

6. Данная работа показывает и отсутствие комплаентности в лечении сердечно – сосудистых заболеваний у пациентов, не получавших назначенные врачами антиагреганты и антикоагулянты, что требует внимания и отдельного изучения.

Литература

1. Андреев Д.Н., Маев И.В., Самсонов А.А. Болезни желудка. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С.113-114.
2. Богопольский П.М., Хоробрых Т.В., Черноусов А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Практическая медицина, 2016. – С.57-58.
3. Гордиенко А.В., Литовский И.А. Гастродуоденальные язвы и хронический гастрит. СПб.: СпецЛит, 2017. – С.21-26.
4. Климов А.Е., Лебедев Н.В., Мороз В.А. Гастродуоденальные кровотечения. М.: Бином, 2015. – 232 с.

УДК 616.24-002.5(470.332)+615.015

ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА В СТАЦИОНАРАХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Кукеев И.А., Начев Д.К., Толпыго У.А., Толпыго А.В.

Научный руководитель – к.м.н. Рашкевич Е.Е.

Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28.

phtisiatr67@yandex.ru – Рашкевич Елизавета Евгеньевна

Резюме: проведен анализ случаев выявления туберкулеза в стационарах общей лечебной сети (ОЛС) в Смоленской области за 2016 год. Оценены структура клинических форм, частота осложнений, наличие распада и бактериовыделения при выявлении туберкулеза по обращаемости, сроки госпитализации и объем обследования пациентов в стационаре ОЛС. Установлено, что на территории Смоленской области среди всех форм туберкулеза, выявляемых при обращении за медицинской помощью, преобладает инфильтративный (43%). Наиболее часто туберкулез в учреждениях ОЛС выявляется при обращении с респираторными жалобами (63%) и симптомами интоксикации (49%), но в ряде случаев - при обращении по поводу другого заболевания или травмы. Случаи выявления туберкулеза по обращаемости сопровождаются частым распадом легочной ткани (46%), осложнениями (60%) и бактериовыделением (32%), в 18% имела место лекарственная устойчивость возбудителя. Обязательный диагностический минимум при обследовании пациентов с подозрением на туберкулез в учреждениях ОЛС не всегда выполняется полностью: в частности, бактериоскопия мокроты проведена только в 2 (5%) случаях, диаскинтест - в 3 (7%). Необходима повышенная настороженность врачей ОЛС в отношении туберкулеза и полное соблюдение стандартов обследования для своевременной постановки диагноза и назначения лечения.

Ключевые слова: туберкулез, эпидемическая ситуация, выявление, диагностика.

DIAGNOSING TUBERCULOSIS IN HOSPITALS OF GENERAL HEALTHCARE NETWORK

Kukeev I. A., Nachev D. K., Tolpygo U. A., Tolpygo A. V.

Scientific adviser – Candidate of Medicine, assistant professor Rashkevich E. E.

Smolensk State Medical University,

28, Krupskoy St., Smolensk, 214019, Russia

Abstract. The cases of tuberculosis diagnosed in Hospitals of General Healthcare Network (GNH) of Smolensk region in 2016 were analyzed. The structure of clinical forms, frequency of complications, presence of destruction and bacteria emission revealed after medical aid requests, length of hospitalization periods and quality of examination were evaluated. It was established that infiltrative tuberculosis was diagnosed in GHN hospitals with the highest frequency (43%) Tuberculosis was most commonly diagnosed on the basis of respiratory (63%) and intoxication (49%) symptoms, but in some cases - during trauma or some other disease treatment. The cases of tuberculosis diagnosed after medical help requests were often accompanied by destruction of lung tissue (46%), complications (60%) and bacteria emission (32%); in 18% drug resistance was revealed. Necessary diagnostic minimum was not always fulfilled: particularly bacterioscopy was performed just in two cases (5%), Diaskintest - in 3 (7%). Higher awareness of tuberculosis and full adherence to examination standard is necessary among GHN doctors for timely diagnosis and treatment.

Key words: tuberculosis, epidemic situation, diagnostics

Введение

Эпидемическая ситуация по туберкулезу в Смоленской области стабилизировалась, но продолжает оставаться напряженной. Так, уровень заболеваемости туберкулезом населения области в 2016 году снизился на 6,6% и составил 57,7 на 100 тысяч населения. В результате обследования лиц эпидемиологически значимых профессий было выявлено 33 случая заболевания туберкулезом, в том числе 7 – с бактериовыделением. В 2016 году с 89,7% до 94,0% возрос удельный вес госпитализированных больных из очагов туберкулезной инфекции [2]. Проведение своевременного флюорографического обследования является наиболее эффективной мерой профилактики туберкулеза. Эффективность этой меры обеспечивается проведением регулярных профилактических медицинских осмотров, кратность которых и порядок прохождения оговорены СанПин 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» [3]. Прохождение своевременного флюорографического обследования в установленные сроки является обязанностью каждого гражданина РФ [4]. Но, к сожалению, далеко не всегда туберкулез удается выявить в ходе профилактических медицинских осмотров. Зачастую болезнь обнаруживается уже при обращении граждан за медицинской помощью с жалобами. Во избежание диагностических ошибок врачам следует руководствоваться разработанным обязательным диагностическим минимумом [5], который включает: клиническое обследование больного, микроскопию мазков мокроты по Цилю-

Нильсену не менее 3 проб с количественной оценкой массивности бактериовыделения, общий анализ крови, мочи, рентгенографию органов грудной клетки, пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л или Диаскинтест [1].

Целью нашего исследования стал анализ случаев выявления туберкулеза при обращении за медицинской помощью в стационары общей лечебной сети. В задачи исследования входили: анализ структуры заболеваемости различными формами туберкулеза, выявляемыми при обращении за медицинской помощью в стационар; определение наиболее частых жалоб, предъявляемых пациентами; оценка кратности прохождения профилактической флюорографии лицами, у которых туберкулез был выявлен при обращении за медицинской помощью; определение характера процесса у пациентов, выявляемых при обращении: частота распада, бактериовыделения, наличие осложнений; анализ охвата диагностическим обследованием согласно обязательному диагностическому минимуму.

Методика

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 41 пациента, поступившего в ОГБУЗ Смоленский противотуберкулезный клинический диспансер в 2016 году из стационаров г. Смоленска. Проанализированы: жалобы, фтизиатрический анамнез, данные рентгенологического и микробиологического исследования, сопутствующие заболевания, а также обследование, проведенное в стационаре ОЛС. Результаты исследования обработаны при помощи критерия χ^2 и критерия ϕ Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

За 2016 год в ОГБУЗ СПКД из общесоматических отделений городских стационаров поступили 41 человек с предварительным диагнозом "Туберкулез легких". Из пульмонологических отделений было направлено 26 (70%) больных, из неврологического – 2 (5%) пациента, из отделения гемодиализа – 2 (5%) человека, 1 (3%) человек был направлен из приемного отделения, из хирургических – 5 (13%) пациента, 1 (3%) пациент поступил из реанимационного отделения. Среди них было 30 (73%) лиц мужского пола, и 11 (27%) – женского. При проведении дополнительного обследования диагноз туберкулеза был снят у 4 (10%) человек, таким образом, в течение 2016 года лечение по поводу туберкулеза проходили 37 (90%) пациентов, направленных из общесоматических отделений городских стационаров.

Наиболее частыми жалобами пациентов при обращении к терапевту были кашель 26 (63%), симптомы интоксикации (слабость, снижение работоспособности и т.д. – 20 (49%)), повышение температуры тела – 13 (32%) и одышка – 21 (51%). 4 (10%) поступивших были госпитализированы по экстренным показаниям в связи с кровохарканьем. Однако 2 (5%) пациентов подобных жалоб не предъявляли ($p < 0,05$). При этом в одном случае госпитализация была связана с судорожным приступом, в другом – с уличной травмой. Эти пациенты прошли рентгенологическое обследование при поступлении в стационар в соответствии с СанПин 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».

На наличие туберкулезного контакта в анамнезе указывали 9 (22%) пациентов, а 32 (78%, $p < 0,05$) больных подобный контакт отрицали. При этом менее года назад проходили профилактическое флюорографическое обследование только 5 (12%, $p < 0,05$) больных, 11 (27%) -- более года назад, а 25 (61%) пациентов не смогли указать дату прохождения флюорографии. Таким образом, у пациентов с туберкулезом легких, выявляемым при обращении, профилактическое флюорографическое обследование проводится нерегулярно, что приводит к развитию распространенных и осложненных форм туберкулеза.

В структуре клинических форм туберкулеза легких преобладали инфильтративный – в 16 (46%) случаев и диссеминированный туберкулез – у 13 (38%) больных ($p < 0,05$). Другие формы встречались достоверно реже: туберкулезный плеврит – у 5 (14%) пациентов, казеозная пневмония – у 2 (3%), фиброзно-кавернозный – у 1 (2%). Доля инфильтративного туберкулеза соответствует таковой в структуре клинических форм туберкулеза, выявленного у населения Смоленска в 2016 году, а доля диссеминированного значительно выше, что вызвано длительным течением заболевания до момента выявления.

По данным рентгенологических исследований распад легочной ткани наблюдался с высокой частотой – у 17 (46%) пациентов, из них у 5 (29%) уже определялись сформированные каверны. Ограниченный процесс наблюдался у 18 (44%) пациентов, у 23 (56%, $p > 0,05$) – процесс имел распространенный характер. У 11 (30%) пациентов отмечались очаги бронхогенного обсеменения из первичного очага в других отделах легких.

У 22 (60%) туберкулез имел осложненное течение. В частности, выявлялись дыхательная недостаточность (10 (27%)), анемия (2 (5%)), ХПН (1(3%)), кровохарканье (3 (8%)), плеврит (5 (14%)), спондилит (1(3%)).

Бактериовыделение было выявлено у 13 (32%) пациентов. *M. tuberculosis* в мокроте была обнаружена следующими методами: у 2 (5%) человек – прямой микроскопией с окраской мазка по Цилю-Нильсену, у 3 (7%) – методом люминесцентной микроскопии, у 4 (10%) – посевом на плотные питательные среды и у 4 (10%) – посевом на жидкую питательную среду ВАСТЕС. Среди бактериовыделителей у 2 (15%) была обнаружена резистентность к рифампицину, у 1 (8%) была выявлена широкая лекарственная устойчивость к противотуберкулезным препаратам. Таким образом, треть всех пациентов, выявленных при обращении, являлись бактериовыделителями и могли заразить большое количество контактных лиц, зачастую лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий.

Однако не все пациенты обращались за медицинской помощью своевременно. Только 6 (15%) обратились за медицинской помощью не менее, чем через неделю от начала заболевания; 24 (59%, $p < 0,05$) – менее, чем через месяц; 8 (20%) – менее, чем через год и а 3 (6%) – более чем через год после появления симптомов заболевания. Сроки госпитализации в стационаре ОЛС в ряде случаев были значительными: только 8 (20%) больных провели в общесоматических отделениях менее недели, 26 (63%) – от недели до месяца; 7 (17%) – более месяца. Диагноз туберкулеза приблизительно в половине случаев был установлен своевременно – в течение 10 дней с момента обращения в общесоматическое ЛПУ: у 16 (43%) человек, а у 21 (57%) больных – позднее 10 дней.

В табл. 1 представлен объем методов исследования, проведенных в стационарах ОЛС пациентам с подозрением на туберкулез. Обращает на себя внимание низкая частота проведения бактериоскопии мокроты по Цилю-Нильсену: трехкратный анализ, в соответствии с обязательным диагностическим минимумом, был проведен только в 5% случаев.

Таблица 1. Проведенные в общесоматическом ЛПУ исследования.

ОАК	ОАМ	Бактериоскопия мокроты			Рентгенография легких	Компьютерная томография	Диаскинтест
		1 раз	2 раза	3 раза			
41 (100%)	38 (93%)	1 (2%)	1 (2%)	2 (5%)	41 (100%)	11 (27%)	3 (7%)

В соответствии с диагностическим алгоритмом, при отрицательном результате бактериоскопии мазка мокроты пациенту с воспалительным процессом в легких необходимо проведение антибактериальной терапии по стандартам лечения острой пневмонии. При этом не должны использоваться препараты с противотуберкулезной активностью, т.к. это затрудняет проведение дифференциальной диагностики и способствует развитию лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Однако анализ выписок из историй болезни общесоматических стационаров показал, что 20% пациентов получали левофлоксацин, 2% - амикацин. Учитывая, что антибактериальная терапия до госпитализации в противотуберкулезный диспансер проводилась 76% пациентов, в четверти случаев она включала препараты с противотуберкулезной активностью.

Выводы

1. На территории Смоленской области среди всех форм туберкулеза, выявляемых при обращении за медицинской помощью, преобладают инфильтративный (43%) и диссеминированный (31%).
2. Наиболее часто туберкулез в учреждениях ОЛС выявляется при обращении с респираторными жалобами и симптомами интоксикации, но в ряде случаев - при обращении по поводу другого заболевания или травмы.
3. Только 12% лиц, у которых туберкулез был выявлен при обращении за медицинской помощью, проходили флюорографию менее года назад.
4. Случаи выявления туберкулеза по обращаемости сопровождаются частым распадом легочной ткани (46%), осложнениями (60%) и бактериовыделением (32%), в 18% имела место лекарственная устойчивость возбудителя.
5. Обязательный диагностический минимум при обследовании пациентов с подозрением на туберкулез в учреждениях ОЛС не всегда выполняется полностью: в частности, бактериоскопия мокроты проведена только в 2 (5%) случаях, диаскинтест - в 3 (7%). Необходима повышенная настороженность врачей ОЛС в отношении туберкулеза и полное соблюдение стандартов обследования для своевременной постановки диагноза и назначения лечения.

Литература

1. Организация выявления больных туберкулезом с применением лучевых, клинических и микробиологических методов исследования/ Методические указания № 99/168 МЗ РФ. – 2014 г. – 76 с.
2. Об эпидемиологической ситуации по туберкулезу на территории Смоленской области в 2016 году/ Отчет Управления Федеральной Службы по Надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Смоленской области.
3. СанПин 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза».
4. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации".
5. Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания/ Приказ МЗ РФ №951 от 29.12.2014 г.

УДК 616.14-002-053.9

ТРОМБОФЛЕБИТ ПОВЕРХНОСТНЫХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Кураш И.О., Кураш А.Р., Шагалов С.С.

Научный руководитель - к.м.н. Шагалов С.С.

Смоленский государственный медицинский университет.

Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28.

Alenkaapolonskaya@gmail.com

THROMBOPHLEBITIS OF SUPERFICIAL VEINS OF LOWER EXTREMITIES IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE: CLINICAL FEATURES AND SURGICAL TREATMENT

Kurash I. O., Kurash A. R., Shagalov S. S.

Scientific adviser - Candidate of Medicine Shagalov S. S.

Smolensk State Medical University,

28, Krupskoy St., Smolensk, 214019, Russia

Kurash96@gmail.com

Abstract. The results of treatment of 436 elderly and senile patients with acute varicthrombophlebitis for the period 2012-2016 were analyzed in Clinical Hospital No.1. The study uses the data of the official accounting and reporting medical documentation. The patients were grouped according to their sex, age, type of surgical intervention, localization of the