

# ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ

## Ибрахимова Х.Р.<sup>1</sup>, Нурллаев Р.Р.<sup>2, 3</sup>, Артиков И.А.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ибрахимова Хаида Рустамовна - старший преподаватель;

<sup>2</sup>Нурллаев Руслан Рустамбекович – ассистент;

<sup>3</sup>Артиков Икром Ахмеджанович – ассистент,  
кафедра инфекционных болезней и фтизиатрии,  
Ургенчский филиал

Ташкентская медицинская академия,  
г. Ургенч, Республика Узбекистан

**Аннотация:** заболеваемость легочного туберкулеза у жителей Хорезмской области, проживающих в селах, выше, чем у жителей города Ургенча. Охват профилактическими осмотрами населения Хорезмской области методом флюорографии показывает, что увеличено число больных, выявленных по обращаемости в отдаленных районах. В нашей Республике предусматривается улучшение работы врачей общей лечебной сети по выявлению туберкулеза. С этой целью во всех семейных поликлиниках Хорезмской области организованы кабинеты сбора мокроты, лаборатории снабжены бинокулярными микроскопами.

**Ключевые слова:** туберкулез, диагностика, микобактерия, мокрота, сбор.

Туберкулез широко распространенное, социальное заболевание. В республике Узбекистан разработана комплексная программа, позволяющая выявить и вылечить заболевание на ранних стадиях. Во всех семейных поликлиниках Хорезмской области организованы кабинеты сбора мокроты, лаборатории снабжены бинокулярными микроскопами [1]. Разрешающая способность последних выше, чем монокулярных микроскопов. Микробиологические исследования имеют чрезвычайно огромное значение в системе выявления больных туберкулезом и являются одними из основных критериев верификации диагноза туберкулез. Несмотря на это, в нашей стране организационные методы выявления туберкулеза прошлых лет были в основном направлены на использование рентгенологических исследований, в то время как микробиологическая диагностика ТБ играла второстепенную роль. [2]. В Республике Узбекистан диагностика ТБ осуществляется как в диагностических лабораториях общей лечебной сети, где проводится первичное выявление бациллярных больных туберкулезом[3]. В приказе «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Республике Узбекистан» большое значение уделяется бактериологическому обследованию населения с целью раннего выявления туберкулеза. Микроскопия позволяет быстро получить результат, но обладает низкой чувствительностью и специфичностью, невозможностью дифференциации кислотоустойчивых микобактерий. Микобактерии туберкулёза имеют вид тонких, слегка изогнутых палочек различной длины с утолщениями на концах или посередине, располагаются группами и по одиночке. При бактериоскопии мазка, окрашенного по Цилю-Нильсену, микобактерии туберкулеза могут быть обнаружены при наличии не менее 100 000–1 000 000 бактериальных клеток в 1 мл патологического материала (мокроты). Такое большое количество микобактерий встречается у больных с далеко зашедшими прогрессирующими формами заболевания [4]. У значительно большего числа больных количество выделяемых ими микобактерий ниже предела метода бактериоскопии, что и является большим минусом этого метода. Только при идеальном выполнении всех требуемых условий, исследование не менее трех проб диагностического материала, правильный сбор мокроты, наличие современного бинокулярного микроскопа и высококачественных реактивов, просмотр до 300 полей зрения — возможно повышение чувствительности до 10000 микробных клеток. Недостаточная квалификация любого специалиста в вопросах диагностики туберкулеза, показаний для применения различных методов обследования больного ведет к запоздалому выявлению заболевания и ухудшает его прогноз. Поздняя диагностика туберкулеза у значительной части больных сопровождается массивным бактериовыделением, что представляет эпидемиологическую опасность для окружающих: как для проживающих с больным лиц, так и для обслуживающего медицинского персонала. Поэтому своевременное выявление туберкулеза имеет большое значение не только с медицинской или социальной, но и с эпидемиологической точки зрения, так как ограничивает распространение инфекции среди здорового населения. Однако, выявление туберкулеза должно основываться на комплексе анамнестических и клинико-лабораторных данных.

**Методы исследования:** Обследовано 116 пациентов с впервые выявленным туберкулезом в возрасте от 20 до 68 лет. Из них у 45 пациентов в исследовании мокроты на МБТ использовался монокулярный микроскоп (1 гр.) В обследовании 71 больных (2 гр.) применялся бинокулярный микроскоп. МБТ у пациентов 1-й гр. выявлены в 13 случаях (28,9 %). Следует отметить, что в 10 из них МБТ обнаружены в специализированном учреждении. Среди больных 2-й гр. МБТ имело место в 46 наблюдениях (64,7 %), причем в 25 случаях (54,3 %) МБТ выявлены в лаборатории ОЛС. Более

высокая частота выделения МБТ не связана с тяжестью процесса. Частота деструкций в легких была одинаковой (57,8 % в 1-й гр. и 60,8 % во 2-й гр.). Клиническая симптоматика наиболее выражена у больных с деструктивными и распространенными формами туберкулеза, при малых формах обычно отмечают малосимптомное течение заболевания. Врачебный осмотр больного при малых формах туберкулеза органов дыхания, как правило, дает мало информации для диагностики. Больные с малыми формами заболевания без деструкции легочной ткани выделяют значительно меньшее количество КУМ, что может быть ниже предела обнаружения методом микроскопического исследования. Увеличению частоты обнаружения МБТ способствовало адекватное отношение к кратности микроскопии. В 1 группе 3-х кратное обследование было в 40 % случаев, в остальных наблюдениях мокрота микроскопировалась 1–2 раза или вообще не просматривалась. Во 2-й группе только у 1 больного допущено 1-кратное исследование мокроты. Улучшение микробиологической диагностики — путь к более раннему выявлению туберкулеза. Время с момента обращения бациллярного больного к терапевту до направления к врачу-фтизиатру в 1 гр. составило в среднем 12 дней (от 1 дня до 45 дней), во 2 гр. — 5 дней (от 1 до 17 дней).

**Вывод:** Таким образом, улучшение работы микробиологической лаборатории ОЛС увеличило частоту обнаружения МБТ, что привело к сокращению сроков обследования больных. Данный метод позволяет в короткие сроки выявить наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом. Одновременно с микроскопией обязательно проводят посев мокроты на питательные среды, который подтверждается на Республиканском уровне. Еще одна серьезная проблема — рост больных с лекарственно устойчивым туберкулезом. Ранняя диагностика этих заболевших наиболее важна для профилактики заражения здоровых людей.

#### *Список литературы*

1. *Убайдуллаев А.М.* Туберкулез и болезни легких, 2019 г. №3(97). С. 63-68.
2. *Тилляшайхов М.Н., Белоцерковец В.Г.* Туберкулез и болезни легких, 2011. №4. С. 88-89.
3. *Убайдуллаев А.М., Абдусадыхова Ф.Т.* Туберкулез и болезни легких, 2007. №11.
4. *Ермакова Л.Г.* Туберкулез, легочные болезни, ВИЧ – инфекция, 2019 г. №3, С. 30-37.