**Туберкулез в России**

**Современные тенденции распространения**

**Реферат для постдипломного образования.**

**В конце ХХ столетия после длительного периода относительного благополучия значительно возросла заболеваемость туберкулезом, появились остро прогрессирующие формы его, напоминающие “скоротечную чахотку”. Эта тенденция наблюдается как в России, так и во многих экономически развитых странах Восточной, Западной Европы, США и свидетельствует о низкой эффективности противотуберкулезных мер. В процессе повседневной работы врачи часто теряют настороженность в отношении туберкулеза, ошибочно считают его редким заболеванием и не применяют методы диагностики, направленные на выявление туберкулеза даже у больных с наличием характерных клинических проявлений.**

**Современные тенденции распространения туберкулеза в России**

В настоящее время отмечается рост заболеваемости туберкулезом и смертности от него, особенно в странах Восточной Европы, в том числе в России. Рост заболеваемости обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением бациллярных больных, рассеивающих туберкулезную инфекцию. Большое значение имеет также эндогенная реактивация, особенно в группах риска. Позднее выявление запущенных форм, остро прогрессирующие процессы, особенно вызванные лекарственно-устойчивыми микобактериями, являются причиной высокой смертности. Программа современной контролируемой химиотерапии укороченной длительности имеет первостепенное значение для прекращения рассеивания туберкулезной инфекции и снижения смертности от туберкулеза.

**В** течение последних десятилетий в эпидемиологии туберкулеза произошли большие сдвиги, которые нашли свое отражение в изменении статистических показателей распространенности туберкулеза.

Эпидемиология туберкулеза имеет ряд особенностей, обусловленных как инфекционным, так и социальным характером заболевания.

Результаты борьбы с туберкулезом связаны не только с применением эффективных методов лечения, но и с организацией противотуберкулезной работы среди населения. Наиболее характерной особенностью противотуберкулезных мероприятий является их массовость, проведение среди больших групп населения.

Эпидемиологическое наблюдение за туберкулезом в ВОЗ проводится с 3 позиций:

– систематическое накопление данных эпидемиологических исследований;

– регулярное обобщение и оценка полученных данных;

– быстрое распространение результатов эпидемиологической оценки среди специалистов.

Основными эпидемиологическими показателями распространенности туберкулеза являются: ***инфицированность***– число лиц, положительно реагирующих на внутрикожное введение туберкулина; ***заболеваемость*** – число заболевших туберкулезом в течение календарного года; ***распространенность (болезненность)*** – число известных больных активным туберкулезом, состоящих на учете, и ***смертность*** – число умерших от туберкулеза в течение календарного года.

Эпидемиологические показатели рассчитываются на 10 или 100 тысяч населения. Это позволяет сравнивать распространенность туберкулеза в разных странах или разных регионах одной страны.

Наиболее объективными и надежными критериями эпидемиологической ситуации по туберкулезу считаются заболеваемость и смертность.

В международной практике среди заболевших туберкулезом принято выделять больных, у которых в мокроте или другом материале обнаружены микобактерии (методами микроскопии, посева на питательные среды, посева на жидкие обогащенные питательные среды, Бактек, ПЦР и др.), а также группу абациллярных больных.

Показатель болезненности (контингенты больных) находится в самой непосредственной связи с заболеваемостью, полнотой выявляемости, а также четкостью работы противотуберкулезных учреждений по учету заболевших и снятию с учета выздоровевших от туберкулеза. Достоверность эпидемиологических показателей зависит от качества организации работы медицинской статистики.

Наиболее существенной для любого инфекционного заболевания является информация о величине резервуара инфекции, характерных тенденциях и путях ее рассеивания.

Основной резервуар туберкулезной инфекции составляют больные туберкулезом легких, выделяющие микобактерии туберкулеза в большом количестве, которые сравнительно легко могут быть обнаружены в мокроте методом прямой микроскопии. У подавляющего большинства больных, выделяющих микобактерии и представляющих эпидемиологическую опасность, имеется деструктивный туберкулезный процесс в легких.

Больные, составляющие резервуар инфекции, могут быть разделены на две основные группы: впервые выявленные в течение текущего года и выявленные ранее, с хроническими формами туберкулеза.

Туберкулез является “капельной” инфекцией, распространяющейся с капельками мокроты и бронхиальной слизи при кашле, чихании и даже громкой речи, поэтому наибольшая эпидемиологическая опасность имеется при непосредственном контакте с больным. Однако заражение может наступить при вдыхании пыли, пользовании загрязненными полотенцами, бельем или посудой. Наибольшую эпидемиологическую опасность бациллярные больные представляют для детей, несмотря на то, что подавляющему большинству новорожденных проводят профилактическую вакцинацию против туберкулеза.

Противотуберкулезная вакцинация у привитых детей вызывает иммунитет к туберкулезной инфекции. Попадая в организм привитого вакциной БЦЖ ребенка, микобактерии туберкулеза обычно не вызывают тяжелых форм туберкулеза, развивающихся в результате первичного заражения (туберкулезного менингита, милиарного туберкулеза, казеозной пневмонии, обширных инфильтратов в легком с образованием первичной каверны). Вместе с тем вакцина БЦЖ не предохраняет от заражения туберкулезом, т.е. от проникновения микобактерий аэрогенным или элиментарным путем и развития первичной туберкулезной инфекции, которая сопровождается возникновением локальных форм первичного туберкулеза у 7 – 10% заразившихся. У привитых детей первичное заражение обычно протекает незаметно, и его часто не выявляют или диагностируют при вираже туберкулиновой реакции, которая у перенесших первичную инфекцию остается положительной на всю жизнь. Такие лица называются инфицированными туберкулезом.

В остающихся после первичной туберкулезной инфекции очагах сохраняются не размножающиеся персистирующие формы возбудителя туберкулеза, которые могут при благоприятной ситуации снова получить способность к размножению и реверсии в патогенные, вирулентные формы. У человека, перенесшего первичную туберкулезную инфекцию, спустя много лет после первичного заражения таким образом часто может возникнуть вторичный туберкулез. Такой механизм развития туберкулеза называется эндогенным, т.е. возникшим в результате реактивации старых, остаточных туберкулезных очагов.

Вторичный туберкулез может развиваться у человека, перенесшего первичную туберкулезную инфекцию в детстве или подростковом возрасте, и экзогенным путем при повторном заражении – суперинфекция в результате контакта с бациллярным больным.

В последние годы отмечен рост заболеваемости туберкулезом среди лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом, выделяющими микобактерии туберкулеза. При обследовании лиц, находящихся в контакте с больными с эпидемиологически опасными формами туберкулеза, нередко обнаруживается заболевание туберкулезом, возникновение которого можно связать с повторным заражением. Нередко суперинфекция наступает при попадании в дыхательные пути микобактерий, устойчивых к противотуберкулезным препаратам, вызывая так называемый лекарственно - устойчивый туберкулез. Источником такого заражения являются больные, неэффективно лечившиеся химиопрепаратами.

В течение последних лет рост заболеваемости и смертности от туберкулеза отмечен во всем мире. Наиболее выражена эта тенденция в странах Центральной и Восточной Европы, России, а также в странах, ранее входивших в СССР В России показатель заболеваемости туберкулезом в 1996 г. достиг 67 случаев на 100 тыс. населения . Такой рост заболеваемости туберкулезом прежде всего связан с большим резервуаром туберкулезной инфекции, который поддерживает высокий уровень инфицированности, а также эндемические вспышки вторичного туберкулеза за счет суперинфекции.

Вследствие еще частого выявления запущенных и остро прогрессирующих форм туберкулеза увеличился показатель смертности, уровень которой достиг в 1996 г. 17,5 случаев на 100 тыс. населения . Рост смертности от туберкулеза свидетельствует о недостаточной эффективности лечения (прежде всего химиотерапии), а также нередком позднем выявлении больных с некурабильными формами болезни.

Среди инфицированных наибольший риск эндогенной реактивации туберкулеза имеют лица с остаточными посттуберкулезными изменениями после перенесенной первичной туберкулезной инфекции.

Риск эндогенной реактивации повышается при наличии таких заболеваний, как сахарный диабет, пневмокониоз, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гепатит, алкоголизм и наркомания, психические заболевания.

При проводившихся ранее массовых флюрографических исследованиях населения лиц с остаточными изменениями излеченного туберкулеза выявляли, привлекали к дообследованию, ставили на диспансерный учет. Они проходили оздоровительные мероприятия (в том числе в санаторных условиях), превентивное лечение противотуберкулезными препаратами. В настоящее время эти мероприятия резко сокращены или вовсе не осуществляются. Не проводят систематические обследования в противотуберкулезных диспансерах (ПТД) и превентивную химиотерапию. Даже в группах повышенного риска развития туберкулеза с остаточными изменениями излеченного туберкулеза и сопутствующими заболеваниями.

В этих условиях возрастает роль врачей поликлиник в осуществлении диспансеризации этих контингентов больных, обследовании и проведении профилактических мероприятий совместно с фтизиатрами ПТД.

В условиях участившихся случаев развития туберкулеза в результате экзогенной суперинфекции возрастает значение своевременного выявления больных с разными формами заболевания, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих.

По имеющимся данным эпидемиологического исследования, почти половина бациллярных больных, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих, своевременно не выявляются. Между тем такой больной может заразить за год от 5 до 50 человек. Поэтому в стране развертываются работы по выявлению бациллярных больных среди лиц, обратившихся за медицинской помощью в поликлиники и больницы общего профиля с жалобами на выделение мокроты, путем микроскопического ее исследования в клинико-диагностических лабораториях этих медицинских учреждений.

Своевременное выявление и лечение бациллярных больных туберкулезом позволяют добиться прекращения бактериовыделения и рассеивания туберкулезной инфекции, что является важнейшим профилактическим мероприятием. Именно поэтому в настоящее время большое внимание уделяется регистрации заразных больных туберкулезом, контролю за привлечением их к лечению и наблюдению за ними в процессе лечения.

Наиболее перспективными с точки зрения излечения являются впервые выявленные больные, за правильностью лечения которых устанавливается централизованный контроль.

В комплексе лечебных методов ведущее значение имеет химиотерапия. В настоящее время восстановлен двухэтапный принцип химиотерапии с применением 4 или 5 препаратов в течение первого этапа и 2 препаратов – в течение второго этапа. Общая продолжительность химиотерапии сокращена до 6–8 мес, продолжительность первого этапа – 2 мес, второго этапа – 4 – 6 мес.

Эффективная химиотерапия позволяет добиться резкого уменьшения бактериальной популяции и прекращения бактериовыделения в течение 2 – 3 мес. Это создает предпосылки для рассасывания воспалительных изменений, закрытия каверн, развития фиброза и осумкования очагов казеозного некроза.

В 1994 г. в среднем по России прекращения выделения микобактерий удалось добиться только у 65,6% впервые выявленных больных. Такие результаты свидетельствуют о серьезных недостатках организации лечения. Абсолютно недопустимым является то, что 20% впервые выявленных бацилловыделителей не привлекаются к лечению.

Уменьшение резервуара инфекции за счет излечения впервые выявленных больных, представляющих эпидемиологическую опасность, возможно при четкой организации лечебного процесса, которая включает:

– выявление заболевших туберкулезом с наличием выделения микобактерий. Для этого необходимо привлечение врачей - терапевтов к диагностике туберкулеза среди больных, обратившихся в поликлиники и поступивших в общесоматические стационары. При наличии мокроты у больных с подозрением на туберкулез ее необходимо исследовать на наличие микобактерий, что, конечно, не заменяет направления таких больных на консультацию фтизиатра;

– привлечение выявленных больных – бацилловыделителей к лечению в противотуберкулезных учреждениях с применением централизованного контроля за правильностью диагностики и лечения;

– когортное наблюдение за ходом лечения и в первую очередь за динамикой выделения микобактерий в процессе химиотерапии;

– проведение химиотерапии в соответствии с современными требованиями лечения и контролируемым приемом химиопрепаратов на первом и втором этапах химиотерапии;

– применение больным с замедленной регрессией процессов заживления после завершения первой фазы химиотерапии патогенетических и других методов лечения, направленных на стимуляцию процессов заживления;

– обеспечение финансирования поставок противотуберкулезных препаратов и других необходимых медикаментов.

Следует обратить внимание также на социальные факторы, влияющие на увеличение заболеваемости и смертности от туберкулеза.

Наибольший уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза.

Наибольший уровень заболеваемости туберкулезом и смертности от него отмечается у социально-дезадаптированных групп населения, мигрантов, лиц, находящихся в учреждения уголовно-исправительной системы.

Названные группы населения должны быть отнесены к группам повышенного риска развития туберкулеза. В этих группах должны быть усилены мероприятия по профилактике туберкулеза, выявлению больных и лечению.

Диагностику туберкулеза органов дыхания проводят поэтапно. Методы обязательного диагностического минимума позволяют установить диагноз с наименьшими затратами. Двумя достоверными критериями диагностики остаются обнаружение микобактерий туберкулеза в материале, полученном от больного, и специфические морфологические изменения в биоптате из пораженного органа. В сложных и сомнительных случаях применяют дополнительные неинвазивные и инвазивные методы исследования, позволяющие верифицировать диагноз.

Процесс диагностики туберкулеза органов дыхания включает несколько этапов. Первый – выявление лиц с различными заболеваниями легких, подозрительными на туберкулез. Этот этап происходит, как правило, в поликлиниках и стационарах общей сети.

В течение многих лет основу выявления туберкулеза органов дыхания у взрослых составлял ***рентгенологический метод исследования.*** Раннее выявление туберкулеза осуществлялось с помощью ***флюорографии***, которую проводили всем обратившимся в поликлиники и не обследованным в текущем году рентгенологическим методом, а также лицам, входящим в группы повышенного риска по заболеванию туберкулезом (больные сахарным диабетом, пациенты, получающие кортикостероидные препараты, лучевую терапию и др.). Флюорография также ежегодно проводилась “обязательным контингентам”, подлежащим обследованию на туберкулез (работникам детских и коммунальных учреждений, предприятий общественного питания, продуктовых магазинов, общественного транспорта и др.). Массовые флюорографические обследования подростков и взрослых, проводившиеся 1 раз в 2 года, охватывали большинство населения и позволяли выявлять больных туберкулезом органов дыхания на сравнительно ранних этапах его развития. С помощью флюорографического метода исследования определяли и отбирали больных в основном с ограниченными локальными процессами в виде очагового туберкулеза, ограниченных инфильтратов, диссеминаций и туберкулем. Клинические проявления заболеваний у таких больных были выражены незначительно или отсутствовали. Обследованные с такими формами заболевания часто не чувствовали себя больными, сохраняли трудоспособность. В процессе дообследования в первую очередь проводили рентгенографию органов дыхания для уточнения изменений, выявленных при флюорографии.

В последние годы профилактические флюорографические исследования населения в значительной степени сократились, что привело к весьма существенному уменьшению числа выявляемых больных туберкулезом. В сложившихся условиях особое значение приобрело выявление больных туберкулезом органов дыхания среди лиц, обратившихся за медицинской помощью.

Первоочередной задачей остается ***выявление бациллярных больных туберкулезом органов дыхания***, так как у таких больных имеется, как правило, прогрессирующий туберкулезный процесс, и они представляют большую эпидемиологическую опасность для окружающих. Излечение выявленных бациллярных больных имеет как клиническое, так и эпидемиологическое значение, так как позволяет не только предотвратить смерть от прогрессирования туберкулеза, но и прекратить распространение микобактерий, избежать развития хронического процесса с постоянным или периодическим выделением микобактерий. В связи с сокращением флюорографических исследований возрастает роль правильной оценки имеющейся у больного клинической симптоматики и микроскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза. Диагностика бациллярного туберкулеза должна проводиться в первую очередь у больных с проявлениями воспалительной интоксикации, выделяющих мокроту.

***Все методы исследований для диагностики туберкулеза можно разделить на 3 группы: обязательный диагностический минимум (ОДМ), дополнительные методы исследования неинвазивного (ДМИ-1) и инвазивного (ДМИ-2) характера и, наконец, факультативные методы [1].***

***ОДМ*** включает изучение анамнеза, жалоб, клинических симптомов, физикальное исследование, рентгенографию органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях, микроскопию и посев мокроты с целью выявления микобактерий туберкулеза, пробу Манту с 2 ТЕ, клинические анализы крови и мочи.

***К ДМИ-1*** относятся томография и зонография легких и средостения, в том числе компьютерная томография, ультразвуковое исследование при плеврите и субплеврально расположенных округлых образованиях; повторное исследование мокроты, промывных вод бронхов на микобактерии туберкулеза методами флотации и полимеразной цепной реакции; определение лекарственной чувствительности микобактерий; посев мокроты на неспецифическую микрофлору и грибы; углубленная туберкулинодиагностика.

***ДМИ-2*** включают бронхоскопию с биопсией и бронхоальвеолярным лаважем; пункцию плевральной полости и плевробиопсию; трансторакальную биопсию легкого; торакоскопию, медиастиноскопию и, наконец, открытую биопсию легкого с последующими цитологическими, гистологическими и микробиологическими исследованиями полученного материала. Факультативные методы весьма многочисленны и направлены не столько на диагностику туберкулеза, сколько на определение функционального состояния различных внутренних органов и обменных процессов. Это исследования уровня глюкозы в крови, функции печени, сердечно-сосудистой системы, функции внешнего дыхания, газового состава крови, легочного кровотока и т.д.

ОДМ следует выполнять, как это следует из самого названия, в полном объеме. ДМИ и факультативные методы применяют по показаниям.

Туберкулезу легких свойственно большое многообразие клинических симптомов, которые варьируют в широких пределах по выраженности и тяжести. Обычно отмечают прямую зависимость между выраженностью клинических симптомов и изменениями в легких, но возможно и их несоответствие: тяжелый туберкулезный процесс и маловыраженная клиническая симптоматика или незначительные изменения и достаточно яркая клиническая картина.

По тяжести локальных изменений можно выделить ***деструктивные формы туберкулеза*** легких (казеозная пневмония, кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез)***; распространенный туберкулез без распада*** (милиарный, диссеминированный, инфильтративный туберкулез); малые формы туберкулеза (очаговый туберкулез, ограниченные инфильтраты, небольшие туберкулемы). Наиболее выражена клиническая симптоматика у больных с деструктивными и распространенными формами туберкулеза, при малых формах обычно отмечают малосимптомное течение заболевания.

В клинической картине туберкулеза органов дыхания в основном выделяют ***синдром воспалительной интоксикации и бронхолегочные (“грудные”) симптомы***, обусловленные специфическим воспалительным процессом в легких. Синдром воспалительной интоксикации включает в себя такие клинические проявления, как повышение температуры тела, потливость и ночные поты, ознобы, повышенную утомляемость, слабость, снижение или отсутствие аппетита, потерю массы тела, тахикардию. “Грудные” симптомы – кашель, выделение мокроты, боль в грудной клетке, кровохарканье и легочное кровотечение, одышка.

Как известно, начало заболевания туберкулезом органов дыхания может быть острым и постепенным, а течение – волнообразным, с периодами обострения (вспышки) и затихания процесса.

У большинства больных туберкулез развивается постепенно, с малозаметных симптомов. Однако в последнее время стали чаще встречаться остро начинающиеся и прогрессирующие деструктивные формы по типу “скоротечной чахотки” (казеозной пневмонии), описанной еще в начале столетия, диссеминированного, в том числе милиарного, туберкулеза, иногда сопровождающегося туберкулезным менингитом и менингоэнцефалитом.

Внимательный ***расспрос*** больного о жалобах и клинических проявлениях болезни имеет большое значение для диагностики туберкулеза и определяет ход дальнейшего исследования. Необходимо попытаться установить время начала заболевания для определения его продолжительности, а также выяснить, обратился ли больной за медицинской помощью вскоре после появления клинической симптоматики или болезнь существует давно. При изучении анамнеза следует особое внимание уделить вопросу о контактах пациента с больными туберкулезом дома или на работе, наличии родственников, больных туберкулезом.

В настоящее время можно считать доказанным наследственную предрасположенность к туберкулезу. Определенное значение имеют сведения о результатах предшествующего медицинского обследования, времени и причинах его проведения (профилактические осмотры, обращение за медицинской помощью по поводу легочного заболевания и т.д.). Женщин детородного возраста опрашивают о беременностях, родах, так как иногда туберкулез может развиваться в период беременности и после родов. У лиц молодого возраста (до 25 лет) следует по возможности уточнить, проводили ли им вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ против туберкулеза.

Врачебный ***осмотр*** больного при малых формах туберкулеза органов дыхания, диссеминации и туберкулемах, как правило, дает мало информации для диагностики. Более выраженные изменения могут быть при распространенных и деструктивных формах туберкулеза. У таких больных можно определить притупление перкуторного звука в области туберкулезных изменений, бронхиальное или жесткое дыхание, сухие или влажные хрипы. При наличии кашля с выделением мокроты и особенно кровохарканья необходимо в первую очередь исследовать мокроту методом микроскопии на микобактерии туберкулеза. Результативность возрастает при исследовании мокроты, собранной в течение суток, 3 дня подряд. Мазок, приготовленный из мокроты, окрашивают по Цилю – Нельсену и просматривают под микроскопом. Возможно также люминоскопическое исследование мазка, окрашенного ауромином. Выявление микобактерий туберкулеза в 2 из 3 исследованных мазков подтверждает диагноз туберкулеза легких. Одновременно с микроскопией обязательно проводят посев мокроты на питательные среды. При наличии роста культуры определяют чувствительность микобактерий к противотуберкулезным препаратам. Для установления клинической формы туберкулеза делают ***рентгенограмму грудной клетки*** в прямой и боковой проекциях. После определения клинической формы туберкулеза (в стационаре общего профиля или в поликлинике с обязательным участием фтизиатра) больного направляют в противотуберкулезные учреждения для лечения.

Наиболее трудная ситуация в диагностике туберкулеза органов дыхания возникает у больных с клинической симптоматикой в случае отсутствия мокроты, а также тогда, когда в мокроте микобактерии туберкулеза не обнаружены. У таких больных при рентгенологическом исследовании туберкулез может проявляться очаговыми, инфильтративными изменениями в легких, диссеминацией, кавернами, увеличением внутригрудных лимфатических узлов и плевритом. Несмотря на описание рентгенологической картины, характерной для туберкулеза, диагноз этого заболевания не следует ставить только на основании данных клинико-рентгенологического обследования. Перечисленные рентгенологические изменения можно наблюдать не только при туберкулезе, они требуют дифференциальной диагностики. Больным с клинико-рентгенологическими проявлениями, характерными для туберкулеза, при удовлетворительном общем состоянии можно провести бронхоскопию с исследованием аспирата из бронхов или бронхоальвеолярных смывов на микобактерии туберкулеза. Возможно также цитологическое и гистологическое исследование биоптата легочной ткани. Этот метод очень важен и информативен не только для верификации диагноза туберкулеза, но и для дифференциальной диагностики туберкулеза, рака и других заболеваний.

Существуют неинвазивные методы подтверждения диагноза туберкулеза, в частности определение специфических противотуберкулезных антител и антигенов микобактерий туберкулеза в сыворотке крови. Необходимо отметить определенное диагностическое значение ***туберкулиновых проб***. В настоящее время в России применяют пробу Манту (внутрикожное введение 2 ТЕ очищенного туберкулина PPD). Отрицательная туберкулиновая реакция свидетельствует, как правило, об отсутствии инфицирования туберкулезом. Положительная реакция обусловлена сенсибилизацией к туберкулину в результате вакцинации БЦЖ или перенесенной первичной туберкулезной инфекции. Заболевание легких у таких пациентов может быть как туберкулезной, так и другой этиологии. Для диагностики туберкулеза важное значение имеет вираж туберкулиновой пробы (увеличение размеров папулы на 5 мм и более за год) и гиперергическая реакция Манту (размер папулы 21 мм и более). Особенно это характерно для случаев развития первичных форм туберкулеза органов дыхания у лиц молодого возраста.

В случаях, когда указанные методы не позволяют подтвердить активный туберкулез, можно использовать ***метод диагностики ex juvantibus***. Больным с клиническими симптомами и рентгенологическими изменениями, которые свидетельствуют об активном туберкулезе или сомнительной активности процесса, а также при гиперергической туберкулиновой пробе назначают химиотерапию противотуберкулезными препаратами. В таких случаях через 2 – 3 мес необходимо повторное рентгенологическое исследование. При заболевании туберкулезной этиологии отмечается частичное или полное рассасывание воспалительных изменений. Это так называемый отсроченный диагноз [2]. К этому времени удается получить результаты посева мокроты на питательные среды, сделанного перед началом химиотерапии. Рост культуры при наличии в материале микобактерий туберкулеза обычно бывает отмечен через 4 – 8 нед, что служит подтверждением диагноза.

В настоящее время туберкулез органов дыхания часто сочетается с различными заболеваниями внутренних органов. Клинические проявления заболеваний нетуберкулезной этиологии вынуждают больного обращаться за медицинской помощью, а туберкулезный процесс протекает малосимптомно и незаметно для больного. В таких случаях больные обращаются в поликлиники, их госпитализируют в стационары различного профиля. При подозрении на малосимптомное течение туберкулеза нужно по возможности собрать мокроту и провести микроскопическое исследование мазка, назначить рентгенологическое исследование. Обнаружение микобактерий и соответствующих рентгенологических изменений в легких позволяет установить диагноз без особых затруднений. При отсутствии микобактерий в мокроте больного нужно дополнительно обследовать по описанной методике.

Диагноз туберкулеза нужно формулировать в соответствии с официальной клинической классификацией. Сначала указывают клиническую форму туберкулеза, локализацию процесса, фазу и результаты исследования мокроты: БК (+) или БК (-), по данным микроскопического исследования, уточненного результатами посева материала на питательные среды.

Правильная и своевременная диагностика туберкулеза органов дыхания позволяет выявить больных на ранних этапах развития заболевания, а химиотерапия, начатая вовремя, позволит предотвратить развитие у них распространенных, прогрессирующих форм с выделением микобактерий.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Литература:** | 1. Хоменко А.Г. Основы диагностики туберкулеза // Российский мед. журнал. – 1995. – № 1. – С. 21–5. 2. Туберкулез. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1996. |