

24 марта было выбрано Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве Всемирного дня борьбы с туберкулезом не случайно. Именно в этот день в 1882 году микробиолог Роберт Кох открыл возбудителя туберкулеза - *Mycobacterium tuberculosis*.



Цветок белой ромашки, выбран эмблемой борьбы с туберкулезом в 1911 году по инициативе Всероссийской лиги борьбы с туберкулезом.

Идея Дня Белого цветка родилась в Швейцарии. В 1900 году в Женеве на улице впервые появились молодые люди и девушки со щитами, усыпанными цветами белой ромашки. Они продавали жетоны, и в кружки для пожертвований каждый опускал посильную, иногда даже очень крупную сумму. Продажа белого цветка как эмблемы борьбы с туберкулезом приносила противотуберкулезным организациям доход. В России День белого цветка впервые прошёл 20 апреля 1911 года.

Праздник «Белый цветок жизни» - это день бескорыстия, людской доброты и любви к ближнему. Больным он даёт надежду на исцеление, тем, кто помогал, – возможность проявить свои лучшие человеческие качества.

Всемирный день борьбы с туберкулезом (World Tuberculosis Day) отмечается по решению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в день, когда в 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох (Robert Koch) объявил о сделанном им открытии возбудителя туберкулеза. В 1993 году Всемирной организацией здравоохранения туберкулез был объявлен национальным бедствием, а день 24 марта — Всемирным днём борьбы с туберкулезом. Всемирный День борьбы с туберкулезом был учрежден для того, чтобы напомнить обществу о проблеме и призвать население беречь собственное здоровье.

По прогнозам ВОЗ, в ближайшие десять лет туберкулез останется одной из десяти ведущих причин заболеваемости и смертности в мире. Эффективность своевременного лечения туберкулеза высока на ранних стадиях и резко снижается на более поздних стадиях заболевания. В связи с этим ранняя обращаемость к врачу и своевременное флюорографическое обследование имеют решающее значение. При условии своевременно начатого лечения существенно сокращается смертность от туберкулеза. Многие избегают флюорографического осмотра, считая это вредным для здоровья. **Но всем следует знать, что доза облучения, получаемая при таком обследовании, равна одному дню, проведенному на солнце, и вреда здоровью не приносит!**

Повторные ежегодные сплошные флюорографические обследования позволяют выявить истинную заболеваемость туберкулезом. В то же время при неудовлетворительно поставленной работе по выявлению туберкулеза легких среди населения накапливается группа больных, длительное время неизвестных органам здравоохранения. Вследствие того, что сплошные флюорографические обследования на территориях проводятся обычно не ежегодно, а лишь по специальной программе, среди больных туберкулезом, выявленных при флюорографическом

обследовании, имеются лица с различными сроками заболевания, чаще всего протекающего малосимптомно или бессимптомно.

Однако независимо от того, проводится ли флюорографическое обследование в виде сплошного массового осмотра или обследуются только контингента повышенного риска заболевания туберкулезом, оценка метода производится по числу вновь выявленных больных. **Число заболевших туберкулезом — это сумма больных, выявленных при профилактических осмотрах и обратившихся в лечебное учреждение с жалобами в связи с появившимися у них симптомами заболевания.**

Из факторов, влияющих на эффективность флюорографических осмотров, в первую очередь следует считать охват подлежащего обследованию населения. Исследования подтверждают, что 44,7% населения охотно взаимодействует с медицинскими работниками и приходит на осмотры при первом приглашении. Вторую группу составляют неосмотренные лица, которые уклоняются от обследования даже в тех случаях, когда флюорограф очень длительное время работает в населенном пункте, а люди очень настойчиво привлекаются к осмотрам. Размер этой группы варьирует в пределах 24,8—38,9%. Промежуточное положение занимает 18—22% населения, для которых необходимо флюорографическую технику помещать вблизи от места жительства, либо проводить повторную работу в том же населенном пункте.

Следовательно, если из года в год осматриваются одни и те же контингенты, охотно кооперирующие с медиками, то число выявленных больных будет систематически уменьшаться и эффективность флюорографических осмотров будет очень низкой.

Среди детей раннее выявление туберкулеза проводится повторным определением чувствительности к туберкулину, при этом выявляются лица с первичным инфицированием (вираж туберкулиновой пробы), а также с гиперергическими реакциями. В условиях широкого применения вакцинации БЦЖ трудности дифференциации поствакциной и инфекционной аллергии в значительной мере осложняют диагностику виража. Тем не менее изучение туберкулиновых реакций в динамике при ежегодном применении туберкулиновых проб, учет времени вакцинации и ревакцинации, а также клинических данных позволяют обнаружить вираж.

Исследование мокроты или другого материала на микобактерии туберкулеза и в настоящее время сохраняет свое значение в диагностике туберкулеза и выявлении наиболее эпидемиологически опасных его форм. Посев на питательные среды позволяет обнаружить микобактерии у больных с начальными проявлениями распада, а также у больных без деструктивных изменений. Бактериологические исследования имеют не только диагностическое, но и эпидемиологическое значение, так как позволяют дать количественную оценку резервуара инфекции.

Больные активным туберкулезом не представляют собой однородной группы. Среди них в первую очередь нужно выделить лиц, у которых диагноз подтвержден выявлением микобактерии туберкулеза методом микроскопии или посева. У большинства больных, выделяющих микобактерии, имеется деструктивный легочный процесс, однако метод посева позволяет обнаружить микобактерии у определенного числа больных без распада легочной ткани.

Вторую группу впервые выявленных больных туберкулезом, подлежащих регистрации, составляют лица с четкими клинико-рентгенологическими признаками активного туберкулеза, но без бактериовыделения. Правильность диагноза у этих больных подтверждается

совокупностью клинико-лабораторных, инструментальных методов и динамикой изменений в легких в процессе лечения туберкулоостатическими препаратами.

Третью группу впервые выявленных больных составляют лица с ограниченными, малыми формами туберкулеза, при которых часто трудно даже сделать заключение об активности туберкулезного процесса и необходимости лечения.

Разнообразие проявлений туберкулеза у больных привело к необходимости не только учета выявленных больных, но и «качественной» их характеристики, т. е. структуры.

Структура впервые выявленных больных может быть охарактеризована по трем основным признакам.

1. Эпидемиологическая опасность. В этом плане все больные могут быть разделены на 2 группы: 1) бациллярные (БК+) и 2) абациллярные (БК-). Такой принцип характеристики больных имеет международное признание.

2. Характер туберкулезного процесса. По этому признаку принято выделять 3 группы больных: 1) с наличием деструктивных форм туберкулеза (CV+); 2) с наличием распространенных проявлений (диссеминация, множественные проявления туберкулеза и др.); 3) с малыми формами туберкулеза.

3. Оценка современности выявления больного, учитывая характер процесса и его эпидемиологическую опасность для окружающих.

Ранняя диагностика туберкулеза заключается в выявлении начальных форм туберкулеза. По современным представлениям о патогенезе туберкулеза, к таким формам относят ранние проявления первичного туберкулеза, возникшие в результате «свежего» заражения, проявления, развивающиеся у взрослых преимущественно за счет эндогенной реактивации, а также вторичные формы туберкулеза на ранних этапах их развития. Естественно, что к ранней диагностике туберкулеза возможно относить выявление лишь ограниченных, малых форм заболевания, развивающихся на начальном этапе появившейся болезни.

Выявление больных туберкулезом должно быть ранним или по крайней мере своевременным. Выявление больных с запущенным туберкулезным процессом создает большие трудности в лечении, так как добиться заживления туберкулезного очага трудно даже при современных методах лечения. Кроме того, длительное течение туберкулеза у больных, не известных диспансеру, представляет большую эпидемиологическую опасность для окружающего населения, особенно при обильном выделении микобактерии туберкулеза.

Ежедневно в мире погибает от туберкулеза около 5000 человек. Смертельное сочетание туберкулеза и ВИЧ-инфекции, а также распространение туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) грозят еще более серьезными последствиями. Ощутимы экономические последствия от туберкулеза, так как основная часть заболевших туберкулезом приходится на трудоспособное население.

Необходимо более активно привлекать население к общему делу - сдерживанию распространения туберкулезной инфекции. Это означает привлечение населения к сознательному участию в защите от заболевания. Знания особенностей передачи туберкулезной инфекции и ее проявлений необходимы каждому человеку, каждой семье, т.к.

своевременное принятие мер может предотвратить не только передачу инфекции, но и развитие заболевания.

Борьба с туберкулезом в Республике Хакасия является составной частью политики и практической деятельности Правительства Республики Хакасия и Министерства здравоохранения Республики Хакасия.

Заболеваемость населения туберкулезом, распространенность туберкулеза среди населения и смертность от него вызывают озабоченность администраций всех уровней и определяет необходимость усиления противотуберкулезных мероприятий среди всех слоев населения. В республике принята Государственная программа «Развитие здравоохранения Республики Хакасия до 2020 года», одним из основных приоритетов которой является «Совершенствование оказания противотуберкулезной медицинской помощи:

1. достигнуть охвата населения профилактическими мероприятиями не менее 70% ежегодно;
2. продолжить работу по реализации мероприятий, направленных на снижение заболеваемости туберкулезом в Республике Хакасия».

В 2019 году общая заболеваемость туберкулезом в целом по республике увеличилась по сравнению с 2018 годом на 1,2%, зарегистрирован 241 случай впервые выявленного активного туберкулеза всех локализаций. Территориальный показатель заболеваемости, составил 45,0 случаев на 100 тыс. населения, (2018г. – 44,5). Показатель смертности населения от туберкулёза – 7,2 случая на 100 тысяч населения, не изменился в сравнении с 2018 и 2017 годами

Задачи, стоящие перед специалистами здравоохранения:

1. Снижение заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза республике.
2. Продолжение работы по активному выявлению туберкулеза.
3. Внедрение новейших методов лечения у больных с МЛУ и ШЛУ.
4. Систематическое повышение квалификации медицинского персонала противотуберкулезных диспансеров.

Как предотвратить заражение туберкулёзом?

1. Не проводите длительное время в душном переполненном помещении, где вполне могут быть и люди с активной формой туберкулёза.
2. Убедитесь, что больной туберкулёзом прошёл лечение хотя бы в течение двух недель, прежде чем входить с ним в контакт.
3. Используйте защитные маски, если вы вынуждены работать в одном помещении с человеком больным туберкулёзом.
4. Если вы подозреваете, что кто-то в вашем окружении болен туберкулёзом, убедите его обратиться к врачу и пройти курс лечения.
5. Проветривание помещения несколько раз в день одно из важных условий предотвращения распространения туберкулёза.

Здоровый образ жизни и своевременные флюорографические осмотры являются успешными профилактическими мерами в борьбе с такой опасной инфекцией как туберкулёз.