

**УЧРЕЖДЕНИЕ РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ТУБЕРКУЛЕЗА РАМН**

На правах рукописи

Адзиев Абдуразак Абдулабекович

**Выявление, диагностика и лечение больных
туберкулезом легких в северных приграничных
районах Республики Дагестан**

14.01.16. - фтизиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Москва 2010

Работа выполнена по плану НИР Учреждения Центрального научно – исследовательского института туберкулеза Российской академии медицинских наук и Государственного учреждения «Республиканский противотуберкулезный диспансер» Республики Дагестан.

Научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор
Пунга Виктор Васильевич

Научный консультант – доктор медицинских наук
Шайхаев Адлан Якубович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Мишин Владимир Юрьевич;
доктор медицинских наук, профессор
Малиев Батарбек Мусаевич

Ведущая организация: ГОУВПО «Казанская Государственная медицинская академия Росздрава»

Защита состоится «23» марта 2010г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 001.052.01 при Центральном научно-исследовательском институте туберкулеза РАМН (107564, г. Москва, Яузская аллея, 2).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ЦНИИТ РАМН.

Автореферат разослан « 28 » января 2010г.

Ученый секретарь
диссертационного Совета
Заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук,
профессор

В.А.Фирсова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Несмотря на совершенствование методов лечения и использование новых антибактериальных препаратов, изучение эпидемиологической ситуации о распространенности туберкулеза в некоторых республиках Северного Кавказа свидетельствует о постепенном снижении эффективности лечения. Это является следствием запоздалого обращения к врачу впервые выявленных больных, зачастую с распространенными, деструктивными формами туберкулеза (более 60% в Северной Осетии, Дагестане, Ставропольском крае и более 80% в Ингушетии), высокими показателями лекарственной устойчивости [М.И.Перельман, М.В.Шилова 2003; Н.Ш. Гветадзе, А.А. Адзиев, С.С. Одинец 2001-2002гг.; И.А. Мамаев 2001-2003гг.; Г.К. Гусейнов, А.А. Адзиев 2003-2004гг.; В.В. Пунга 2003]. По мнению отдельных авторов, основной причиной снижения эффективности лечения является неуклонный рост лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза к антибактериальным препаратам [В.В. Ерохин 1996; В.И. Чуканов и соавт. 2004; В.Ю. Мишин и соавт. 2002, 2004; А.Я. Шайхаев и соавт. 2002-2005гг.; J. Lee, J. Crofton 2000; M.S. Ravilione, R. Zaleskis, Paul Farmer 2001-2005]. Известные военные события 1994-2000гг. на Северном Кавказе и, особенно в северных приграничных районах республики Дагестан привели к ухудшению эпидемиологической ситуации по туберкулезу.

Изучение эпидемиологической ситуации по туберкулезу – важнейшая проблема здравоохранения, которая имеет особую актуальность на территории Дагестана в связи с особенностями климатических, экологических и социально-гигиенических условий.

Дагестану в последние годы пришлось пережить немало тяжелых испытаний и потрясений. Военные действия в Чеченской Республике, вооруженные конфликты на Кавказе, связанная с этим экономическая и транспортная блокада, ряд террористических актов с многочисленными человеческими жертвами, трагические события в Кизляре и в Первомайске,

вооруженное вторжение бандформирований в 1999 году - все это значительно обострило естественные трудности переходного периода, нанесло огромный ущерб экономике и социальной сфере, тяжело отразилось на судьбах дагестанцев [Председатель Государственного Совета РД М.М. Магомедов //Дагестанская Правда № 213 27.10.2001г.]. Как известно, туберкулез является не только инфекционной, но и остро направленной социальной болезнью. Основными причинами, вызвавшими ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу и значительное увеличение распространенности туберкулезной инфекции как в целом по стране, так и в Республике Дагестан за последнее десятилетие XX века, явились многие факторы, среди которых можно назвать: ухудшение социально-экономических условий жизни населения, военные события, экономические кризисы, увеличение миграционных процессов, рост численности социально-уязвимых групп населения и контингентов пенитенциарных учреждений, недостаточная материально-техническая база противотуберкулезных учреждений.

Особенно значительно это сказалось на жителях северных приграничных с Чеченской Республикой районах (10 районов и 3 города) Республики Дагестан: Бабаюртовский, Ботлихский, Казбековский, Кизилюртовский, Кизлярский, Новолакский, Ногайский, Тарумовский, Хасавюртовский, Цумадинский; города: Кизилюрт, Кизляр и Хасавюрт.

В отношении больных, живущих в зонах социальных конфликтов и экономического кризиса действует ряд других негативных медико-социальных факторов, заметно снижающих эффективность лечения и приводящих к неуклонному ухудшению эпидемиологической ситуации.

В связи с вышеизложенным, кроме использования современных методов лечения, включая использование методов коллапсотерапии (ИП и ПП) [А.Я. Шайхаев, М.Б. Газалиев, М.А. Муталимов, М.Г. Гамзаев 2002-2004гг.; В.Ю.Мишин и соавт. 2004; В.А. Краснов 2001-2003гг.], необходимо изучить современные возможности разработки оптимального комплекса

противотуберкулезных мероприятий по своевременному выявлению, диагностике и мониторингу лечения больных туберкулезом.

Цель исследования: Повышение эффективности выявления, диагностики и лечения, больных туберкулезом легких в современных эпидемиологических условиях.

Задачи исследования

1. Изучить динамику основных эпидемических показателей по туберкулезу (заболеваемость, распространенность, смертность) в северных приграничных районах Республики Дагестан за последние 7 лет (за 2001-2007гг.).
2. Разработать алгоритм совершенствования работы лечебных учреждений различного профиля по выявлению, диагностике и лечению больных туберкулезом легких. Оценить значимость материального стимулирования медицинских работников за выявление и эффективность лечения больных туберкулезом.
3. Изучить эффективность стандартных режимов химиотерапии впервые выявленных больных и с рецидивом заболевания.
4. Определить потребность в хирургических методах лечения больных туберкулезом легких и их значение в уменьшении резервуара туберкулезной инфекции.

Научная новизна исследования

1. Впервые в отечественных исследованиях обобщен 7-летний опыт работы медицинских учреждений по борьбе с туберкулезом в зонах социальных конфликтов и экономического кризиса (северные приграничные районы Республики Дагестан).
2. Впервые в стране дана объективная оценка влияния материального стимулирования медицинских работников на своевременное выявление и эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких.
3. Изучена эффективность стандартных режимов химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом легких и с рецидивом заболевания и

определена роль хирургических методов в повышении эффективности лечения и уменьшении резервуара туберкулезной инфекции.

Практическая значимость

1. Разработаны принципы дифференцированного планирования противотуберкулезных мероприятий в зависимости от сложившихся социальных, экологических и эпидемических условий в северных районах Республики Дагестан.
2. Разработано положение о материальном стимулировании медицинских работников за выявление и эффективность лечения больного туберкулезом.
3. Разработаны методические рекомендации по использованию в Северных районах Республики Дагестан оптимального комплекса лечебных мероприятий, включая коллапсотерапевтические вмешательства (ИП, ПП) и местное лечение, особенно у поздно выявленных больных.
4. Разработана система практических мероприятий по определению своевременных показаний к хирургическому лечению и направлению больных туберкулезом, как в местные стационары, так и в иногородние центры для выполнения высокотехнологичных оперативных вмешательств.

Положения, выносимые на защиту

1. Основными причинами, вызвавшими ухудшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу и значительное увеличение распространенности туберкулезной инфекции за последние годы в северных районах Республики Дагестан, явились многие факторы, среди которых можно назвать ухудшение социально-экономических условий жизни населения как следствие военных событий и экономических кризисов, увеличение миграционных процессов, рост численности социально-уязвимых групп населения, недостаточная материально-техническая база противотуберкулезных учреждений.
2. Заболеваемость туберкулезом выше среднереспубликанского показателя за 2001-2007гг. отмечается в северных приграничных районах: Хасавюртовском — 114,0 — 77,6; Ногайском — 113,0-83,8; Тарумовском — 116,8 — 72,0; Кизлярском — 95,6-68,9; Кизилюртовском — 167,4 — 76,7; Новолакском —

103,8 - 76,4 на 100 000 населения. Средний показатель заболеваемости по Республики Дагестан за 2001-2007гг. составляет 84,2 — 56,3 на 100 тыс. населения.

3. Изучение роли каналов выявления туберкулеза показало, что в современных условиях выявление больных методом флюорографии и при обращении недостаточно эффективно, о чем свидетельствуют случаи позднего выявления. Остается резерв активного выявления больных путем привлечения к обследованию лиц из групп повышенного риска заболевания и контингентов населения, не обследованных в течение многих лет, а также внедрение микробиологических методов обследования на туберкулез.
4. Эффективность химиотерапии больных была различной в зависимости от места проживания. Наибольший показатель закрытия полостей распада путем комплексного лечения в 2004-2007гг. был достигнут в г. Махачкале – 83,9% - 89,5% при клиническом эффекте 93,4% - 97,0%. В северных районах аналогичные результаты были получены соответственно – в 63,4% - 65,9% случаев при клиническом положительном эффекте - 84,0% - 83,6%. Общереспубликанский показатель закрытия полостей распада составил 71,7% - 75,2%.
5. Комплексная длительная химиотерапия, в том числе с использованием коллапсотерапевтических вмешательств, у 32,5% - 49,3% больных деструктивными формами туберкулеза не приводит к клиническому излечению вследствие роста ЛУ форм туберкулеза, в т.ч. и МЛУ. Из них потребность в хирургическом лечении определена в 40,8%, в том числе среди впервые выявленных 16,3% и повторно леченных – 53%.
6. Материальное стимулирование медицинских работников за своевременное выявление и эффективность лечения позволяет повысить качество противотуберкулезной помощи населению.

Внедрение результатов исследований

Результаты исследований использованы при подготовке законодательных, инструктивных, организационно-методических

документов, направленных на охрану здоровья населения и совершенствование противотуберкулезной помощи жителям Республики Дагестан.

Подготовлено Постановление Правительства Республики Дагестан №235 от 18 августа 2003 года «О республиканской целевой программе «Борьба с туберкулезом в Республике Дагестан в 2003-2007 годы и в 2008-2012 годы», закон РД «О противотуберкулезной помощи населению и предупреждении распространения туберкулеза в Республике Дагестан», принятый Народным Собранием Республики Дагестан 27 декабря 2005г.

Разработаны и внедрены на республиканском уровне «Положение о материальном стимулировании медицинских работников учреждений общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений за выявление и эффективность излечения больного туберкулезом (2000г.)», методические рекомендации «Пути повышения эффективности противотуберкулезных мероприятий в Дагестане» (2004г.); «К вопросу о роли и значении патогенетической терапии в клинике легочного туберкулеза и методика ее применения» (2004 г.), «Особенности раннего выявления и профилактики туберкулеза в эпидемиологически неблагоприятных регионах Республики Дагестан» (2006 г.) и алгоритм совершенствования работы лечебных учреждений различного профиля по выявлению, диагностике и лечению больных туберкулезом.

Апробация работы

Апробация диссертации состоялась на межотделенческом апробационном Совете ЦНИИТ РАМН и на заседании фтизиатров Республики Дагестан.

По результатам работы сделаны доклады на заседании Дагестанского общества фтизиатров (2001г., 2003г., 2006г., 2009г.), научно-практической конференции Дагестанской медицинской академии (2002г., 2006г.), 14 национальном конгрессе по болезням органов дыхания (2004г.), научной

сессии ГУ ЦНИИТ РАМН (2006г.), научно-практической конференции фтизиатров ЮФО (май 2008г.).

Публикации

По материалам исследования опубликовано 14 научных работ, в том числе в журналах, утвержденных ВАК — 1.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 138 страницах машинописного текста, состоит из введения, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы. Иллюстрирована 24 таблицами и 2 схемами. Библиографический указатель включает в себя наименования 226 отечественных и 73 зарубежных авторов.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

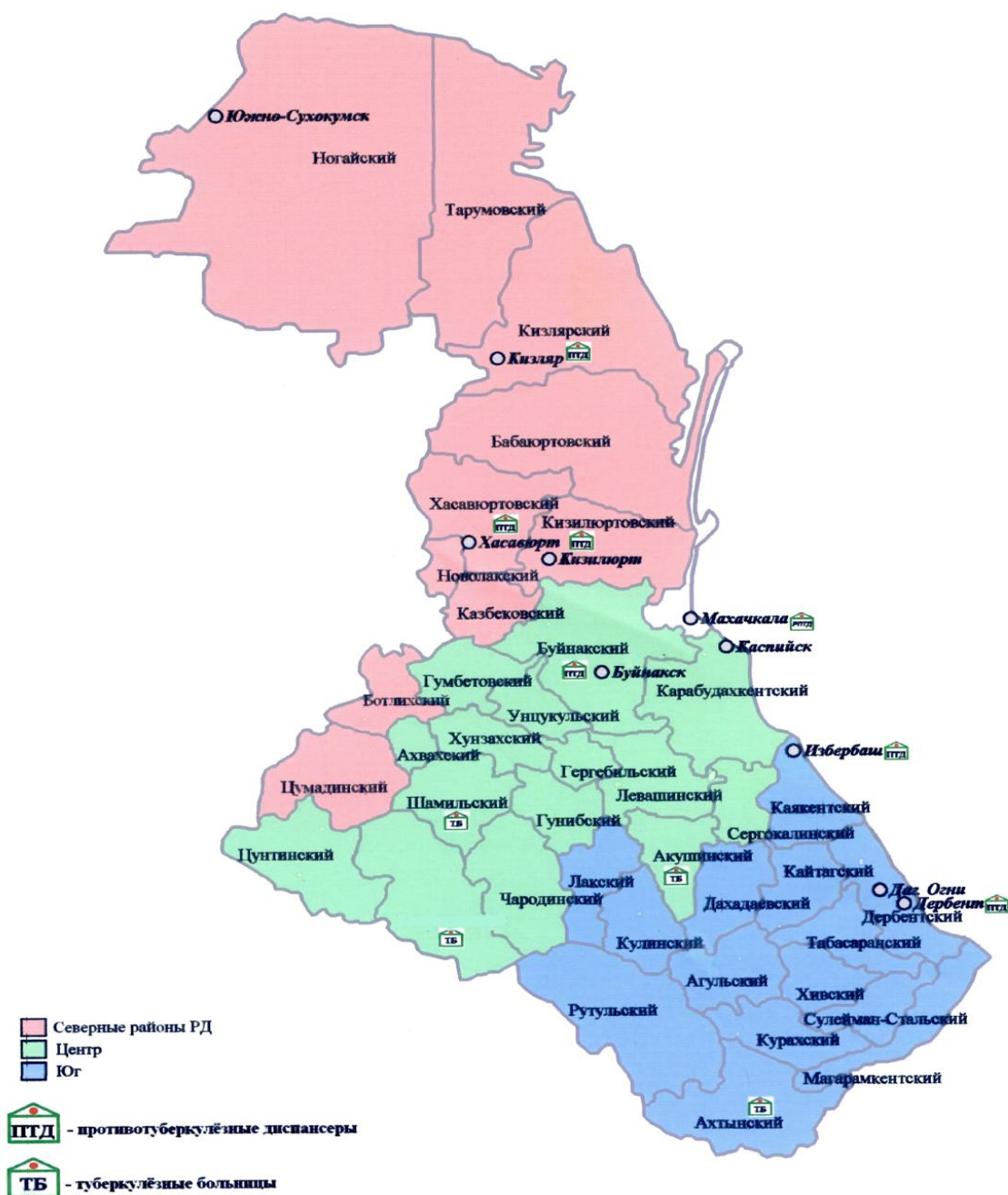
Характеристика материала и методов исследования.

Работа выполнена на базе республиканского противотуберкулезного диспансера г. Махачкале Республики Дагестан. В исследовании проанализированы материалы по выявлению, лечению и наблюдению за впервые выявленными больными в северных приграничных районах РД. В соответствии с задачами исследования дана оценка возможности выявления и лечения туберкулеза в этих районах, участия работников общей лечебной сети в противотуберкулезной программе Республики Дагестан.

Республика Дагестан расположена несколько севернее 40-й параллели северного полушария в юго-восточной части Северного Кавказа. Территория его составляет 50,3 тыс. кв.км. Границы Дагестана имеют общую протяженность 1,7 тыс. км, она соседствует с Азербайджаном, Грузией, Чеченской Республикой, Ставропольским краем и Калмыкией. На востоке территория Дагестана на протяжении почти 600км омывается водами Каспийского моря (схема 1).

Особенности природных условия Дагестана во многом определяются его географическим положением.

Схема № 1. Противотуберкулёзные учреждения в Республике Дагестан



На территории Дагестана проживают представители 60 национальностей и народностей. К наиболее многочисленным из них относятся: русские, аварцы, даргинцы, лезгины, лакцы, кумыки, чеченцы и др. Более половины численности большинства национальностей и народностей проживают в сельской местности.

В Дагестане около 93% населения проживает в семьях, из которых около 70% являются однонациональными. Средняя численность семьи, по данным официальной статистики, составляет 3-4 чел.

Численность населения в северных приграничных районах составляет 15% жителей республики, и число ежегодно зарегистрированных больных туберкулезом за последние 5 лет 30-35%.

Следует отметить, что в структуре вновь зарегистрированных больных преобладают больные туберкулезом легких в фазе распада 63-70%. Показатель смертности за изучаемый период 2001-2007гг. превышал среднереспубликанский показатель во всех районах городах северного региона.

Таблица 1

Противотуберкулезные учреждения северных приграничных районов РД (2007г.)

Наименование ПТД	Количество коек			
	Общее число	%	в том числе детских	
			Общее число	%
Кизлярский	130	10,2	-	-
Кизилюртовский	120	9,4	40	44,5
Хасавюртовский	180	14,2	50	55,5
Итого по северным районам	430	33,8	90	100,0
Всего стационарных коек по РД	1270	100	90	100,0

Противотуберкулезные учреждения республики представлены 1 Республиканским и 6 городскими диспансерами, общей численностью коек 1155, 4-мя туберкулезными больницами на 115 коек, двумя детскими

туберкулезными санаториями на 185 коек. Во всех 7 диспансерах функционируют лаборатории по бактериоскопии МБТ и 4 посевных пункта. В сельских районах имеются 38 противотуберкулезных кабинетов при центральных больницах. В северных приграничных районах противотуберкулезная служба представлена, как это видно из таблицы 1, Хасавюртовским, Кизлярским, Кизилюртовской противотуберкулезными диспансерами с общей численностью больничных коек 430, в том числе детских – 90.

Материал и методы исследования

Для решения поставленных задач была изучена динамика показателя заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза за 2001-2007 гг. по Северным районам в сравнении со среднереспубликанскими в сельской и городской местности.

Показатель заболеваемости жителей, обслуживаемых лечебно-профилактическими учреждениями министерства здравоохранения (по отчетной форме №33), составил в 2007г. 56,8 (57,8 — в 2006г.) на 100 тысяч населения.

Всего на территории республики в 2007 году выявлено 1582 новых случаев заболевания туберкулезом, из них больные других ведомств составили 85 человек, в том числе в подразделениях УИН — 71 человек. Доля больных туберкулезом, выявленных в 2007 году в северных районах, составила 30,1% (451 чел.), в т.ч. доля сельских жителей составила 78% (352 из 451 чел.) Показатель заболеваемости сельского населения в 2007г. составил 74,0 на 100 тыс. населения при среднем показателе по северным районам и городам 64,7 на 100 тыс. населения.

Население северных районов и городов составляет 26,6% всего населения республики. Среди городов республики наиболее высокие показатели заболеваемости в 2007 году отмечаются в Махачкале — 74,9, а из Северных в Кизляре — 60,2 на 100 тыс. населения.

Показатель заболеваемости туберкулезом был выше среднереспубликанского в 2007г. (56,8 на 100 тыс. населения) во всех районах и составил в Хасавюртовском — 77,6; Ногайском— 83,8; Тарумовском — 72,0; Кизлярском — 68,9; Кизилюртовском — 76,7; Ногайском — 83,8; Ботлихском — 62,3; Казбековском — 62,3; Новолакском — 76,4 и г. Кизляре — 61,0 на 100 тысяч населения.

Таблица 2

Численность населения и показатель заболеваемости туберкулезом городского и сельского населения в Северных районах и городах РД (на 100 000 населения) 2001-2007гг.

Названия северных районов	Число жителей (тыс. чел.)	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бабаюртовский	42,5	68,5	65,7	47,6	107,1	79,8	97,6	50,8
Ботлихский	50,6	46,1	57,1	63,3	43,6	23,7	33,3	62,3
Казбековский	29,5	40,7	40,5	38,6	20,9	58,6	50,4	62,3
Кизилюртовский	71,8	167,4	90,4	96,1	77,4	89,1	81,9	76,7
Кизлярский	60,5	95,6	70,0	99,7	87,4	135,3	118,6	68,9
Новолакский	23,4	103,8	82,6	98,6	74,3	42,7	79,2	76,4
Ногайский	22,3	113,0	69,3	90,3	86,0	89,5	80,2	83,8
Тарумовский	23,0	116,8	84,4	86,1	90,5	82,3	111,6	72,0
Хасавюртовский	130,4	114,7	117,6	97,0	82,7	91,2	90,5	77,6
Цумадинский	21,6	92,4	69,6	80,0	17,8	32,3	45,0	61,0
Северные города								
Кизляр	51,4	59,2	89,6	81,6	60,4	68,0	44,6	60,2
Кизилюрт	45,9	121,3	65,6	80,1	80,7	82,7	63,2	39,0
Хасавюрт	124,0	92,0	96,3	59,3	59,3	60,5	49,6	39,7
Махачкала	549,2	169,8	145,6	138,3	85,6	74,4	74,5	74,9
РД	2621,8	84,2	74,4	73,2	57,8	56,3	58,1	59,5

В некоторых северных территориях (Ногайский, Хасавюртовский, Тарумовский районы и г. Хасавюрт) высокий показатель заболеваемости в 2007г. можно объяснить активным выявлением больных туберкулезом при достаточно высоком охвате населения профилактическими флюорографическими обследованиями, как это показано в таблице 3.

В то же время в некоторых территориях высокий показатель заболеваемости обусловлен ухудшением эпидемической ситуации по туберкулезу, так как в них рост заболеваемости за отчетный год произошел при недостаточном охвате населения профилактическими осмотрами.

Таблица 3

Охват населения профилактическим обследованием и выявляемость туберкулеза в Северных районах РД в 2007г.

Северные районы	Заболеваемость на 100 тыс. нас.	Охват населения всего %	В т.ч. ФЛГ %	Выявлено больных в %
Бабаюртовский	50,8	61,0	50,8	45,5
Ботлихский	62,3	47,5	36,5	25,0
Казбековский	62,3	81,2	72,9	12,0
Кизилюртовский	76,7	56,9	46,4	61,4
Кизлярский	68,9	66,2	56,9	58,1
Новолакский	76,4	82,1	80,8	47,4
Ногайский	83,8	89,0	85,3	68,4
Тарумовский	72,0	95,8	92,5	52,9
Хасавюртовский	77,6	83,2	78,1	58,7
Цумадинский	61,0	46,4	31,2	14,3
Северные города				
Кизляр	60,2	89,7	81,6	48,4
Кизилюрт	39,0	64,3	55,6	50,0
Хасавюрт	39,7	76,7	71,6	66,0
Махачкала	74,9	68,1	56,6	47,8
РД	59,5	64,8	61,9	49,0

Один из показателей, характеризующих качество оказания противотуберкулезной помощи населению, является распространенность туберкулеза.

Показатель распространенности за 2001-2007 гг. по РД снизился с 306,2 до 183,5 на 100 тысяч населения (2006г. — 208,7) или на 40,1%.

В северных приграничных районах и городах Республики Дагестан наиболее высокие показатели распространенности туберкулеза в 2007г. (в скобках за 2006г.) отмечаются в Кизилюртовском — 295,9 (378,4);

Кизлярском — 424,7 (472,8); Тарумовском - 283,9 (377,9); Хасавюртовском— 320,0 (375,5); Ботлихском — 235,5 (299,8); районах и в городах Кизляр — 233,1 (267,6); Кизилюрт — 203,7 (263,6). В то же время этот показатель в г. Махачкале составил 217,6 (264,2) на 100 тысяч населения. Одной из причин этого являются дефекты в организации комплексного лечения.

Необходимо отметить, что снижение показателя распространенности туберкулеза за период наблюдения произошло во всех районах и городах Северных пограничных территорий. Вместе с тем, в 6 районах и 2 городах показатель распространенности туберкулеза в 2007г. значительно превышает среднереспубликанский показатель — 183,5 и колебался от 424,7 на 100 тыс. населения в Кизлярском районе до 203,7 в г. Кизилюрте.

Следует отметить, что доля больных с деструктивными формами туберкулеза в контингентах больных туберкулезом органов дыхания составила в 2007 г. в Республике Дагестан в среднем 51,7%, а в северных районах колебалась от 77,9% в Казбековском районе до 31,3% в Ногайском районе. Доля больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом среди всех больных туберкулезом лёгких, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях, составила 23% и колебалась от 4% в Цумадинском районе до 37,5% в Бабаюртовском районе.

Естественным исходом недостаточной химиотерапии среди больных активным туберкулезом является показатель смертности.

За весь период наблюдения показатель смертности в Северных районах и городах значительно превышал средний показатель по республике. Кроме того, наиболее высокие показатели смертности от туберкулеза на 100 тысяч населения в 2007 г. (в скобках данные за 2006г) зарегистрированы в следующих Северных районах: в Кизлярском — 30,4 (31,9); Кизилюртовском — 18,8 (35,2); Хасавюртовском — 21,6 (35,1); Новолакском — 20,1 (21,8); Цумадинском — 17,4 районах и в городе Хасавюрте — 15,1 (21,9).

Таблица 4

Динамика показателя смертности от туберкулеза в Северных приграничных районах РД за 2001-2007гг.

Территория районы	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Бабаюртовский	20,7	14,4	10,6	16,1	7,0	11,6	11,5
Ботлихский	20,2	8,6	13,2	19,8	9,8	7,8	7,8
Казбековский	13,6	3,4	9,6	0	5,1	20,2	12,5
Кизилюртовский	24,8	29,1	31,5	35,2	20,9	24,6	18,8
Кизлярский	21,7	52,3	32,1	31,9	39,6	32,5	30,4
Новолакский	14,2	36,7	27,0	21,8	21,3	16,7	20,1
Ногайский	17,4	4,3	9,5	18,1	21,3	13,4	8,8
Тарумовский	25,9	35,5	17,2	8,6	12,9	21,5	12,7
Хасавюртовский	30,6	37,8	29,5	35,1	20,7	31,7	21,6
Цумадинский	10,9	10,7	10,7	14,1	4,6	13,5	17,4
Северные города							
Кизляр	32,7	26,5	27,3	27,3	17,5	19,4	13,6
Кизилюрт	14,6	31,6	14,6	17,7	10,9	21,8	10,8
Хасавюрт	33,3	30,6	29,5	21,9	20,2	16,0	15,1
Махачкала	25,3	26,9	24,4	14,1	12,1	15,2	8,9
РД	21,0	20,2	16,8	15,3	12,5	10,7	10,9

Показатель смертности от туберкулеза, как важный показатель объема и качества медицинской помощи больным туберкулезом, снизился во всех городах и 7 районах с колебаниями от 2,6 раза в г. Кизилюрте и Ботлихском районе до 24,2% в Кизилюртовском районе. Вместе с тем, в 2007г. в 8 районах и 1 городе показатель смертности от туберкулеза был выше среднереспубликанского показателя, что также свидетельствует о напряженной эпидемической ситуации в Северных приграничных районах и

необходимости совершенствования проводимых противотуберкулезных мероприятий в настоящее время.

В целях улучшения выявления больных туберкулезом на ранних стадиях заболевания и эффективности лечения каждого впервые выявленного больного Постановлением Правительства Республики от 07.08.2000 г. №140 “О ходе выполнения республиканской целевой программы борьбы с туберкулезом в РД на 1999-2004 годы” и приказа Министра здравоохранения РД от 06.09.2000 г. №391-Л “О состоянии противотуберкулезной помощи населению РФ и мерах по ее совершенствованию” было установлено материальное стимулирование медицинских работников учреждений общей лечебной сети за каждый вновь выявленный случай туберкулеза и медицинских работников противотуберкулезных учреждений за эффективность излечения больного туберкулезом в размере 300 рублей. Министерством здравоохранения РД были утверждены соответствующие положения о материальном стимулировании.

Таблица 5
Распределение поощрений между медицинскими работниками общей лечебной сети и противотуберкулезных учреждений за 2001-2006гг.

№ № п/п	Тип ЛПУ	Годы, число работников													
		2001		2002		2003		2004		2005		2006		Итого	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	ОЛС	191	63,9	129	57,6	184	71,8	87	67,4	73	62,9	62	60,2	726	64,5
2.	ПТД	108	36,1	95	42,4	72	28,2	42	32,6	43	37,1	41	39,2	401	35,5
Всего		299	100,0	224	100,0	256	100,0	129	100,0	116	100,0	103	100,0	1127	100,0

За период 2001-2006 г. было поощрено 1127 медицинских работников, в том числе 726 (64,5%) сотрудников учреждений общей практики и 401 (35,5%) работник противотуберкулезных учреждений (таблица 5).

Как видно из таблицы 5, большая часть средств была направлена на материальное стимулирование медицинских работников учреждений общей практики. Преимущественное стимулирование медицинских работников

учреждений общей лечебной сети направлено на улучшение выявления больных туберкулезом на более ранних стадиях заболевания.

Влияние материального стимулирования медицинских работников общей лечебной сети на качество диагностики туберкулеза легких приводится в таблице 6.

Таблица 6

Влияние материального стимулирования медицинских работников ОЛС на качество диагностики новых случаев туб. легких за 1999-2007гг.

Годы	Доля БК+ по микроскопии	Доля фазы распада CV (+)	Соотношение КУМ(+)/CV(+)
1999	18,4	68,1	27,0
2000	18,2	65,4	28,0
2001	22,3	64,1	35,0
2002	25,8	65,3	39,5
2003	28,7	65,3	43,9
2004	44,2	63,1	70,0
2005	38,7	68,8	56,2
2006	43,7	70,1	62,3
2007	45,2	67,7	66,7

Как видно из таблицы 6, за период 1999-2007гг. доля больных туберкулезом легких с подтвержденным бактериовыделением по микроскопии мокроты методом Циля-Нельсена возросла с 18,4% до 45,2% или в 2,5 раза ($p < 0,05$). Следует также отметить, что за тот же период повысился процент соотношения между частотой бактериовыделения и частотой фазы распада с 27% до 66,7% или в 2,5 раза ($p < 0,01$). В Республике Дагестан, в том числе в северных пограничных районах, пока не достигнут расчетный показатель указанного выше соотношения 120%-130% и в этом плане с медицинскими работниками учреждений общей практики по обязательному микроскопическому обследованию мокроты на КУМ лиц с подозрением на туберкулез легких предстоит еще много работы. За последние годы клинико-диагностические лаборатории учреждений общей практики оснащены необходимым оборудованием, реактивами; проведены

семинары и обучение врачей и средних медработников, и надеемся, что качество верификации диагноза туберкулеза микробиологическими методами достигнет расчетных величин.

Влияние материального стимулирования на эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких по показателям прекращения бактериовыделения и закрытия полости распада отражено в таблице 7.

Таблица 7

Влияние материального стимулирования на показатели эффективности лечения (закрытие полостей распада, прекращение бактериовыделения, перевод в III группу диспансерного учета) по Республике Дагестан в целом за 1999-2007гг.

Показатель	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Прекращение бактериовыделения	66,3	67,0	75,5	90,2	89,7	80,6	83,4	83,8	84,5
Закрытие полости распада	55,4	59,0	66,5	72,1	73,3	73,3	75,8	71,7	75,2
Перевод в III группу	21,2	23,1	24,2	26,3	25,7	29,5	28,6	30,4	32,4

Как видно из таблицы 7, частота прекращения бактериовыделения у впервые выявленных больных туберкулезом легких возросла с 66,3% в 1999г. до 84,5% в 2007г. ($p < 0,01$) или в 1,3 раза, а закрытие полостей распада с 55,4% в 1999г. до 75,2% в 2007г. или в 1,4 раза ($p < 0,05$). Материальное поощрение также положительно повлияло на уменьшение частоты досрочного прекращения курса химиотерапии с 4,4% в 2003г. до 2,7% в 2007г. и смерти с 7,9% в 2003г. до 3,9% в 2007г. больных туберкулезом, как от основного заболевания, так и от сочетанного.

Таким образом, внедрение материального стимулирования медицинских работников учреждений общей практики и

противотуберкулезных учреждений оказало положительное влияние на качество диагностики и эффективность лечения больных туберкулезом.

Вместе с тем, несмотря на удовлетворительные результаты химиотерапии с использованием патогенетических средств и коллапсотерапевтических методов, у части больных не удается достичь закрытия полостей распада и прекращения бактериовыделения, и им показано применение хирургических методов лечения.

Для оценки влияния материального стимулирования медицинских работников туберкулезных учреждений на эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом были сопоставлены результаты курсов химиотерапии до, и после внедрения стимулирования.

Эффективность стандартных режимов химиотерапии по данным когортного анализа.

В соответствии с задачами исследования были изучены результаты химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом легких, зарегистрированных к лечению в 2005г. (1358 чел.) и в 2006г. (1423 чел.).

Всем впервые выявленным больным легочным туберкулезом применяли 2-х этапную химиотерапию.

В случае отсутствия эффекта от лечения, по показаниям назначались препараты резерва, применялись методы коллапсотерапии и хирургического лечения.

Интенсивную фазу лечения осуществляли, как правило, в стационарных условиях; фазу продолжения лечения - в амбулаторных условиях.

Результаты лечения больных оценивали по совокупности клинико-рентгенологических данных и результатов исследования мокроты на наличие МБТ.

Микроскопические исследования мазков мокроты и посев проводили до начала химиотерапии и ежемесячно до прекращения бактериовыделения, после чего исследования осуществлялись 1 раз в 2 месяца. У выросших

культур МБТ определяли лекарственную чувствительность к препаратам первого ряда, а в последние годы – и к резервным препаратам.

Рентгенологические исследования осуществлялись каждые 2 месяца в процессе лечения.

Результаты лечения оценивали в соответствии с Приказами: от 21 марта 2003 года за №109 Министерства здравоохранения Российской Федерации: «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» и от 13 февраля 2004 года за №50 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации: «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза».

«Эффективный курс химиотерапии» - определялся по трем критериям: по микроскопии мокроты, по посеву мокроты и по клинико-рентгенологическим данным.

«Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный клинически и рентгенологически» в случае, если больной с исходно отсутствовавшим бактериовыделением полностью прошел курс химиотерапии и у него достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика.

«Неэффективный курс химиотерапии» - также определяется по трем критериям: по микроскопии мокроты, по посеву мокроты и по клинико-рентгенологическим данным.

«Досрочное прекращение химиотерапии» - больной прервал лечение на 2 месяца и более.

«Смерть» - больной умер во время курса химиотерапии от любой причины.

«Прерывание курса химиотерапии» - больной, который прервал курс химиотерапии на 2 месяца и более.

«Больной выбыл из-под наблюдения» - больной выбыл из-под наблюдения проводившего химиотерапию учреждения (в другую административную территорию или ведомство) и результат курса химиотерапии неизвестен.

Все больные, включенные в исследование, были разделены на две группы в зависимости от места проживания. Первую группу составили жители северных районов Республики Дагестан, вторую – жители г. Махачкалы и других районов республики.

Результаты химиотерапии больных туберкулёзом лёгких с бактериовыделением по критерию прекращения бактериовыделения по методу микроскопии отражены в таблице 8.

Из таблицы видно, что результаты лечения впервые выявленных больных в 2005-2006гг. по критерию прекращения бактериовыделения по методу микроскопии заметно повысились в 2007г. по сравнению с 2006г. с 71,1% до 80,3% случаев (прирост составил 12,8%). Уменьшилась доля больных с неэффективным курсом химиотерапии с 20,6% до 14,1% или на 6%, умерших с 3,2% до 1,7% и прервавших курс лечения с 3,2% до 0,9% или более чем в 3 раза.

Таблица 8

Эффективность химиотерапии по микроскопии мокроты впервые выявленных больных, зарегистрированных в 2005-2006гг. в северных приграничных районах Республики Дагестан (в процентах).

№	Год рег.	Число б-х	Эффективный курс химиотерапии	Неэффективный курс химиотерапии	Умерло б-х	Прервали лечение	Выбыли	Д-з ТБ снят
1.	2005	475	71,1	20,6	3,2	3,4	1,7	0
2.	2006	568	80,3	14,1	1,7	0,9	2,3	0,3

Проведенный анализ эффективности лечения больных туберкулезом по микроскопии мокроты и клинико-рентгенологическим данным (табл. 8) показал, что в Северных районах Республики Дагестан в 1,6 раза стало меньше среди впервые выявленных больных с неэффективным курсом химиотерапии, в 2,9 раза снизилась летальность, и в 3,6 раза пациенты стали

реже преждевременно прерывать лечение. Оценка результата химиотерапии по посеву мокроты впервые выявленных больных в 2005-2006гг. представлена в таблице 9.

Таблица 9.
Эффективность химиотерапии по посеву мокроты впервые выявленных больных, зарегистрированных в 2005-2006гг. в северных приграничных районах Республики Дагестан (в процентах).

№	Год рег.	Число б-х	Эффективный курс химиотерапии	Неэффективный курс химиотерапии	Умерло	Прервали	Выбыли	Д-з ТБ снят
1	2005	270	74,7	15,1	3,3	1,1	3,7	1,8
2	2006	265	71,2	21,2	1,9	3,8	1,1	0,8

Из таблицы 9 видно, что эффективность лечения по критерию прекращения бактериовыделения определяемого методом посева несколько снизилась с 74,7% в 2005г. до 71,2% в 2006г. (темп снижения составил 3,3%). Доля неэффективно леченных больных по посеву была больше у лиц, зарегистрированных больных в 2006г., чем в 2005г. (21,2% против 15,1%) и регистрировалась чаще по посеву, чем по микроскопии мокроты (21,2% против 14,1%).

Умерших от туберкулёза и других причин пациентов, выявленных в 2006г. стало меньше, чем в 2005г. (1,9% против 3,3%, темп снижения составил 42,4%). Доля больных, преждевременно прервавших лечение, составила 1,1% в 2005г. и 3,8% в 2006г. при допустимом уровне не более 5%.

Более низкая эффективность химиотерапии связана с дефектами работы бактериологической службы в основном организационного характера (периодическое отключение электричества, недостаточное техническое оснащение всех баклабораторий).

Эффективность лечения впервые выявленных больных по закрытию полостей распада (таблица 10) возросла в 2006г. по сравнению с 2005г. с 68,8% до 72,5% или на 5,7%, а доля больных с неэффективной химиотерапией уменьшилась с 21,3% до 17,8%. Доля умерших больных в 2006г. составила 2,2%, что ниже, чем в 2005г. (3,3%).

Таблица 10.

Эффективность химиотерапии по закрытию полостей распада впервые выявленных больных, зарегистрированных в 2005-2006гг.

№	Год рег.	Число б-х	Эффективный курс химиотерапии	Неэффективный курс химиотерапии	Нет свед. о рент. дин.	Умерло	Прервали	Выбыли	Д-з ТБ снят
1	2005	815	68,8	21,3	3,7	3,3	1,3	1,1	0,5
2	2006	945	72,5	17,8	4,9	2,2	0,5	1,6	0,5

Сравнительные данные эффективности лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких и рецидивом заболевания по Республике Дагестан представлены в таблице 11.

Таблица 11.

Показатели эффективности основного курса лечения больных туберкулезом легких, зарегистрированных в 2005-2006гг. (в процентах)

Показатели	2005г.	2006г.	РФ 2005г.
Результаты основного курса лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких			
1. Эффективный курс химиотерапии (КХТ)	71,1	80,3	63,9
2. Неэффективный курс химиотерапии (КХТ)	20,6	14,1	13,5
3. Досрочно прекратили курс	3,4	0,9	10,3
4. Умерло от туберкулеза	3,2	1,7	3,0
5. Умерло от других причин	0,9	1,0	5,0
6. Выбыло	1,7	2,3	4,5
7. Эффективный КХТ по микроскопии мокроты	39,0	69,4	57,6
8. Эффективный КХТ по посеву мокроты	74,7	71,2	60,6
9. Эффективный КХТ по закрытию полостей распада	68,8	72,5	51,3
Результаты основного курса лечения больных рецидивом туберкулеза легких			
1. Эффективный КХТ	58,1	72,6	54,2
2. Неэффективный КХТ	30,6	11,3	21,5
3. Досрочно прекратили курс химиотерапии	4,8	3,2	13,1
4. Умерло от туберкулеза	0	1,6	7,1
5. Умерло от других причин	1,6	6,5	4,2
6. Выбыло (%)	4,8	0	4,5
7. Эффективный КХТ по микроскопии мокроты	45,8	71,0	29,8
8. Эффективный КХТ по посеву мокроты	18,8	69,6	46,7
9. Эффективный КХТ по закрытию полостей распада	35,4	59,5	51,4

Как видно из таблицы, эффективный курс среди лиц, выявленных в 2005г., составил 71,3%, среди пациентов, зарегистрированных в 2006г. - 80,3%, в 2007г. – 80,9%.

В Республике Дагестан заметно ниже по сравнению с аналогичными показателями по РФ показатели прерывания лечения (2005г. -3,2%, 2006г. – 0,9%) и летальности от туберкулеза (2005г. – 4,1%, 2006г. – 0,7%).

При сравнении следует отметить, что эффективный курс химиотерапии у больных с рецидивом туберкулеза отмечен реже (58,1 и 72,6%), чем у впервые выявленных больных. Это выразилось в меньшем доле больных, у которых прекратилось бактериовыделение и закрылись полости распада. Больные с рецидивом чаще досрочно прерывали лечение.

Более низкую эффективность лечения рецидивов можно объяснить тем, что рецидив заболевания чаще развивался у пациентов с выраженными остаточными изменениями после перенесенного ранее туберкулеза и чаще регистрировалась ЛУ МБТ, что способствует замедлению соответственно репаративных процессов в легких (4,8-3,2%).

Основная группа больных с рецидивом заболевания относится к социально уязвимым группам риска, поэтому выработать мотивацию на излечение у них, гораздо сложнее. На эффективность лечения влияют также дефекты работы баклаборатории и недостаток препаратов резервного ряда для лечения пациентов с МЛУ или XDR- туберкулезом, контроль за приемом противотуберкулезных препаратов.

Таким образом, когортный анализ лечения больных туберкулезом показал свою эффективность как среди впервые выявленных, так и среди ранее леченных больных. Результаты химиотерапии впервые выявленных больных по критериям прекращения бактериовыделения и закрытия полостей распада заметно превосходят эффективность лечения рецидивов, что связано как с более замедленной динамикой репаративных процессов, так

и с большей частотой встречаемости и выраженности социальной дезадаптации пациентов с рецидивом заболевания.

Основные причины неэффективности лечения: выявление распространенных форм туберкулеза, неаккуратное соблюдение больными режима лечения, рост первичной МЛУ, неполный объем бактериологического обследования и низкое качество работы бактериологических лабораторий, возрастающая потребность в оперативном лечении как впервые выявленных, так и ранее леченных больных.

Современный уровень легочной хирургии, анестезиологии и интенсивной терапии позволяет на новом уровне расширить объем хирургической помощи больным с различными формами туберкулеза и на различном этапе интенсивной терапии. Эффективность хирургического лечения у впервые выявленных больных с ограниченными формами достигает 98%-99%, а у больных с распространенными процессами и сопутствующей патологией, прогрессирующим течением и развившимися осложнениями она составляет 70%-94,5% и ухудшается из-за необоснованного позднего направления больных на оперативное лечение [Л.П. Рымко 1984; М.И. Перельман 1998, 2003; М.В. Шилова 2007].

Все эти тенденции, совершенно очевидно, отражаются на работе противотуберкулезной службы Республики Дагестан. Доля деструктивных форм туберкулеза в контингентах больных туберкулезом органов дыхания в 2004г. составила 50,2% (2896 из 5759 чел.), а в 2005г. – 51,5% (2824 из 5485 чел.), в 2006г. - 51,2% (2745 из 5513 чел.), в 2007г. - 31,7%. На долю фиброзно-кавернозного туберкулеза приходится соответственно 26,2%; 25,0%; 22,8%; 23,0% пациентов, а среди впервые выявленных больных деструктивные формы (распад) составляли за 2004-2007гг. соответственно 57,2%, 62,1%, 64,1%, 62,8% из всех выявленных больных туберкулезом легких.

Длительная целенаправленная химиотерапия, в том числе с использованием коллапсотерапевтических (ИП, ПП) и местных методов

лечения (пункции каверны и введение ПТП), не привела к клиническому излечению за 2005-2006гг. соответственно у 28,3% и 24,8% впервые выявленных больных и 49,3%-62,5% с рецидивом туберкулеза легких.

Всем больным туберкулезом, у которых химиотерапия оказалась неэффективной, показано хирургическое лечение. Для определения нуждаемости в хирургическом вмешательстве была изучена медицинская документация 2824 больных туберкулезом легких, в том числе 940 (33,2%) впервые выявленных и 1884 из контингента. Потребность в хирургическом вмешательстве установлена у 1152 больных или в 40,8% случаев, в том числе среди впервые выявленных – 153 чел. или в 16,3% случаев и у 999 больных из контингента (рецидивы, другие случаи повторного лечения) или в 53% случаев.

По показаниям для хирургического лечения больные распределены на 3 группы: I гр. 218 больных (18,9%) – с осложняющими факторами химиотерапии деструктивного туберкулеза в том числе: 1) рецидивирующие легочные кровохарканья и кровотечения 115(10,1%); 2) пиопневмоторакс 31 (2,7%); 3) прогрессирование туб. процесса 72 (6,7%); всего 18,9%. Во второй группе включены 293(25,4%) больных деструктивным туберкулезом, у которых в период КХТ сформировались: туберкулема, кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез. Большинство из них не выделяли МБТ. 43 (16,0%) пациентов 2 группы отказались от операции.

Наиболее сложной была III группа – 641 из 1152 или 55,6% больных деструктивным туберкулезом легких, у 292 (40,9%) определялась лекарственная устойчивость, в том числе у 99 (15,4%) множественная резистентность МБТ. У 379 больных (59,1%) имелись сочетанные заболевания (химиотерапия была ограничена из-за плохой переносимости химиопрепаратов), с преимущественным развитием необратимых патологических изменений в легких и в плевре. У 59,1% больных III группы была диагностирована фиброзно-кавернозная форма туберкулеза.

В 111 группе преобладали лица с распространенными формами заболевания, нуждающиеся в применении высоко-технологических операций (одномоментные или этапные вмешательства). Немалая доля (до 15%-20%) больных приходилась на специальные методы предоперационной подготовки с использованием энергий лазера, низкочастотного ультразвука, экстракорпоральных методов детоксикации, миниинвазивных и др. вмешательств.

За период 2001-2005гг. были оперированы 646 больных из 1152 или 56,1%. Большинство оперированных больных туберкулезом органов дыхания составляли жители северных районов 383 из 646 (59,3%), так как структура клинических форм туберкулеза при выявлении более тяжелая, чем в других регионах республики. Доля деструктивных форм среди вновь выявленных за период 2001-2005 гг. колебалась в пределах 65,8-70,1%. Виды и число оперированных больных за 2001-2005гг. приводятся в таблице 12.

Таблица 12

Объем и число оперированных больных туберкулезом органов дыхания в РД за 2001-2005гг.

	Вид операции	Число оперированных больных							
		Буйнакс		Новочеркасск		ГУ ЦНИИТ РАМН		Итого	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1.	Пневмонэктомия	21	4,5	7	7,3	37	43,5	65	10,1
2.	Лобэктомия	163	35,1	39	40,7	27	31,8	229	35,4
3.	Сегментарные резекции	239	51,4	35	36,4	12	14,1	286	44,3
4.	Другие	42	9,0	15	15,6	15	17,6	66	10,2
Итого		465	100,0	96	100,0	85	100,0	646	100,0

Как видно из таблицы 12, большинство операций - это сегментарные резекции – 44,3%, лобэктомии – 35,4%, и пневмонэктомии – 10,1%. Необходимо отметить, что в результате хирургических вмешательств

значительное улучшение достигнуто в среднем у 78,5% больных, улучшение – у 11,4%, без эффекта – 7,1%, умерли – 2,9% (таблица 13).

Таблица 13.

Эффективность хирургического лечения больных туберкулезом органов дыхания

Территория	Исходы хирургического лечения									
	Значительное улучшение		Улучшение		Без перемен		Умерли		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
северные районы	254	82,7	28	9,2	16	5,2	9	2,9	307	47,5
г. Махачкала	181	75,1	32	13,3	22	9,1	6	2,5	241	37,3
Другие районы	72	73,5	14	14,2	8	8,1	4	4,1	98	15,2
Всего	507	78,5	74	11,4	46	7,1	19	2,9	646	100,0

Одной из задач исследования является выяснение роли хирургических вмешательств в уменьшении резервуара туберкулезной инфекции. Как показали наши исследования, значение хирургических вмешательств в ежегодное оздоровление впервые выявленных больных составляет 15%-18% (таблица 14), а при фиброзно-кавернозном туберкулезе легких всего 4,5% – 5% (таблица 15).

Таблица 14.

Доля впервые выявленных больных туберкулезом легких за 2003-2007 гг., которым применялось хирургическое лечение

Годы	Число больных	Из них оперированы	
		Абс.	%
2003	3195	479	15
2004	2896	464	16
2005	2824	466	16,5
2006	2745	480	17,5
2007	2461	443	18,0
Итого	14121	2432	17,2

Таблица 15.

Доля оперированных больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких за 2003-2007 гг.

Годы	Число больных	Из них оперированы	
		Абс.ч.	%
2003	1566	63	4,0
2004	1461	53	3,6
2005	1343	61	4,5
2006	1179	59	5,0
2007	1063	55	5,2
Итого	6612	290	4,4

В целях повышения хирургической активности и уменьшения резервуара туберкулезной инфекции в РД все впервые выявленные туберкулезом легких и повторно леченных с фазой распада, при сохранении деструкции после 5 месяцев лечения направляются на консультации к хирургу.

Следует отметить, что благодаря комплексному подходу к лечению пациентов деструктивными формами туберкулеза легких с применением хирургических методов за период 2003-2007 гг. число больных деструктивными формами в контингентах уменьшилось на 33%, а с фиброзно-кавернозной формой на 32,1%.

Все вышеизложенное свидетельствует о большом значении хирургических методов в оздоровлении наиболее тяжелой и сложной для лечения группы больных туберкулезом легких.

Туберкулез остается медико-социальной проблемой, напрямую зависящей от влияния экономических и социальных факторов, качества жизни и питания населения.

Анализ сложившейся ситуации, связанной с туберкулезом, выявляет ряд проблем, требующих неотложного решения.

Наиболее важной задачей следует считать своевременное выявление больных туберкулезом, особенно в группах повышенного риска, среди детей, подростков и женщин, лиц с асоциальным поведением и находящихся в подразделениях УИС.

На основе анализа результатов проведенных нами исследований и выявленных при этом закономерностей, играющих существенную роль в повышении эффективности активного выявления, диагностики и лечения туберкулеза, нами разработан «Алгоритм совершенствования работы лечебных учреждений различного профиля по выявлению, диагностике и лечению больных туберкулезом» (см. схему 2).

Основными моментами алгоритма являются то, что в Республике Дагестан более 63,0% населения проживает в сельских населенных пунктах в т.ч. и в северных приграничных районах.

Заболевшие туберкулезом больные вначале обращаются к медицинским работникам фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, участковых больниц, семейным врачам, участковым врачам и другим специалистам ЦРБ.

На уровне ФАПов, ВА, УБ, СВ проводятся следующие противотуберкулезные мероприятия:

I. Выявление больных:

- определить группы риска среди проживающих в населенном пункте – это лица, контактирующие с больными туберкулезом, живущие вблизи туберкулезного очага (соседи, родственники) больные, с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, почек, костей-суставов, бесплодием, органов пищеварения, уклоняющиеся от обследования, алкоголиков, наркоманов, часто и на длительное время выезжающие за пределы села, вышедшие из мест заключения;

- определить декретированную группу населения обязательно подлежащие обследованию – это работники школ, ДДУ, коммунальных услуг, лечебных учреждений, животноводства.

Алгоритм совершенствования работы лечебных учреждений первичного медицинского звена по выявлению, диагностике и лечению больных туберкулезом (этапы оказания противотуберкулезной помощи).



Эти группы населения проходят флюорографическое обследование в год 1 раз при массовом обследовании на месте, или доставляются организованно в ЦРБ, ЦРП на флюорографическое обследование.

- во время подворных обходов обратить внимание на лиц

1. длительное время кашляющих;
2. беспричинно температурающих;
3. бледных, заметно похудевших;
4. нетранспортабельных, находящихся на постоянном постельном режиме;
5. с психическими заболеваниями.

Этим лицам организовать не отлагательное обследование в условиях ЦРБ, ЦРП, собрать мокроту и доставить в КДЛ, ЦРБ, ЦРП на микроскопию МБТ.

II. Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом:

- завести индивидуальные диспансерные карты на всех больных туберкулезом и разложить их по группам;

- больным активным туберкулезом проводить все назначения фтизиатра, регулярно наблюдать их, организовать им обследование не реже 1 раза в квартал в ЦРБ у фтизиатра, проводить текущую дезинфекцию, при ухудшении их состояния немедленно довести до сведения фтизиатра и организовать его госпитализацию в ЦРБ или туберкулезную больницу, оказать неотложную медицинскую помощь, при резком ухудшении состояния больного (легочное кровотечение, пневмоторакс);

- больных с неактивным туберкулезом легких взять на диспансерный учет, завести на них индивидуальную карту, по указанию районного фтизиатра организовать двукратное обследование (рентген, лабораторное) и проводить противорецидивное лечение;

- лиц, контактирующих с туберкулезными больными, взять на учет и по назначению районного фтизиатра проводить двукратное их обследование в году, проводить химиопрофилактику и регулярно наблюдать;

- инфицированных детей взять на учет (вираж, нарастание, гиперергическая проба) завести на них медицинскую документацию и по назначению районного фтизиатра наблюдать и проводить контрольную химиопрофилактику. При малейшем изменении их состояния (кашель, температура, бледность, похудание и др.) немедленно доставить в ЦРБ на обследование;

III. Санитарно-просветительная работа.

- регулярно проводить беседы на темы по профилактике туберкулеза, особенно в очагах туберкулезной инфекции;

- на видном месте вывесить наглядную агитацию (санитарные бюллетени, окна здоровья и т.д.);

- организация школ здоровья, особенно среди лиц – близких родственников туберкулезных больных;

- выступления в мечетях, в местах скопления людей (собрание и т.д.) по профилактике туберкулеза;

- организация заключительной дезинфекции в очагах туберкулезной инфекции после госпитализации или смерти больного не позже 2-3 дней.

Организация противотуберкулезной помощи по принципу данного алгоритма в Республике Дагестан, в том числе в ее северных районах, дала существенный результат по улучшению эпидемиологической обстановки по туберкулезу в республике: снизились основные эпидемиологические показатели, повысилась эффективность лечения больных туберкулезом, значительно уменьшился резервуар туберкулезной инфекции.

В изучаемых нами северных приграничных районах и городах республики эпидемиологическая ситуация и показатели эффективности выявления и лечения значительно улучшились:

- показатель заболеваемости с 90,8 снизился до 66,9 на 100 тысяч населения или на 26,4%;

- показатель болезненности снизился с 354,8 до 247,3 на 100 тысяч населения или на 30,4%;

- показатель смертности снизился с 22,5 до 18,2 на 100 тысяч населения или на 21,9%;

- доля впервые выявленных больных туберкулезом легких в фазе распада снизилась на 11,8% (с 69,6% до 57,8%);

- доля пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких среди вновь выявленных снизилась на 0,7% (с 0,8 %до 0,1%);

- число больных в фазе распада среди контингентов уменьшилось на 238 человек (с 1159 до 921) или на 20,5%;

- число больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом снизилось на 177 человек (с 543 до 366) или на 32,6%;

- профилактическое выявление больных туберкулезом повысилось на 2,2% (с 58,7% до 60,9%);

- частота закрытия полостей распада повысилась незначительно всего на 2,5% (с 62,2% до 64,7%);

- показатель абациллирования возрос на 11% (с 67%до 78%);

- клиническое излечение

- (переводы больных туберкулезом из активной 1-ой группы в III-тью неактивного группу диспансерного учета) возросло на 11,8% (с 22,7% – 34,5%);

Для дальнейшего улучшения оказания противотуберкулезной помощи населению и стабилизации эпидемиологической обстановки по туберкулезу в Республике Дагестан необходимо:

- совместно с администрациями городов и районов принять конкретные меры по выполнению республиканской целевой программы «Борьба с туберкулезом в Республике Дагестан на 2008-2012 годы» и территориальных программ борьбы с туберкулезом;

- проводить профилактические флюорографические обследования, в первую очередь, в группах повышенного риска заболевания туберкулезом и в населенных пунктах, где имеется сочетание низкого охвата населения профилактическими осмотрами и высокая заболеваемость туберкулезом;

- совершенствовать работу по оказанию организационно-методической и практической помощи центральным больницам городов и районов республики в проведении противотуберкулезных мероприятий;

- расширить возможности бактериологической диагностики туберкулеза как в противотуберкулезных, так и в учреждениях общей лечебной сети с целью активного и раннего выявления туберкулеза;

- продолжить работу по укреплению материально-технической базы противотуберкулезных учреждений;

- вести строгий учет детей и подростков, впервые инфицированных туберкулезной инфекцией и обеспечить им проведение профилактических курсов лечения;

- продолжить проведение семинаров для врачей общей лечебной сети по диагностике и раннему выявлению туберкулеза, регулярно проводить санитарно-просветительную работу среди населения, направленную на раннее выявление и профилактику туберкулеза.

ВЫВОДЫ

1. За последние 7 лет (2001-2007гг.) основные эпидемические показатели по туберкулезу в Северных районах Республики Дагестан отличались нестабильностью и большими колебаниями. Заболеваемость туберкулезом выше среднереспубликанского в 2001-2007 гг. отмечалась в Северных приграничных районах: Хасавюртовском — 114,0-77,6; Ногайском — 113,0-83,8; Тарумовском — 116,8-72,0; Кизлярском — 95,6-68,9; Кизилюртовском — 167,4-76,7; Новолакском — 103,8-76,4; Цумадинском — 92,4-61,0 на 100 тысяч населения. Средний показатель заболеваемости по Республике Дагестан в 2007г. составлял 56,8, а по Северным районам — 64,7 на 100 тыс. населения.

2. Наряду с ростом показателя заболеваемости, отмечается увеличение числа больных с распространенными и остро прогрессирующими формами, с казеозной пневмонией, с тотальным, поликавернозным поражением легких, с туберкулезом других органов. Доля деструктивных форм увеличилась до 62,6%-70% среди впервые выявленных больных туберкулезом легких.

3. Изучение каналов выявления туберкулеза показало, что остается резерв активного выявления больных путем целенаправленного привлечения к обследованию лиц из групп повышенного риска заболевания и контингентов населения, не обследованных в течение многих лет, а также внедрение бактериологических методов обследования на туберкулез. Немаловажную роль играет активное выявление больных путем подворных обходов и сбора мокроты медицинскими работниками ФАПов, особенно в сельских районах, позволяющие повысить на 35,4% результативность обнаружения МБТ.

4. Эффективность химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом легких в 2005-2006 годах по негативации мокроты методом микроскопии составила соответственно 71,1 % и 80,3 %, по посеву мокроты на МБТ 74,7 % и 71,2 % , а по закрытию полостей распада 68,8 % и 72,5 %.

5. Эффективность химиотерапии больных рецидивом туберкулеза легких за 2005-2006гг. по негативации мокроты методом микроскопии составила 41,7% и 64,5% соответственно, по посеву мокроты 48,8% и 69,6%, а по закрытию полостей распада 35,4% и 59,5% соответственно.
6. Комплексная длительная химиотерапия оказалась неэффективной от 32,5% до 49,3% больных с различными клиническими деструктивными формами туберкулеза легких из-за нарастания частоты лекарственной устойчивости, в том числе и МЛУ.
7. Материальное стимулирование медицинских работников за своевременное выявление и эффективное лечение больных туберкулезом, различные формы социальной поддержки больных позволяют улучшить выявление случаев туберкулеза и обеспечить контролируемую химиотерапию у большинства больных, повысить эффективность лечения и сократить число отрывов от лечения. Социальная поддержка на амбулаторном этапе позволила сократить число отрывов от лечения с 15,3% до 1,8%.
8. Потребность в хирургическом лечении у больных с неэффективным консервативным лечением составила 40,8%, в т.ч. среди вновь выявленных 16,3% и повторно леченных – 53%. Хирургические вмешательства позволили достигнуть у 78,5% больных полный клинический эффект (прекращение бактериовыделения и отсутствие полостей распада), улучшение – 11,5% состояние осталось без перемен у 7,1% и умерли 2,9%.
9. Хирургические вмешательства позволяют ежегодно оздоравливать 15%-18% впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания и 4%-5% фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Практические рекомендации

1. С целью выявления туберкулеза на ранних стадиях заболевания в сельской местности необходимо во время подворных обходов более целенаправленно уточнять контингенты больных, уязвимых к туберкулезу, организовать неотлагательно их обследование путем бактериоскопией мокроты на КУМ не менее 3-х раз и флюорографического осмотра.
2. При обследовании контактов следует иметь в виду, что из-за более тесного общения жителей села, по сравнению с горожанами, контактами являются не только члены семьи больного, но и соседи, дальние родственники, которые должны пройти полное клинико-рентгенологическое и лабораторное обследование.
3. Всем больным на амбулаторном этапе необходимо предоставить социальную поддержку в форме возмещения транспортных расходов к месту получения лекарств и организовать поощрение лиц, не нарушающих режим лечения.
4. Рекомендуются материальное стимулирование медицинских работников за активное выявление больных туберкулёзом и эффективность лечения.
5. Неэффективность контролируемой химиотерапии больных деструктивным туберкулезом является одним из признаков развития лекарственной устойчивости МБТ и служит показанием к более раннему применению хирургического лечения.
6. Высокая эффективность резекций позволяет рекомендовать более широкое применение этих операций на ранних этапах комплексного лечения, особенно деструктивных форм туберкулеза органов дыхания.

Список научных работ, опубликованных по теме диссертации.

1. Муталимов М.А., Аминов Ф.С., Адзиев А.А., Гусейнов Г.К. Повышение эффективности комплексного лечения деструктивного туберкулеза легких применением коллапсотерапии. // Материалы II-ой Республиканской научно-практической конференции «Новые технологии в медицине». - Махачкала.- 2003.- С.110-111.
2. Адзиев А.А., Шайхаев А.Я. Роль хирургических методов в повышении эффективности лечения больных деструктивным туберкулезом легких в РД.// Материалы Всероссийской конференции «Актуальные вопросы фтизиопульмонологии и торакальной хирургии». - М.- 2006. – С. 8-9.
3. Мамаев И.А., Гусейнов Г.К., Адзиев А.А. К эпидемиологической ситуации по туберкулезу в Дагестане.// Материалы научной сессии, посвященной 74-летию ЦНИИТ РАМН: «Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких». – М. – 2006. – С. 25-26.
4. Шайхаев А.Я., Пунга В.В., Газалиев М.Б., Адзиев А.А. Эффективность лечения больных деструктивным туберкулезом легких в Республике Дагестан. // Материалы научной сессии, посвященной 74-летию ЦНИИТ РАМН: «Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких». – М. – 2006. –С. 154-155
5. Гусейнов Г.К., Мамаев И.А., Адзиев А.А. и др. Искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум в комплексном лечении впервые выявленных больных деструктивным туберкулезом легких.// Сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения проф. М.М.Максудова. - Махачкала. – 2006. – С. 375-377.
6. Мамаев И.А., Асхабалиев М.Г., Адзиев А.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Дагестан и перспективы ее улучшения.// Материалы научно-практической конференции фтизиатров Дагестана, посвященной 80-летию РПТД и 30-летию кафедры фтизиатрии ДГМА. Махачкала. – 2006.- С. 5-10.

7. Гусейнов Г.К., Муталимов М.А., Адзиев А.А. Пути повышения эффективности лечения деструктивного туберкулеза легких. //Материалы научно-практической конференции фтизиатров Дагестана, посвященной 80-летию РПТД и 30-летию кафедры фтизиатрии ДГМА. Махачкала. – 2006.- С. 72-74.
- 8.Шайхаев А.Я., Васильева И.А., Адзиев А.А. и др. Частота выявления и особенности хирургического лечения больных туберкулезом легких с множественно- лекарственной устойчивостью микобактерий. // Материалы научно-практической конференции фтизиатров Дагестана, посвященной 80-летию РПТД и 30-летию кафедры фтизиатрии ДГМА. - Махачкала. – 2006.- С. 90-93.
9. Адзиев А.А., Гусейнов Г.К., Асхабалиев М.Г. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Северных приграничных районах Республики Дагестан //Материалы научно-практической конференции фтизиатров Дагестана, посвященной 80-летию РПТД и 30-летию кафедры фтизиатрии ДГМА. – Махачкала. – 2006. - С. 158-161.
10. Адзиев А.А., Гусейнов Г.К., Мамаев И.А., Асхабалиев М.Г. Особенности выявления и профилактики туберкулеза в эпидемиологически неблагополучных регионах Республики Дагестан. //Методические рекомендации для врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров. – Махачкала. - 2006. - протокол № 8.
11. Адзиев А.А., Шайхаев А.Я., Пунга В.В., Газалиев М.Б., Орлов А.В. Эффективность хирургического лечения больных деструктивным туберкулезом легких в Республике Дагестан // Сборник тезисов 16-го Национального конгресса по болезням органов дыхания. - С-П. - 2006. – С. 89-89.
12. Муталимов М.А., Адзиев А.А., Гусейнов Г.К., Пахиева Х.Ю. Способ лечения экссудативного плеврита. // Патент на изобретение № 2357728, бюллетень № 16 от 10 июня 2009г.

13. Гусейнов Г.К., Адзиев А.А., Гаджиева З.В. Медико-социальный статус больных при сочетании туберкулеза и ВИЧ - инфекции в Дагестане //Материалы III-ей Всероссийской научно-практической конференции «Туберкулез с лекарственной устойчивостью микобактерии туберкулеза у больных ВИЧ инфекцией». – М. - 12 – 13 мая 2009г. – С. 16-17.

14. Адзиев А.А., Асхабалиев М.Г., Пунга В.В., Русакова Л.И. Роль материального стимулирования медицинских работников по показателю раннего выявления и эффективного лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких в Республике Дагестан. //Проблемы туберкулеза и болезней легких. - 2009г. - Материалы научной сессии, посвященной 74-летию ЦНИИТ РАМН: «Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких». – М. – №6. – С. 37-41