ние шансов с определением 95 % доверительного интервала.

У 32 (20 %) пациентов в раннем послеоперационном периоде были зарегистрированы пароксизмы фибрилляции предсердий продолжительностью более 30 секунд. Присутствие таких факторов риска, как возраст старше 60 лет, перенесенный Q-позитивный инфаркт миокарда, II Б стадия хронической сердечной недостаточности, фракция выброса левого желудочка 40 % и менее, концентрация *NT-proBNP* более 80 пг/мл, дилатация левых отделов сердца, многососудистое поражение коронарного русла, необходимость инотропной поддержки миокарда и длительность искусственного кровообращения более 85 мин, позволяет с большой долей вероятности относить больных к группе высокого риска фибрилляции предсердий в раннем послеоперационном периоде коронарного шунтирования и диктует необходимость обсуждения возможности превентивного назначения антиаритмической терапии.

Ключевые слова: коронарное шунтирование, послеоперационная фибрилляция предсердий, прогнозирование риска

age > 60 years, history of Q-positive myocardial infarction, II B stage of chronic heart failure, left ventricle ejection fraction less than 40 %, dilation of left chambers of heart, NT-proBNP level > 80 pg/ml, multi-vessel coronary disease, inotropic support, off-pump surgery time > 80 min was found helpful to alert the clinician about higher probability of new-onset atrial fibrillation after CABG and to guide prophylactic therapy.

Key words: coronary artery bypass grafting, new-onset postoperative atrial fibrillation, predicting

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.6-002.5:614.446:616-052
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09091>
ISSN – 2073-8137

ВЛИЯНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА НА ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ ПО МОЧЕПОЛОВОМУ ТУБЕРКУЛЁЗУ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Р. Х. Уртенев¹, Л. Ю. Тарасенко¹, В. В. Вышеславцев¹, В. В. Чеботарёв², М. С. Асхаков²

¹ Краевой клинический противотуберкулезный диспансер, Ставрополь

² Ставропольский государственный медицинский университет

Уртенев Руслан Халитович, заведующий отделением для больных урогенитальным туберкулёзом Краевого клинического противотуберкулезного диспансера, г. Ставрополь; тел.: 89624546934; e-mail: otbut@yandex.ru

Тарасенко Лариса Юрьевна, врач-уролог отделения для больных урогенитальным туберкулёзом Краевого клинического противотуберкулезного диспансера, г. Ставрополь; тел.: 89624905696; e-mail: otbut@yandex.ru

Вышеславцев Владимир Владимирович, врач-уролог отделения для больных урогенитальным туберкулёзом Краевого клинического противотуберкулезного диспансера, г. Ставрополь; тел.: 89283296868; e-mail: visheslav15@mail.ru

Чеботарев Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: (8652)287922; e-mail: stgmakvd@mail.ru

Асхаков Марат Солтанович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО Ставропольского государственного медицинского университета; тел.: 89283147456; e-mail: kedri2007@yandex.ru

В России обстановка по туберкулезу ухудшилась в начале XX столетия, а эпидемия остановлена только к концу 2000 года при сохранении достаточно высоких показателей заболеваемости, смертности и распространенности этой болезни [5]. На фоне возросшей заболеваемости легочным процессом и относительной стабилизации внелегочного в структуре последнего ведущая роль принадлежит мочеполовым формам инфекции [3, 4]. Запоздалое выявление определяет значительную долю осложненных форм туберкулёза мочеполовых органов (ТМПО), которые в большинстве случаев требуют хирургического вмешательства. При этом органоуносящие операции (нефрэктомия) составляют от 50 до 80 % [2].

Для Ставропольского края, который является приграничным и отличается интенсивностью миграционных потоков, туберкулез всех лока-

лизаций является важной медико-социальной проблемой. Поэтому повышение качества и увеличение объемов мероприятий по профилактике и выявлению заболевания на ранних стадиях, внедрение новых методов диагностики и лечения представляется весьма актуальным.

Цель исследования: изучить эффективность мероприятий по своевременному выявлению туберкулёза мочеполовых органов путём четкой регламентации групп риска по заболеванию и разработки дифференцированного подхода к обследованию, организации выявления и своевременной диагностики заболевания в отдельно взятом субъекте РФ на примере Ставропольского края.

Материалы и методы. При непосредственном участии специалистов Краевого клинического противотуберкулезного диспансера 29 марта 2006 года разработан и издан совместный приказ министерства здравоохранения и Территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Ставропольскому краю № 01-05/118 «По дальнейшему совершенствованию своевременного выявления туберкулёза внегочечных локализаций в Ставропольском крае» (в дальнейшем – Приказ).

Известно, что ранняя диагностика туберкулёза почки предусматривает активное выявление неструктивной формы заболевания (туберкулез почечной паренхимы), которая не имеет характерных клинко-рентгенологических признаков и диагноз ставится только на основании выявления микобактерий туберкулёза (МБТ) в моче [1]. Установлено, что увеличение кратности посевов повышает вероятность положительного результата и частоты выявления больных нефротуберкулёзом [1]. Однако на практике массовое обследование населения с целью возможного обнаружения МБТ в моче неосуществимо и нецелесообразно экономически. В связи с этим в Приказе выделены «группы риска» в развитии ТМПО, регламентировано проведение ежегодных профилактических осмотров пациентов. Выделены три группы риска.

I группа риска – пациенты, перенесшие туберкулез экстраренальных локализаций. Особого внимания заслуживают лица с гематогенно-диссеминированными формами поражения, с кавернозным и особенно фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, больные с деструктивными формами спондилита, особенно при локализации очага в нижнегрудном и поясничном отделе позвоночника. Обязательный диагностический минимум обследования пациента включает общие клинические анализы. При выявлении патологии в клиническом анализе мочи – ультразвуковое исследование (УЗИ) органов мочевыводящей системы, однократное исследование мочи на наличие кислотоустойчивых бактерий.

II группа риска – больные, состоящие на диспансерном учете в лечебных учреждениях общей лечебной сети (ОЛС) с хроническими урологическими заболеваниями (пиелонефритами, циститами, мочекаменной болезнью, воспалительные заболевания мужских половых органов), с отсутствием обструктивных и ретенционных осложнений, с частотой обострения не более двух раз в год. Своиственные им торпидности течения, общая с ТМПО клиническая картина, отсутствие фтизиатрической настороженности врачей ОЛС нередко приводят к тому, что от момента начала заболевания до установления специфической этиологии процесса проходит несколько лет. В дальнейшем больные госпитализируются во фтизиоурологический стационар с запущенным, распространенным урогенитальным туберкулезом, зачастую требующим оперативного лечения. Обязательный диагностический минимум дополняется: туберкулинодиагностикой, трёхкратным исследованием мочи и эксприматов предстательной железы на кислотоустойчивых бактерий, с одновременным посевом на твёрдые среды, обязательным УЗИ. По показаниям проводятся неинвазивные дополнительные методы исследования: экскреторная урография, мультиспиральная компьютерная томография почек.

III группа риска – пациенты, состоящие на диспансерном учете в ОЛС с хроническими урологическими заболеваниями (аномалиями развития мочевыводящей системы, пиелонефритами, циститами, мочекаменной болезнью, воспалительными заболеваниями мужских половых органов) при наличии обструктивных и ретенционных осложнений, с частотой обострения 3 и более раз в год. Данный контингент подлежит обязательному обследованию в условиях противотуберкулезного диспансера.

В комплекс обязательных методов исследования входят: клинические анализы крови, мочи, исследование мочи и иного доступного диагностического материала на МБТ (молекулярно-генетический метод, люминисцентная микроскопия, посев на жидкие/плотные питательные среды) не менее чем шестикратно. Назначают УЗИ органов мочеполовой системы, экскреторную урографию. Для подтверждения диагноза ТМПО, проведения дифференциальной диагностики проводятся дополнительные методы исследования: неинвазивные (проба Манту 2 ТЕ, Диаскинтест, мультиспиральная компьютерная томография почек) и инвазивные (по показаниям) с целью верификации диагноза (цистоскопия с забором материала), пункционная биопсия почек, предстательной железы, диагностические операции. Во всех случаях диагностический материал исследуется цитологически, гистологически, микробиологически.

Для оценки эффективности вышеперечисленных мероприятий отобраны данные отчётов учреждений ОЛС о пациентах, входящих в группы

риска, изучен уровень их обследования начиная с 2001 года. В разработку включены сведения о 422 252 пациентах, состоящих на диспансерном учёте в ОЛС, и 38 294, перенесших туберкулёз различных локализаций. Данные объединены в две группы по шесть лет: 2001–2006 гг. (I период – контрольная группа) и 2007–2012 гг. (II период – основная группа). Выделение данных периодов имеет как формальные основания (укрупнение временных интервалов для сглаживания статистических aberrаций), так и соответствует изменениям в состоянии фтизиатрической службы в нашем регионе.

Для изучения эпидемиологии, закономерностей выявления и установления диагноза различных форм ТМПО в Ставропольском крае использованы данные полицейских (персональных) регистров впервые выявленных больных туберкулезом начиная с 2001 года. Постоянное население края составляло на 01.12.2012 г. 2 707,3 тыс. человек, что позволяет говорить о приемлемом уровне репрезентативности данных. Подвергнуты анализу сведения о впервые выявленных 593 больных (171 МБТ+), зарегистрированных в период 01.01.2001 – 31.12.2012 гг.

Использованы оснащения отделения туберкулезного для больных урогенитальным туберкулезом ГБУЗ СК «Краевой клинический противотуберкулезный диспансер», лабораторий (биохимической, иммунологической, клинической, патоморфологической, бактериологической, радиоизотопной), кабинета ультразвукового исследования, отделения функциональной диагностики.

Статистическую обработку проводили на компьютере с помощью пакета прикладных программ GraphPadInStat v 3.0. с применением методов параметрической и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение. Анализ количества исследований диагностического материала (моча) за исследуемый период показал, что если в первом периоде за год в среднем обследовалось $2612,0 \pm 109,8$ пациентов из групп риска по развитию ТМПО, переболевших туберкулезом органов дыхания (ТОД), и $23\,818,5 \pm 714,4$ из групп риска, состоящих на диспансерном учёте в ОЛС, то во втором периоде среднее число обследованных достоверно выросло до $3770,3 \pm 81,4$ и $46556,8 \pm 1963,4$ ($p < 0,0001$).

Во втором периоде увеличилось количество лиц, осмотренных специалистами по внелегочному туберкулезу: в группе переболевших ТОД оно выросло с $508,8 \pm 21,2$ до $959,0 \pm 91,0$ ($p = 0,0007$), а в группах риска, состоящих на диспансерном учёте в ОЛС, – с $373,5 \pm 15,9$ до $1117,5 \pm 74,7$ ($p < 0,0001$), что позволило осуществлять целенаправленный отбор больных для углубленного обследования в условиях диспансера.

Методом люминесцентной микроскопии в группах риска, состоящих на диспансерном учёте в ОЛС, обследовано в первом периоде ежегод-

но $5718,5 \pm 173,3$ с увеличением до $13735 \pm 942,7$ во втором периоде. Соразмерный рост отмечается в группе риска по развитию ТМПО (переболевших ТОД) с $759,2 \pm 33,3$ до $1762,8 \pm 62,9$ ($p < 0,0001$). Методом посева мочи на твёрдые среды обследовано в группах риска, состоящих на диспансерном учёте в ОЛС, в первом периоде $265,8 \pm 42,1$, во втором – $1748,3 \pm 40,4$. Отмечен рост обследования и в группах риска по развитию ТМПО (переболевших ТОД) с $449,3 \pm 19,7$ до $921,2 \pm 53,9$ ($p < 0,0001$).

Прямым следствием активизации работы по раннему выявлению ТМПО являются существенные изменения в эпидемиологической ситуации по урогенитальному туберкулезу в нашем регионе.

Установлено, что с 2001 по 2006 г. уровень заболеваемости ТМПО колебался незначительно, не превышая 1,4 на 100 тыс. населения. При реализации мер, направленных на совершенствование выявления ранних форм мочевого туберкулеза, отмечен существенный прирост количества заболевших с 2006 года с пиком заболеваемости в 2007 году – 2,4 на 100 тыс. населения и дальнейшей стабилизацией заболеваемости – 2,07–2,2 на 100 тыс. населения (рис.).

Рис. Заболеваемость туберкулезом мочевого пузыря в Ставропольском крае за период 2001–2012 гг. (на 100 тыс. населения)

Для объективной оценки уровня напряженности эпидемиологической ситуации по ТМПО в Ставропольском крае выполнен анализ показателей заболеваемости туберкулезом, в том числе внелегочным и мочевого, в зависимости от периода наблюдения (табл.).

Таблица

Общая заболеваемость туберкулезом и его локализация по органам в Ставропольском крае за период 2001–2012 гг.

Периоды наблюдения	Общая заболеваемость (на 100 тыс. населения)	Заболеваемость туберкулезом по локализациям		
		Органы дыхания	Внелегочные формы	ТМПО
2001–2006, М±m	56,1±1,3	50,4±1,1	5,7±0,3	1,51±0,11
2006–2012, М±m	50,9±2,3	46,1±2,1	4,8±0,2	2,14±0,06
Достоверность различий, p	0,0774	0,1054	0,0316	0,0006

Анализ динамики заболеваемости ТМПО за исследуемый период показал, что на фоне снижения общей заболеваемости туберкулезом: в контрольной группе с $56,1 \pm 1,3$ до $50,9 \pm 2,3$ на 100 тыс., в основной группе происходило снижение заболеваемости внелегочными формами туберкулеза (ВЛТ) с $5,7 \pm 0,3$ на 100 тыс. до $4,8 \pm 0,2$ на 100 тыс. населения в 2012 году. Одновременно отмечен достоверный рост заболеваемости ТМПО в основной группе, когда проводилась работа по его активному выявлению: с $1,51 \pm 0,11$ до $2,14 \pm 0,06$ на 100 тыс. ($p < 0,05$).

В структуре ТМПО контрольной группы преобладали деструктивные формы. Средняя величина показателя кавернозного туберкулёза почек ($n=157$) составила в контрольной группе $16,8 \pm 1,3$, в основной группе снизилась до $9,3 \pm 1,28$ ($p < 0,05$). Как результат активной работы по раннему выявлению одновременно выросли показатели неструктивных и малодеструктивных форм ТМПО: туберкулез почечной паренхимы ($n=47$) с $1,8 \pm 0,47$ до $6,0 \pm 0,37$ и средняя величина туберкулёзного папиллита ($n=277$) с $17,2 \pm 1,78$ до $29,0 \pm 1,03$ ($p < 0,05$). Также в ос-

новной группе достоверно отмечен рост показателей полового туберкулёза ($n=112$) с $5,0 \pm 1,3$, когда выявление туберкулеза половой системы было относительно низким, до $13,7 \pm 0,33$ ($p < 0,05$). Указанное свидетельствует об успешности массового скринингового обследования для своевременного выявления заболевания.

Выводы

1. Усовершенствование системы выявления ТМПО привело к повышению показателя заболеваемости за 2007–2012 гг., что отражает истинную эпидемиологическую ситуацию в крае.

2. Рациональное формирование групп риска по развитию ТМПО в составе разработанной модели организационно-методических мероприятий, планомерная совместная работа с общей лечебной сетью привели к изменению структуры клинических форм нефротуберкулёза, выявлению заболевания на ранних стадиях, что предупредило возникновение в отдаленном периоде распространенных процессов.

3. Активное выявление больных фтизиоурологического профиля предусматривает целенаправленное обследование лиц, угрожаемых по ТМПО.

Литература

1. Довлатян, А. А. Диагностика ранних форм и активное выявление туберкулеза почки / А. А. Довлатян / Проблемы туберкулеза. – 1997. – № 7. – С. 53–55.
2. Зубань, О. Н. Нефроуретерэктомия в лечении больных туберкулезом почек / О. Н. Зубань, Ю. Н. Левашёв, С. Н. Скорняков [и др.] // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2013. – № 3. – С. 29–35.
3. Кульчавеня, Е. В. Маски урогенитального туберкулёза / Е. В. Кульчавеня, Е. В. Брижатюк, Д. П. Холтобин [и др.] // Актуальные проблемы и перспективы раз-

вития противотуберкулёзной службы в Российской Федерации : материалы I Конгресса Ассоциации «Национальная Ассоциация фтизиатров». – Санкт-Петербург, 2012. – С. 30–31.

4. Левашев, Ю. Н. Внелегочный туберкулез в России: официальная статистика и реальность / Ю. Н. Левашев, А. Ю. Мушкин, А. Н. Гришко // Проблемы туберкулеза и болезней легких. – 2006. – № 4. – С. 3–6.
5. Перельман, М. И. Туберкулез в России : взгляд на проблему / М. И. Перельман, М. В. Шилова. – М., 2002. – 207 с.

References

1. Dovlatjan A. A. *Problemy tuberkuleza. – Problems of tuberculosis*. 1997;7:53-55.
2. Zuban' O. N., Levashjov Ju. N., Skornjakov S. N., Arkanov L. V., Borodin Je. P. *Tuberkuloz i bolezni ljogkih. – Tuberculosis and lung diseases*. 2013;3:29-35.
3. Kul'chavenja E. V., Brizhatjuk E. V., Holtobin D. P., Osadchij A. V., Homjakov V. T., Baranchukova A. A. *Maski urogenital'nogo tuberkuloza*. Sankt-Peterburg: «Aktual'nye

problemy i perspektivy razvitija protivotuberkuljoznoj sluzhby v Rossijskoj Federacii / Materialy I-go Kongressa Associacii «Nacional'naja Associacija ftiziatrov»; 2012. P. 30-31.

4. Levashev Ju. N., Mushkin A. Ju., Grishko A. N. *Problemy tuberkuleza i boleznej legkih. – Problems of tuberculosis and lung diseases*. 2006;4:3-6.
5. Perel'man M. I., Shilova M. V. *Tuberkulez v Rossii : vzgljad na problemu*. M.; 2002. 207 p.

ВЛИЯНИЕ РАЦИОНАЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ ГРУПП РИСКА НА ЭПИДЕМИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ ПО МОЧЕПОЛОВОМУ ТУБЕРКУЛЁЗУ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Р. Х. УРТЕНОВ, Л. Ю. ТАРАСЕНКО,
В. В. ВЫШЕСЛАВЦЕВ, В. В. ЧЕБОТАРЁВ,
М. С. АСХАКОВ

Изучены принципы формирования групп риска и уровень их обследования, основные эпидемиологические тенденции по туберкулезу мочевых органов в Ставропольском крае с 2001 по 2012 год. Проведена оценка эффективности комплекса организационных мероприятий в лечебных учреждениях общей лечебной сети. Установлено, что на фоне снижения общей заболеваемости туберкулезом в контрольной группе (2001–2006 гг.), в основной группе

THE IMPACT OF RATIONAL FORMATION OF RISK GROUPS ON THE EPIDEMIC TRENDS OF GENITOURINARY TUBERCULOSIS AT STAVROPOL TERRITORY

URTE NOV R. H., TARASENKO L. Yu.,
VYSHESLAVTSEV V. V., CHEBOTARYOV V. V.,
ASKHAKOV M. S.

The principles of risk group formation, the level of its survey and the main epidemiological trends of the genitourinary tuberculosis (TB) in Stavropol region in 2001–2012 were studied. The effectiveness of the complex of organizational events in medical institutions of general healthcare network was assessed. A significant increase in the incidence of urogenital TB in the main group reflected the true epidemiological situation in the region. At the same time, little destructive and

(2007–2012 гг.) отмечен достоверный рост заболеваемости туберкулезом мочеполовых органов, что отражает истинную эпидемиологическую ситуацию в крае. Одновременно выросли показатели малодеструктивных и недеструктивных форм туберкулеза мочеполовых органов. Это свидетельствует об успешности массового скринингового обследования и своевременного выявления заболевания.

Ключевые слова: туберкулез почки, заболеваемость, раннее выявление, мочеполовая система

nondestructive forms of urinary tract tuberculosis were also increased. This testifies to the success of mass screening and timely diagnostics of the disease.

Key words: renal tuberculosis, morbidity, early detection, urogenital system

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.24-002.5-036.12-07
DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09092>
ISSN – 2073-8137

ТУБЕРКУЛЕЗ И ХОБЛ: ПРОБЛЕМЫ КОМОРБИДНОСТИ

Н. В. Багишева¹, А. В. Мордык¹, О. Г. Иванова¹, Т. Л. Батищева²

¹ Омская государственная медицинская академия

² Клинический противотуберкулезный диспансер, Омск

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) и туберкулез (ТБ) относятся к бронхолегочным заболеваниям с высоким уровнем инвалидизации и смертности. Они имеют сходные факторы риска, такие как курение, низкий социально-экономический статус и нарушение иммунной защиты организма, поэтому сочетание этих двух нозологий имеет большое социальное и экономическое значение для общества и для индивида [1, 2, 7, 11].

Туберкулез остается глобальной проблемой здравоохранения и затрагивает 8,8 миллиона человек ежегодно [6, 8, 9, 11]. Именно туберкулез является ведущей причиной смерти среди инфекционных заболеваний, особенно в слаборазвитых и развивающихся странах [10, 12]. Несмотря на то что туберкулез может возникнуть в любом органе или ткани,

легочные формы встречаются наиболее часто. Без лечения ТБ принимает хроническое течение, при этом пятилетняя выживаемость составляет 50 % [4, 5, 6, 7, 8, 9]. Стандарт лечения туберкулеза является весьма эффективным, поэтому четкое его соблюдение сопровождается быстрым купированием симптоматики, низкой частотой рецидивов [5, 7, 10, 12]. Несмотря на продолжительную медикаментозную терапию, примерно две трети пациентов имеют в последующем различные нарушения легочных функций, самым частым из которых является бронхиальная обструкция [2, 3, 7, 8, 11, 12, 13, 14].

ХОБЛ также сопровождается хроническим воспалением дыхательных путей с прогрессирующим ухудшением функции легких, считается одной из основных причин заболеваемости, инвалидности и смертности населения, четвертой по значимости причиной смерти [3, 4, 8, 9, 11]. В Южной Африке в эндемичных по туберкулезу районах именно туберкулез легких является серьезным фактором риска развития ХОБЛ [7, 12, 14].

Цель исследования: оценка наличия и степени отягчающего влияния ХОБЛ на течение туберкулеза для оптимизации тактики ведения коморбидных больных.

Материал и методы. В исследование включены пациенты с впервые выявленным туберкулезом. Исследование простое проспективное. Обследовано 462 пациента, поступивших в противотуберкулезный диспансер с впервые выявленным туберкулезом легких (266 мужчин – 57,6 % и 196 женщин – 42,4 %; средний возраст

Багишева Наталья Викторовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии Омской государственной медицинской академии; тел.: 89043210890; e-mail: ppi100@rambler.ru

Мордык Анна Владимировна, доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии; тел.: 89136492119, (3812)404515; e-mail: amordik@mail.ru

Иванова Ольга Георгиевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии; тел.: 89088066856; e-mail: olga-ivanova1969@mail.ru.

Батищева Татьяна Леонидовна, аспирант кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии Омской государственной медицинской академии; тел.: 89136465433, e-mail: tbatishcheva@mail.ru