томской обл. 74,8%. В 7 территориях он колебался от 61,5% до 68,8%. В 21 территории показатель варьировал от 50,3% до 59,6%. В 55 субъектах РФ - от 30,4% 47,7% впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания, что на 30% 40% ниже возможного выявления бактериовыделения, как на основании международного, так и отечественного опыта. Недовыявление бациллярных больных создает ложное представление о благополучной эпидемиологической ситуации. Местоожительство больного, у которого не установлено бактериовыделение, берется на учет как очаг III группы и в нем проводятся менее интенсивные противоэпидемиологические мероприятия. В таких очагах в России заболевают дети и подростки: в 2000 г. заболело 82 пациента; в 2001 г. 84; в 2002 г. 86; в 2003 г. 66; в 2004 г. 73. По итогам 2004 г. 13 детей и подростков заболело в очагах III группы в пяти территориях, в которых удельный вес бактериовыделения у впервые выявленных больных составлял от 53,1% до 67,2%. В 27 территориях, в которых удельный вес бактериовыделения был значительно ниже: 30,4% 49,3%, заболели 58 детей и подростков. По двум территориям мы не располагаем информацией.

Причина низкой бактериологической диагностики возбудителя туберкулеза объясняется недостаточным оснащением лаборатории, низкой квалификацией персонала, нарушением методики забора мокроты и ее исследования.

В целях повышения эффективности бактериологической диагностики туберкулеза предлагаем установить стандарт показателя бактериовыделения среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания в пределах 75% 85%. Это позволит сотрудникам лаборатории осуществлять самоконтроль за выполняемой работой, кураторам фтизиатрических служб сделать более объективную оценку проводимых противотуберкулезных мероприятий, включая выявление и лечение больных.

\* В тексте употребляется два термина "туберкулез легких" и "туберкулез органов дыхания" и зависит от литературного источника.

#### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ГЕНИТАЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ПЕРИОД СТАБИЛИЗАЦИИ И В ПЕРИОД УХУДШЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБСТАНОВКИ.**

*М.Н.Кочорова*

*ФГУ "Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии  
Росздрава"*

Проведен сравнительный анализ клинических данных у 194 больных, лечившихся в 1980 по 2002 г. Больные выделены в две группы. В I группу вошло 80 пациенток туберкулезом женских гениталий, лечившихся в 1980-1985г.г., во II - 114 больных, лечившихся в 1995 -2002 г.г. За последние годы появились пациентки моложе 20 лет, которые составили во 2 группе 21(18,4%). Рассматривая жалобы больных, следует подчеркнуть, что в I группе преобладало первичное бесплодие -81,2%, тогда как во II группе лишь 38,6%. Вторичное бесплодие составило -18,8 % и 21,9 % соответственно. Первичное и вторичное бесплодие в восьмидесятые годы наблюдали практически у всех пациенток, за последнее десятилетие частота его не превысила 60,5%. Таким образом, 40% женщин сохранили свою