

## **Туберкулёз всё ещё опасен.....**

**24 марта - Всемирный День борьбы с туберкулёзом.** Эта дата имеет символическое значение - она приурочена к открытию Р.Кохом одноимённой палочки в 1982 году, являющейся возбудителем недуга.

**Туберкулез** – одна из древнейших болезней человечества. Подтверждением этого являются археологические находки: туберкулезное поражение позвонков было найдено у египетских мумий. Греки называли это заболевание *phtisis*, что переводится как «истощение», «чахотка».

По данным всемирной организации здравоохранения ежегодно в мире болеет около 9 млн человек, из них только 6 млн проходит лечение.

Смертность от осложнений туберкулёза достигает 3 миллионов человек в год.

В настоящее время Россия относится к 22-м странам с самой высокой заболеваемостью туберкулезом.

В настоящее время в Челябинской области, как и в Российской Федерации в целом, эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу остаётся напряжённой. На диспансерном учёте у фтизиатра находится 29763 человека. Это на 14,5% больше, чем в прошлом году (2016 г. – 25560).

В 2017 году на диспансерный учёт с активными формами туберкулёза взято 1523 человека (показатель составил 45,8 на 100 тыс. населения), что ниже показателя прошлого года (49,1).

В 2017 г. зарегистрировано 38 случаев туберкулёза у детей (в 2016 году – 41).

Уровень распространённости туберкулёза с бактериовыделением, а это наиболее неблагоприятная форма заболевания, составил 50,5 на 100 тыс. населения.

В 2017 г. в Челябинской области умерло от туберкулёза 351 человек (2016 г. – 407).

В 2017 г. на 5,9% выросло число случаев туберкулёза в сочетании с ВИЧ – инфекцией.

По состоянию на 01.01.2018 г. в Ашинском районе на диспансерном учете с туберкулёзом органов дыхания состоит 83 человека, в т.ч. один ребёнок. Все впервые зарегистрированные случаи туберкулёза выявлены при проведении флюорографии. От туберкулёза всех форм умерло 8 человек (в 2016 г. – 14), в т.ч. один в сочетании с ВИЧ - инфекцией.

Возбудителями туберкулеза являются микобактерии туберкулеза, отличительной особенностью которых является ее особая оболочка, которая помогает бактерии выжить в весьма суровых условиях окружающей среды, и противостоять основным противомикробным препаратам.

Микобактерии туберкулеза чрезвычайно медленно размножаются, что затрудняет раннюю диагностику.

Чаще всего микобактерии туберкулеза передаются воздушно-капельным путем. Больные туберкулезом при кашле, чихании, разговоре выделяют в окружающий воздух возбудителя в составе мельчайших капель, которые не оседают под действием силы тяжести и подолгу находятся в воздухе во взвешенном состоянии, откуда попадают в легкие здорового человека.

Риск заражения зависит от характера и продолжительности контакта с источником инфекции, степени заразности больного. Вероятность заражения многократно увеличивается при наличии у больного активного туберкулеза легких.

Кроме того, заражение обычно происходит при тесном и длительном контакте с больным – чаще всего в том случае, если больной человек является членом семьи.

Риск заболевания зависит в основном от индивидуальной чувствительности к микобактериям туберкулеза, а также от состояния иммунного ответа.

### **Способствуют развитию туберкулёза лёгких**

- 1. Ослабление иммунной системы** различного характера: хронический стресс и утомляемость; неполноценное и недостаточное питание; приём стероидных гормонов, цитостатиков и иммуномодуляторов в связи с наличием тяжёлой сопутствующей патологии (системные и онкологические заболевания, состояния после трансплантаций органов); ВИЧ-инфекция.
- 2. Низкие показатели социально-бытовых условий проживания и характера жизнедеятельности.** В эту зону риска, к примеру, попадают учреждения отбывания наказания; города с высокой степенью плотности проживания населения; люди, ведущие асоциальный образ жизни связанный с бродяжничеством; мигранты; наркоманы; больные психическими заболеваниями. К этой же группе риска относят и медицинских работников.
- 3. Хронический алкоголизм.**
- 4. Хронические воспалительные болезни лёгких и верхних дыхательных путей.**
- 5. Сахарный диабет.**
- 6. Хронические заболевания сердца.**

Реальный риск заболеть туберкулезом чаще всего имеют дети младшего возраста, ВИЧ-инфицированные, люди, недостаточно питающиеся и испытывающие частые переохлаждения, живущие в сырых, плохо отапливаемых и проветриваемых помещениях.

В самом начале болезни симптомы часто бывают незначительными и неспецифичными, однако затем симптомы усиливаются, приводя к значительным страданиям.

- Лихорадка.
- Потливость по ночам.
- Похудание.
- Потеря аппетита.
- Недомогание, слабость.
- Кашель: сначала сухой, затем присоединяется мокрота, которая вскоре становится гнойной, иногда с прожилками крови.
- Кровохарканье.
- При разрушении стенки сосуда может возникать легочное кровотечение.
- Боль в груди, усиливающаяся при дыхании.
- Одышка – возникает при массивном поражении, и служит проявлением дыхательной недостаточности.

Однако бывает и так, что болезнь протекает бессимптомно, и первичный очаг обнаруживают лишь спустя годы при рентгенографии лёгких по другому поводу.

## Профилактика туберкулеза

1. Это создание прочного иммунитета путём вакцинации и ревакцинации БЦЖ.
2. Флюорографическое обследование взрослых и туберкулинодиагностика у детей.
3. Соблюдение принципов здорового образа жизни: отказ от курения и других вредных привычек, рациональное питание, физическая активность и здоровый досуг.

Вакцинация БЦЖ внесена в календарь плановых детских прививок и проводится на первой неделе после рождения, затем повторяется в возрасте 7 и 14 лет. В среднем, приобретённый эффект сохраняется около 5 лет.

После вакцинации БЦЖ в течение последующих 5-7 лет в норме реакция Манту может быть положительной, что отражает наличие хорошего поствакцинального иммунитета.

Химиопрофилактика – это приём антибиотиков по схеме. Может быть первичной (проводится неинфицированным микобактерией, но находившимся в контакте с больным) и вторичной (инфицированные или переболевшие туберкулёзом).

Показания:

- наличие бытовых, семейных и профессиональных контактов с больным, имеющим открытую форму туберкулёза;
- лица, давшие туберкулиновый вираж и гиперергическую реакцию при проведении пробы Манту;
- наличие посттуберкулёзных изменений в лёгких при приёме стероидных гормонов и других иммуномодуляторов по поводу других заболеваний.

Флюорография остается надежным скрининговым исследованием для выявления туберкулеза легких. Благодаря этому исследованию возможно выявить очаги активного или перенесенного ранее туберкулеза. Позволяет кроме туберкулёза, выявлять другие неспецифические болезни лёгких и опухоли органов грудной клетки.

Флюорографическое обследование органов грудной клетки можно пройти в поликлинике по месту жительства. Метод безопасен, эффективен.

Важно помнить - любое заболевание легче предупредить, чем лечить!

Заместитель главного врача  
ГБУЗ «ГБ № 1 г. Аша»  
по организационно-методической работе

С.Ф. Киндалова