

Муканбаев К., Кудайбердиев Т.

**ЖЫНЫС КУРГАК УЧУК БОЮНЧА ТАЛДОО, КЕЧ ДИАГНОСТИКАЛОО
ЖАНА АЛДЫН АЛУУ ИШТЕРИН АНЫКТОО**

Муканбаев К., Кудайбердиев Т.

**АНАЛИЗ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ, ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И
ПРОФИЛАКТИКЕ МОЧЕПОЛОВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

K. Mukanbaev, T. Kudaiberdiev

**ANALYSIS FOR DETECTION, LATE DIAGNOSIS AND PREVENTION
OF UROGENITAL TUBERCULOSIS**

УДК: 616.6-002.5-07:614.4-084

Улуттук фтизиатрия борборунун (УФБ) урогениталдык бөлүмүндөгү негизинде автор тарабынан берилген кеч дарт талма боюнча, аныктамасында бөйрөк, жыныс туберкулезу (БЖТ) 15% оорулуунун саны симптомсуз өтөт. Оорулуунун 29% диагноз коюуда кыйынчылыктар болгон. Ал эми 56% БЖТ көп учурда жалты дарылоо пункттарында тура эмес диагноздор коюлган. Дал ушунун себебинде 67% биринчи аныкталган БЖТ урология бөлүмүнө ашкынтып жана татаалдашып кеткен учурда келип фтизиатрия борборуна түшкөн. Оорулардын 17% гана өз убагытысында туура диагноздор коюлган.

Автордун иштеп чыккан алгоритминде БЖТ жакшы жолдор менен ооруну аныктоо көрсөтүлгөн, жана кошумча башка бөйрөк жыныс органдарынын оорусун аныктоого жол берет.

Негизги сөздөр: талдоо, кеч диагноздоо, жыныс кургак учук диагностикалык алгоритми.

Анализ причин поздней диагностики, приведенный автором на базе урогенитального отделения Национального центра фтизиатрии (НЦФ) свидетельствует, что у 15% больных мочеполовой туберкулез (МПТ) протекает бессимптомно, у 29% были трудности в диагностике, у 56% диагноз мочеполового туберкулеза выставлен не правильно врачами общей лечебной сети. В связи, с чем 67% впервые выявленных больных поступали с распространёнными и осложненными формами мочеполового туберкулеза, лишь 17% больных диагностировали своевременно. Разработанный автором алгоритм охватывает не только диагностику мочеполового туберкулеза, а также неспецифические и другие заболевания мочеполовой системы.

Ключевые слова: анализ, поздняя диагностика, мочеполовой туберкулез, алгоритм диагностики.

Analysis of the causes of late diagnosis, given by the author on the basis of the genital branch of the National centre of Phthisiology (NCP) indicates that 15% of patients with urogenital tuberculosis (MPT) are asymptomatic, 29% had difficulties in diagnosis, 56% in the diagnosis of urogenital tuberculosis is not exposed properly by the doctors of General medical network. In connection with which 67% of new patients were reported with common and complicated forms of urogenital tuberculosis, only 17% of patients diagnosed in a timely manner. The author developed the algorithm covers not only the diagnosis of urinary tuberculosis and nonspecific and other diseases of the genitourinary system.

Key words: analysis, late diagnosis of urogenital tuberculosis, the diagnosis algorithm.

Введение. В связи с кризисом в экономике, снижением уровня жизни населения, ухудшением материально-технического обеспечения органов и организаций здравоохранения, недостаточного объема проводимых противотуберкулезных мероприятий в 90-е годы 20 века возникла опасность выхода туберкулеза из-под контроля. В постановлении Правительства затрагивались вопросы не только лечения, но и питания больных. В лечении туберкулеза, в том числе мочеполового, рекомендовалось использование высокоэффективных антибиотиков, биостимуляторов, гормонов, иммуномодуляторов, сорбентов и т.д. Это сократило лечение ранних форм болезни до 3-4 месяцев, хронического течения заболевания до 6-8 месяцев [5]. В этой связи нашей целью явился анализ работы фтизиоурологической службы в Кыргызской Республике (КР).

Материал и методы исследования.

Анализ включает данные по мочеполовому туберкулезу (МПТ) в КР за период 1994 – 2015 гг.

Результаты исследования.

По Кыргызстану с 1994 по 1998 год наблюдалось снижение качества и объема профилактических противотуберкулезных мероприятий и обращаемость населения по поводу ТБ была в пределах 71,2%. В основном такие больные выявлялись уже в момент выраженности основных клинических симптомов заболевания. Показатель заболеваемости туберкулезом с 1995 г. и к 2000 г. увеличился более чем в 2 раза. Этот показатель, как комплексный индикатор, отражает не только эпидемиологический процесс, но и организацию выявления больных ТБ. За этот период внегочный туберкулез (ВЛТ) возрос от 8,7 случаев до 12,1 на 100 тыс. населения, а с 2001 по 2015 г достигла до 25, 2 на 100 тыс. населения.

Немаловажное приоритетное значение придавалось проведению противотуберкулезных мероприятий в региональных программах здравоохранения. Функции по обслуживанию больных ВЛТ на местах, из-за отсутствия специалистов, возложены на врача-фтизиатра, не организованы полноценные приемы и квалифицированные обследования почти во всех областных центрах борьбы с ТБ. Имеются такие областные центры, в которых вся работа либо возложена на

фтизиатра, либо она выполняется врачами-совместителями, что позволяет выполнять лишь консультативные функции, и исключает возможность планового проведения профилактических мероприятий, являющихся основой раннего выявления ВЛТ. Вследствие этого в некоторых местах у впервые зарегистрированных больных выявляются запущенные, осложненные поражения различных органов.

Исследования показали, что больные ВЛТ в основном выявляются при профилактических обследованиях лиц, состоящих под наблюдением противотуберкулезных организаций. Многообразие клинических проявлений ВЛТ, недостаточная осведомленность врачей общей лечебной сети о начальных признаках проявления этих форм локализаций, а также очень низкая укомплектованность фтизиатрической службы необходимыми специалистами по ВЛТ отрицательно влияют на качество диагностики. Недостатки диагностической работы в свою очередь снижают достоверность статистических показателей по эпидемиологии ТБ.

За период анализа службы проведена совместная работа общей лечебной сети, санэпидемиологической и противотуберкулезных служб по профилактике и выявлению ТБ.

Группе риска по МПТ мы отнесли больных с неспецифическими заболеваниями мочеполовых путей, таких как хронический пиелонефрит, цистит, мочекаменная болезнь, особенно у лиц уже перенесших ТБ любой локализации, как и подтверждают данные литературы [4, 6, 12].

В последнее время особенно тревожным является факт изменения структуры и особенностей клинического течения заболевания в сторону их утяжеления, в частности, рост МПТ у детей и подростков, изучению которого посвящены единичные работы [10]. Установлено, что 64% случаев заболевания МПТ приходится на общую категорию людей больных ТБ [9, 11].

В диагностике и клинике заболевания имеют место и сроки проявления первых признаков МПТ. И этот период увеличился исходя из данных 60-х годов в 2 раза (от 3 до 7 лет). В 90-х годах срок от первичного обращения к врачам общей лечебной сети до диагностики МПТ, зачастую уже в запущенной стадии, составлял от 2 до 10 лет. По мнению многих авторов длительность этого периода может составить от 2 до 32 лет [3, 7].

Трудность выявления МПТ была связана и с тем, что на повторные и дальнейшие осмотры зачастую приходят одни и те же лица, на что указали многие исследователи [2, 5].

Анализ причин поздней диагностики, проведенный на базе урогенитального отделения НЦФ свидетельствует, что у 15% больных МПТ протекал бессимптомно, у 29% были трудности в диагностике и у 56% поставлен неправильный диагноз врачами общей лечебной сети. По этой причине, 67% впервые выявленных больных в стационар поступали с распространенными и осложненными формами МПТ, с

наличием хронической почечной недостаточности – 26% и лишь 17% были своевременно диагностированы (рис. 1).



Рис. 1. – Показатели причин поздней диагностики МПТ и их осложнения.

При обследовании больных нефротуберкулезом отмечается поражение почечной паренхимы в 3% случаев, ТБ папиллит в 35,7%, кавернозный ТБ почек и ТБ пионевроз у 56,7% больных. Запоздалая диагностика МПТ наблюдалась в 20-21% случаях. Это подтверждает распространенность ТБ почек и повышение удельного веса его далеко зашедших случаев [8].

Распознавание начальных ранних форм этого заболевания связано с известными трудностями вследствие сходства клинической симптоматики и рентгенологических признаков с другими начальными проявлениями неспецифических заболеваний. В связи, с чем допускаются диагностические ошибки.

В последние годы, к сожалению, приходится отмечать увеличение темпов роста основных эпидемиологических показателей ВЛТ не только среди угрожаемых контингентов общей лечебной сети, но и среди больных легочным ТБ, наблюдаемых врачами-фтизиатрами.

Известно также, что больные ВЛТ, длительное время находящиеся под наблюдением у урологов и других специалистов, представляют собой неучтенный и неуправляемый дополнительный резервуар ТБ инфекции.

В связи с этим результаты проведенных нами исследований, способствовал разработке и унификации алгоритма постановки диагноза МПТ, который представлен в виде схемы диагностических и лечебных мероприятий.

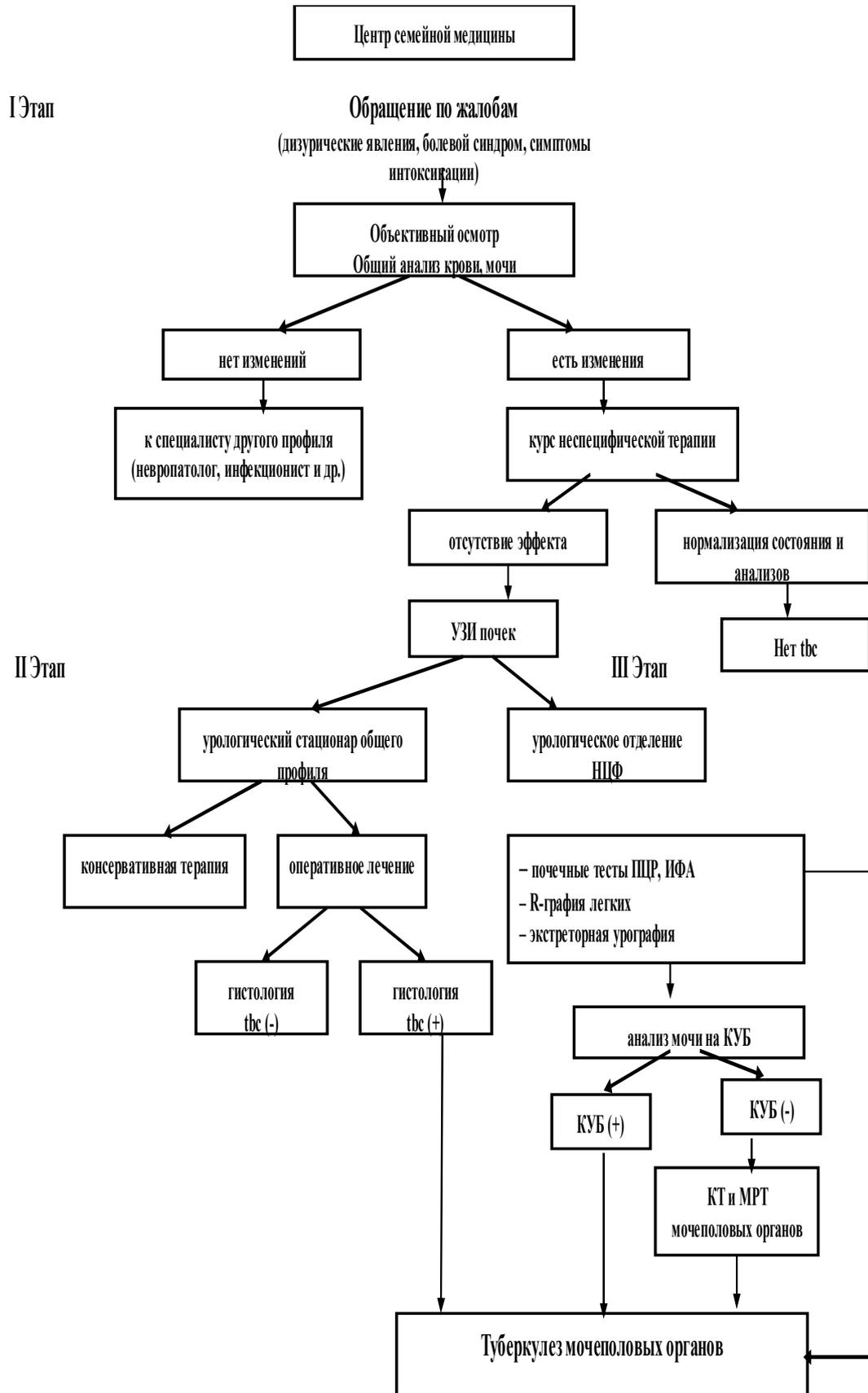


Рис. 2. – Алгоритм туберкулезной настороженности врачей всех уровней здравоохранения по МПТ.

Приведенная схема диагностических мероприятий подробно отражает все этапы диагностики МПТ и может быть рекомендована к применению, как врачами общей лечебной сети, так и урологами, онкоурологами, нефрологами и другими специалистами пограничных отраслей здравоохранения.

Недостаточная осведомленность врачей о клинике МПТ подтверждается большим удельным весом (9-14%) гистологически установленного ТБ почек, удаленных в общей лечебной сети по поводу нетуберкулезных заболеваний. Своевременная точная диагностика зависит от настороженности в отношении МПТ врачей центра семейной медицины (ЦСМ) и урологических отделений, в первую очередь – терапевтов и урологов.

Данный алгоритм охватывает не только диагностику МПТ, а также неспецифические и другие заболевания почек и мочевыводящих путей (рис. 2).

Таким образом, показатели по ВЛТ и результаты анализа в республике, несмотря на тенденцию к снижению роста заболевания за последнее время, требуют решение вопросов своевременной диагностики, оснащения и оборудования современной экспресс-диагностики, ну и конечно же, осведомленности врачей общей лечебной сети. Все это требует дальнейшего совершенствования организационных форм борьбы с этим заболеванием на уровне государства и системы здравоохранения в целом.

Литература:

1. Кульчавеня Е.В., Брижатюк Е.В., Фатеев С.П. и др. Лечение больных туберкулезом мочеполовой системы // Туберкулез и болезни легких. - 2010. - № 11. - С. 52-56.
2. Кочеткова, Е.Я., Худякова Р.В. Централизованный контроль за диагностикой впервые выявленных больных внелегочным туберкулезом в Москве // Научные труды к 100-летию Туберкулезной клинической больницы № 6. – М.: РИО ЦНИИОИЗ. - 2005. - С. 29-30.
3. Левашев, Ю.Н., Репин Ю.М. // Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу. - СПб. 2008. - 542 с.
4. Stelianides, S. Manifestations and diagnosis of extrapulmonary tuberculosis // Rev Mal Respir. - 1997. - Vol. 14, Suppl 5. - S72-87.
5. Ягафарова Р. К. Особенности клиники, диагностики и оптимизация этиопатогенетической терапии мочеполового туберкулеза в современных эпидемиологических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.26, 14.00.40. - СПб., 1999. - 30 с.
6. Шилова М. В. Совершенствование системы диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений на основе персонального мониторинга пациентов с применением компьютерных технологий (обоснование и условия выполнения) // Туберкулез и болезни легких. - 2014. - № 7. - С. 8-15.
7. Lenx S., Schruder J., Brien G. et al. Survey of a 40 year period of treatment of genitourinary tuberculosis // XVI European Association of Congress: Abstracts. - Madrid, 2002. - P. 246.
8. Грунд В.Д. Ошибки в диагностике и лечении туберкулеза органов мочеполовой системы. - М., 1975. -159 с.
9. Мочалова Т.П. Туберкулез мочеполовой системы. Руководство для врачей // Медицина. - 1993. - 256 с.
10. Горелов, А. И. Комплексная диагностика туберкулеза мужских половых органов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.И. Горелов. - Л., 1987. - 21 с.
11. Писанин О.В., Давидов М.И., Калина Г.Н. и др. Диагностика мочеполового туберкулеза // Материалы XI съезда урологов России (Москва, 6-8 ноября 2007 г.). - М., 2007. - С. 794.

Рецензент: д.м.н., профессор Гаипов Р.Г.