

Адам Юлия Александровна, Студент
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

Овечкина Анастасия Александровна, Студент
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России

РОЛЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ В ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Аннотация. В рамках работы исследуется, насколько важна диспансеризация для своевременного обнаружения туберкулёза. Мы рассматриваем организацию профосмотров, методы скрининга и дальнейшее обследование. Исследование демонстрирует, что систематическое проведение диспансеризации позволяет не только выявлять туберкулёз на ранних стадиях, но и выделять группы населения, нуждающиеся в повышенном внимании.

Ключевые слова: Диспансеризация населения, профилактические осмотры, ранняя диагностика, туберкулёз, группы риска, методы выявления, флюорография, скрининг.

Цель работы:

систематизировать современные данные о роли диспансеризации в выявлении туберкулёза, проанализировать применяемые методы диагностики, оценить эффективность профилактических осмотров и выявить ключевые проблемы в этой сфере.

Задачи:

- проанализировать нормативно правовую базу, регламентирующую проведение диспансеризации для выявления туберкулёза в России;
- систематизировать и охарактеризовать методы диагностики туберкулёза, используемые в рамках диспансеризации;
- определить группы населения, подлежащие приоритетному обследованию, и обосновать периодичность осмотров для разных категорий;
- оценить эффективность существующих программ диспансеризации на основе данных научных исследований;
- выявить основные проблемы и барьеры, препятствующие эффективной реализации программ диспансеризации; • обозначить современные тенденции и перспективы развития системы профилактических осмотров для раннего выявления туберкулёза.

Методология исследования:

- поиск и отбор научных публикаций по теме в базах данных eLibrary, РИНЦ, PubMed;
- анализ нормативно правовых актов РФ, регулирующих проведение профилактических осмотров на туберкулёз;
- обобщение и систематизацию информации с выделением ключевых тенденций и проблем.

Введение

Туберкулёз остаётся одной из наиболее острых проблем глобального здравоохранения, несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении этого заболевания. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2022 году в мире было зарегистрировано около 10 млн новых случаев туберкулёза и 1,3 млн смертей от этой инфекции [1]. Эти цифры подчёркивают необходимость продолжения активных мер по профилактике и раннему выявлению заболевания.

В России около 60% случаев заболевания туберкулёзом выявляется активно (в том числе в рамках диспансеризации), 38,5% – при обращении, 1,5% – посмертно.

В исследовании Н. А. Зубовой и соавторов среди 446 больных туберкулёзом лёгких 75% были выявлены при периодических осмотрах, а 25% – при обращении. При этом



пациенты, выявленные при обращении, имели более тяжёлое течение: у них чаще обнаруживались бактериовыделение, полости распада в лёгких и первичная множественная лекарственная устойчивость [2].

Что такое диспансеризация

Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации [3]. Диспансеризация населения, включая профилактические медицинские осмотры на туберкулёз (ТБ), остаётся одним из ключевых инструментов эпидемиологического контроля и снижения заболеваемости в Российской Федерации. Она обеспечивает активное выявление случаев ТБ на доклинических и ранних стадиях, что позволяет своевременно изолировать источники инфекции, начать лечение и прервать цепь передачи микобактерий туберкулёза [4].

Система диспансеризации взрослого населения в России имеет четкую иерархию, основанную на участковом принципе и закреплённую приказами Минздрава (в частности, № 404н и № 168н). Она функционирует на трех уровнях, начиная от управленческого звена и заканчивая непосредственным взаимодействием с пациентом. Общая ответственность за весь процесс возложена на главного врача, который делегирует полномочия конкретному ответственному лицу. Как правило, это заместитель главного врача по поликлинической работе/врач-терапевт/ терапевт участковый/врач общей практики/фельдшер, чьи задачи включают обеспечение высокого охвата населения (не менее 70% среди лиц с хроническими заболеваниями), анализ эффективности мероприятий и контроль за снижением показателей смертности и обострений.

Важно отметить, что взаимодействие между общей лечебной сетью (поликлиниками) и специализированными диспансерами строится на принципе преемственности. Участковый терапевт является первым звеном, которое при выявлении симптомов или изменений на флюорограмме направляет пациента к фтизиатру [5].

Проблемы и ограничения

Несмотря на эффективность, диспансеризация сталкивается с рядом проблем:

- Низкий охват населения. В некоторых регионах наблюдается снижение охвата флюорографическими осмотрами, что может приводить к росту доли запущенных случаев.
- Организационные недостатки. В исследованиях выявлялись нарушения сроков диспансерного наблюдения, лабораторно-диагностических обследований, неполное предоставление консультативной помощи.
- Низкая санитарная грамотность пациентов. Часть больных не соблюдает рекомендации по регулярному посещению врача и прохождению обследований.
- Ресурсные ограничения. В некоторых медицинских организациях отмечались проблемы с материально-технической базой и соблюдением клинических протоколов.

Группы риска по туберкулёзу и частота обследований

Согласно современным клиническим рекомендациям и нормативным документам, группы риска по туберкулёзу формируются на основе медицинских, социальных и профессиональных факторов. Периодичность профилактических осмотров регламентируется Приказом Минздрава РФ от 11.04.2025 №190н и дополняется клиническими рекомендациями [6].

Медицинские группы риска. К этой категории относятся лица с состояниями, повышающими вероятность инфицирования и развития активного туберкулёза:

- ВИЧ инфицированные пациенты. Риск развития туберкулёза у ВИЧ положительных лиц в 20-30 раз выше, чем в общей популяции, они подлежат ежегодному обследованию.



• Пациенты на иммуносупрессивной терапии: получающие кортикостероиды, цитостатики, генно инженерные биологические препараты (ГИБП) и селективные иммунодепрессанты. Для них рекомендована ежегодная диагностика, включая низкодозную КТ.

• Больные сахарным диабетом. Риск туберкулёза повышен в 3-5 раз из-за метаболических нарушений и снижения иммунитета. Обследование – 1 раз в год.

• Лица с хроническими заболеваниями органов дыхания (ХОБЛ, бронхиальная астма), язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнями мочеполовой системы.

• Онкологические и гематологические больные, особенно после лучевой терапии.

Социальные группы риска. Эти категории имеют повышенный риск из-за условий жизни и поведения:

• Лица, контактировавшие с больными туберкулёзом (семейный, бытовой, профессиональный контакт). Обследование проводится независимо от сроков предыдущего осмотра.

• Заключённые и лица, освобождённые из мест лишения свободы (в течение первых 2 лет после освобождения). Для них установлена ежегодная диспансеризация.

• Мигранты и беженцы с ограниченным доступом к медицинской помощи.

• Лица без определённого места жительства (БОМЖ), проживающие в условиях скученности и антисанитарии.

• Злоупотребляющие алкоголем и употребляющие наркотики.

• Курящие (особенно при выкуривании более пачки в день).

Профессиональные группы риска. Повышенный риск связан с частыми контактами с потенциально инфицированными лицами:

• Медицинские работники, особенно сотрудники противотуберкулёзных учреждений, родильных домов, отделений пульмонологии.

• Сотрудники приютов для бездомных, домов престарелых, исправительных учреждений.

Методы выявления туберкулёза в рамках диспансеризации

Для граждан в возрасте 18 лет и старше основным методом является флюорография лёгких или рентгенография лёгких, в том числе с использованием технологий искусственного интеллекта [6]. При проведении профилактических осмотров учитываются результаты исследований, внесённых в медицинскую документацию (в том числе в форме электронных документов), давность которых не превышает 6 месяцев со дня проведения [6]. Это позволяет избежать дублирования диагностических процедур и снизить лучевую нагрузку на пациента.

Для лиц, получающих лекарственную терапию с применением генно- инженерных биологических препаратов и селективных иммунодепрессантов, применяется низкодозовая компьютерная томография (КТ) [6]. Этот метод позволяет выявить минимальные изменения в лёгких, которые могут быть пропущены при флюорографии.

Для нетранспортабельных и маломобильных граждан (при невозможности проведения флюорографии или рентгенографии лёгких) используется исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии методом микроскопии (трёхкратно) [6]. Также может применяться ПЦР для обнаружения ДНК микобактерий в различных биоматериалах (мокрота, плевральная жидкость и др.).

Для ВИЧ инфицированных лиц рекомендуется сочетание методов:

• Диаскинтест или IGRA тесты (для выявления латентной инфекции);

• низкодозовая КТ (для раннего выявления активных форм) [7].

Дополнительные методы при подозрении на туберкулёз

При выявлении патологических изменений в ходе профилактического осмотра назначается углублённое обследование, включающее:

• Микроскопию мокроты по Цилю-Нильсену (трёхкратное исследование) – быстрый метод, позволяющий обнаружить кислотоустойчивые микобактерии [7].



- Посев мокроты на питательные среды – «золотой стандарт» диагностики, обеспечивающий высокую специфичность, но требующий длительного времени (до 8 недель) [7].
- Молекулярно генетические методы (ПЦР) – позволяют выявить ДНК микобактерий туберкулёза в биоматериале за несколько часов, а также определить устойчивость к противотуберкулёзным препаратам [7].
- Компьютерную томографию (КТ) – высокочувствительный метод для уточнения локализации и распространённости процесса [7].

Порядок действий при выявлении патологии

Если в результате осмотра выявлены патологические состояния, свидетельствующие о наличии туберкулёза, медицинский работник обязан в течение 2 календарных дней организовать обследование гражданина [6].

Перед проведением осмотра необходимо получить информированное добровольное согласие обследуемого или его законного представителя [8].

Клинический пример на базе КОГБУЗ КГБ № 2 поликлиника №3.

В сентябре 2024 года 37-летний пациент был направлен участковым терапевтом на ЦФГ в рамках диспансеризации взрослого населения. Последний раз делал рентген 8 лет назад, когда лежал в больнице с двухсторонней пневмонией. После этого больной за медицинской помощью не обращался, диспансеризацию не проходил, вредные привычки: алкоголь, курение. Не смотря на кашель, постоянную температуру около 37-37.5, одышку, слабость, снижение веса к врачам не обращался. На ЦФГ были выявлены множественные очаговые тени в обоих лёгких, подозрительные на диссеминированный туберкулёз. Диагноз: Диссеминированный туберкулез легких в фазе распада МБТ-. Пациент проживает в благоустроенной квартире с женой. Работает вахтовым методом.

Если бы мужчина регулярно проходил диспансеризацию, которая проводится бесплатно благодаря национальному проекту "Здравоохранение", то туберкулёз был бы выявлен на более ранней стадии, когда хорошо поддаётся медикаментозному лечению

Список литературы:

1. Нечаева О.Б. Современные тенденции глобальной эпидемиологии туберкулеза // Туберкулез и болезни легких. – 2023. – Т. 101. – № 6. – С. 6-14.
2. Зубова Н.А., Цыбикова Э.Б., Пунга В.В. и др. Туберкулез легких у пациентов, выявленных во время периодических осмотров и при обращении в медицинские организации // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – Т. 94. – № 11. – С. 22-28.
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 апреля 2021 г. № 404н «Об утверждении Порядка проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определённых групп взрослого населения» // Справочно-правовая система «КонсультантПлюс». – URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_388771/ (дата обращения: 15.03.2026). – Зарегистрировано в Минюсте России 30 июня 2021 г. №64042. – Действует до 1 июля 2027 г.
4. Загдын З.М., Кобесов Н.В., Дмитриева М.П., Печенкин А.В. Эффективность различных методов скрининга туберкулеза среди уязвимых групп населения (аналитический обзор) // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья им. Н. А. Семашко. – 2023. – № 3. – С. 78-85. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-razlichnyh-metodov-skrininga-tuberkuleza-sredi-uyazvimyh-grupp-naseleniya> (дата обращения: 15.03.2026).
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. №932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулёзом» (с изменениями и дополнениями от 13 марта 2019 г., 21 февраля 2020 г., 19 мая 2023 г.) // ГАРАНТ. – URL: Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15.11.2012 N 932н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулёзом" (с изменениями и дополнениями) | ГАРАНТ (дата обращения: 15.03.2026). – Зарегистрировано в Минюсте России 7 марта 2013 г. №27557.



6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 190н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулёза» (зарегистрирован в Минюсте 16.05.2025 № 82216) // Официальный интернет-портал правовой информации. – Москва, 2025. – URL: Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11.04.2025 № 190н · Официальное опубликование правовых актов (дата обращения: 15.03.2026).

7. Клинические рекомендации «Туберкулез у взрослых» (утверждены Минздравом России, 2025) // Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава РФ. – URL: 1415_kr24A15A19MZ.pdf – Яндекс Документы (дата обращения: 15.03.2026).

8. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 23.07.2025) // Официальный интернет-портал правовой информации. – URL: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201111220007> (дата обращения: 15.03.2026). Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 23.07.2025) // Официальный интернет-портал правовой информации. – Москва, 2011. – URL: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ · Официальное опубликование правовых актов (дата обращения: 15.03.2026)

