

Национальный центр проблем туберкулеза
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

Основан в 2002 году, выходит 2 раза в год

№ 2 (17) 2010

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор

Абилдаев Т.Ш.

Заместитель главного редактора – Аленова А.Х.

Члены редакционной коллегии:

Исмаилова А.Т.

Ахматханова С.Ф.

Дьячкова Е.Е.

Апатаева О.Г.

Редакционный совет:

1. Алишеров А.Ш. (Бишкек)
2. Айзман Майкл (США)
3. Беркинбаев С.Ф. (Актобе)
4. Воронов С.А. (Алматы)
5. Даирбеков О.Д. (Шымкент)
6. Доскалиев Ж.А. (Астана)
7. Ерохин В.В. (Москва)
8. Залескис Ричард (ВОЗ)
9. Казымбетов П.К. (Астана)
10. Кульмагамбетов И.Р. (Караганда)
11. Левашов Ю.Н. (Санкт-Петербург)
12. Людденкемпер Роберт (Германия)
13. Муминов Т.А. (Алматы)
14. Перельман М.И. (Москва)
15. Фармер Пол (США)
16. Семенова Р.И. (Алматы)
17. Убайдуллаев А.М. (Ташкент)
18. Цогт Г. (ВОЗ)
19. Вин Яап (Голландия)

Журнал зарегистрирован Министерством культуры,
информации и общественного согласия РК
Регистрационный номер 2535-Ж от 13.12.2001 г.

Адрес редакции:

050010, г.Алматы, ул.Бекхожина 5.

Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК

Тел: (727) 291 03 16, факс: (727) 291 86 58

E-mail info@ncpt.kz, a.ismailova@ncpt.kz

Верстка и печать: ИП «Даниленко»

Учредитель: ГУ «Национальный центр проблем туберкулеза
Министерства здравоохранения Республики Казахстан»

Тираж 500 экз.

ОГЛАВЛЕНИЕ

I ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Абилдаев Т.Ш., Баймуханова К.Х., Белинская Г.Д. Особенности заболеваемости контактных лиц в очагах туберкулезной инфекции.....	4
Баймуханова К.Х., Турсынбаева А.С., Курбанова А.Т., Усембаева С.А., Мусабекова Г.А., Белинская Г.Д., Байсалмаков А.С. Эпидемиологические особенности впервые выявленного туберкулеза в пенитенциарной системе.....	6
Бургунбаева Р.А. Жасөспірімдер арасындағы туберкулез ауруының ағымының ерекшеліктері.....	8
Бутимбаева Г.М. Клинико-социальная характеристика туберкулёза у подростков южного региона Алматинской области.....	9
Ерохин В.В., Пунга В.В., Капков Л.П., Путова Э.В., Русакова Л.И., Якимова М.А. Эффективность реализации проекта займа МБРР «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа, компонента «туберкулез» в курируемых ГУ ЦНИИТ РАМН территориях.....	11
Жаббаева К.А. Сравнительный анализ заболеваемости детей в Северо-Казахстанской области и г.Петропавловску.....	18
Ильина Т.Я., Жангиреев А.А., Сидоренко О.А. Мультирезистентность МБТ к химиопрепаратам и ее влияние на результаты лечения рецидивов туберкулеза.....	20
Исаева Р.Н. 2008-2009 жылғы жаңа жағдай өкпе туберкулезімен және рецидивпен тіркелген науқастардың қақырығын бактериологиялық әдіспен қамту және АБД-ге сезімталдық нәтижелері.....	24
Ихласова Г.А. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Рыскуловском районе Жамбылской области.....	28
Лушпа С.Б. Результаты совместной работы Жаркентской туберкулёзной больницы Панфиловского района с сетью ПМСП.....	31
Махамбетова Г.К. Сравнительный анализ случаев рецидивов туберкулеза за 2007- 2009 годы в Атбасарском регионе Акмолинской области.....	34
Новокрещенова Т.М., Кисметова Э.Г., Жумагалиева Г.Д., Имангалиев М.Б., Давлетьярова З.Р., Гусев П.В., Погодаев С.П., Тастаева Г.Х. Берсагуров К.А. Организационно-методическая работа по профилактике туберкулёза в Западно-Казахстанской области.....	36
Нурбаева Д.М. Анализ работы дневного стационара при областном противотуберкулезном диспансере Жамбылской области за 2007-2009 годы.....	39
Нурмуханова Д.М. Сравнительный анализ причин заболеваемости туберкулезом детей и подростков за период с 2000 по 2009 гг.....	41
Оспанова Б.М. Анализ факторов риска, влияющих на заболеваемость туберкулезом среди детей.....	47
Серикбаева К.С., Аленова А.Х., Кастыкпаева Л.В., Бекембаева Г.С., Латанова Х.Е., Нургалиева А.К. Бутимбаева Г.М. Инфицированность и заболеваемость детей и подростков из очагов туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и с сохраненной чувствительностью.....	49
Скребцов Б.А., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Сулейманова Ж.Д., Жолдыбекова З.Е., Усивалиева С.Ж. Некоторые аспекты эпидемиологии туберкулеза у детей в Южно-Казахстанской области	52
Степкина Е.Л., Белова Е.С. Роль фармаконадзора в обеспечении безопасности пациентов.....	55
Тастайбекова М.М. Лекарственно-устойчивые формы туберкулеза у детей и подростков в Кызылординской области.....	58
Узбекова Г.А. Проблемы туберкулеза в районном тубдиспансере Алматинской области	60
Хауадамова Г.Т., Ракишева А.С., Коккозов Т.М., Мясникова Г.А., Сабитова З.Р. Медицинские факторы развития рецидивов туберкулеза.....	62
Шихлинская М. А. Прогнозирование факторов риска развития бактериовыделения	

и его устойчивых форм у больных туберкулезом.....	67
---	----

II КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Аленова А.Х. Иммуноферментный анализ в диагностике и оценке эффективности лечения туберкулеза.....	73
Жабаева К.А., Бабасанова А.К., Пивень А.И., Зинковская Т.Н. Алифтеннова А. Особенности течения туберкулеза внелегочных локализаций у детей.....	76
Касаева Л.Т., Бекмуратов Е.Б., Таханова Ж.У., Оспанов Н.М., Жорабаева Л.А., Курмансеитова А.М. Частота сопутствующих заболеваний у больных с впервые выявленным туберкулезом легких.....	79
Нургалиев С.С. Диагностика туберкулезного менингита у детей и взрослых.....	81
Сарсенова А.К., Сақыбаева С.А., Утегенова Н.Т. Результаты проведения исследований по детекции микобактерий туберкулеза и определения чувствительности к противотуберкулезным препаратам на аппарате Вастес MGIT 960.....	83

III ЛЕЧЕНИЕ

Еримбетов К.Д., Зетов А.Ш., Фирсов В.И., Абдуллина А.Г., Ахметов С.Ж., Малбасканов А.Д., Бектурсинов Б.У. Возможности хирургического лечения туберкулеза легких с множественной лекарственной устойчивостью.....	86
Кулекешов Н.С. Физиотерапия больных туберкулезом.....	90
Садыкаева Г.К. Эффективность лечения больных с впервые выявленным туберкулезом и рецидивами в областном тубдиспансере Жамбылской области за 2007-2009 гг.....	94
Смаилова Г.А., Истелюева М.Б., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш. Применение грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств у больных с впервые выявленным туберкулезом легких.....	96
Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш., Ошакбаева К.А. Фармакокинетика изониазида и рифампицина в режимах химиотерапии впервые выявленных больных туберкулезом легких.....	101
Аманжолова Л.К. Реабилитационное лечение детей с туберкулезом позвоночника, осложненным деформацией.....	106
Ташбаев Н.А., Сақыбаева С.А. Лечение заболеваний среднего уха у больных туберкулезом.....	111

IV СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Косыбаева Ч.Ж., Сақыбаева С.А., Досжанов А.Е., Бакиров Б. Случай из практики: беременность и осложненная форма туберкулеза.....	114
Нургалиева А.К. Эффективность лечения туберкулеза препаратами второго ряда при клинической резистентности (случай из практики).....	115
Нургалиев С.С. Спонтанный разрыв передней стенки нижней трети пищевода (случай из практики).....	117
Усивалиева С.Ж., Култасова С.С., Омашева Ш.Б. Особенности течения туберкулезного перикардита у детей (случай из практики).....	119

ПОЗДРАВЛЕНИЯ ЮБИЛЯРАМ

К 60-летнему юбилею доктора медицинских наук, профессора Хауадамовой Г.Т.	122
К 85-летнему юбилею противотуберкулезной службы Южно-Казахстанской области	123

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Абилдаев Т.Ш., Баймуханова К.Х., Белинская Г.Д.
Национальный центр проблем туберкулеза, г. Алматы*

Важным этапом в деятельности противотуберкулезных диспансеров является профилактика туберкулеза среди населения, его ранняя диагностика и лечение (Голышевская В.И. и соавторы, 2005г.).

Профилактическая работа в очагах туберкулезной инфекции нацелена на обследование и проведение лечения контактными лицами с учетом клинической формы туберкулезного процесса у больного (наличие бацилловыделения, фазы распада). Сроки наблюдения за очагами имеют свои критерии и временные рамки (Хоменко А.Г., 1998г.).

Научными исследованиями, проводимыми В.В. Касарда (1988г.), В.П. Костроминой (1986г.), доказано, что заболевания в очагах туберкулезной инфекции возникают при непосредственном длительном контакте с массивными бацилловыделителями, в условиях нарушения санитарно-гигиенических правил и при наличии отягощающих факторов (сопутствующей патологии, наследственной предрасположенности, плохих материально-бытовых условий, белкового голодания).

В материалах американских ученых (Shider P.E et. Al., 1985) представлены данные об опасности очагов семейного контакта как источников инфицирования устойчивыми формами микобактерий туберкулеза. При этом отмечается, что чем моложе член семьи и дольше период его проживания совместно с бацилловыделителем, тем выше степень риска инфицирования и заболевания туберкулезом.

Многие исследователи (Костромина В.П., 1986г. Касарда В.В., 1988г.) обращают внимание именно на очаги с бацилловыделением, указывая на их опасность, однако они отмечают, что не проводятся в достаточной мере наблюдения за очагами с семейным контактом, где на протяжении многих лет в нескольких поколениях регистрируются различные клинические формы туберкулеза, причем заболевшие необязательно являются генетическими родственниками.

Проблема эпидемических очагов семейного туберкулеза становится весьма актуальной в последние годы, так как каждый 4 – 6 случай впервые выявленного туберкулеза регистрируется в семьях, где ранее уже были отмечены неоднократные случаи заболевания (Митинская Л.А., 1984г., Яковлев

Н.И., 1989г. Хоменко А.Г. 1993г.).

Недостаточно изучены факторы, способствующие ухудшению эпидемиологической ситуации в семейных очагах и, прежде всего, не выявлено, какое влияние оказывают изменяющиеся социально-экономические условия на эпидемиологию семейного туберкулеза.

Очаги туберкулезной инфекции, где больные выделяют микобактерии, резистентные к противотуберкулезным препаратам, представляют гораздо большую эпидемиологическую опасность, чем очаги с больными, выделяющими чувствительные микобактерии и требуют особого внимания врачей фтизиатров и проведения всего комплекса противоэпидемических мероприятий.

Наибольшей опасности инфицирования и заболевания туберкулезом подвергаются дети и подростки в очагах туберкулезной инфекции с обильным бактериовыделением.

В современных условиях очаги туберкулезной инфекции, где больные выделяют микобактерии туберкулеза с различной степенью резистентности к противотуберкулезным препаратам, встречаются чаще, чем очаги с больными, выделяющими чувствительные микобактерии туберкулеза.

В Казахстане снижается заболеваемость контактных лиц во всех возрастных группах населения, но, тем не менее, ежегодно отмечается регистрация заболеваемости, особенно детей и подростков.

Наиболее высокая заболеваемость контактных (подростков и детей) отмечается в Атырауской, Кызылординской, Мангистауской, Павлодарской, Северо-Казахстанской, Восточно-Казахстанской областях, в которых заболеваемость контактных подростков в 4 – 4,5 раза превышает республиканский показатель, а среди детей – в 2 – 4 раза.

Нами проанализировано влияние длительности контакта на уровень заболеваемости. Были изучены данные из 6 областей с наибольшей заболеваемостью контактных лиц детей и подростков.

При этом установлено, что в недостаточном объеме осуществляются меры по изоляции контактных детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции. Причем определенное значение имеет не только изоляция сама по себе, но и ее своевре-

менность.

Так, из числа детей в возрасте 0-3 года, проживающих в очагах бациллового выделения, в течение первой недели изолировано всего 33,6% детей, через 2 недели – 12,5%; 2,4% детей были изолированы лишь по истечении одного месяца пребывания в очаге; 1,8% - через 2 месяца и только 0,1% было изолировано сразу в момент выявления больного бациллового выделения.

Абсолютно недопустимым является то, что почти половина детей в возрасте от 0 до 3 лет не были изолированы из туберкулезных очагов с бациллового выделения до момента госпитализации больного, а между тем, наиболее опасен контакт именно в этом возрасте, и что проведение комплекса противотуберкулезных мероприятий среди детей раннего возраста, направленных на профилактику и предупреждение заболевания, значительно отстает.

Сравнительный анализ своевременности изоляции детей и подростков в различных возрастных группах показал, что в бациллярных очагах туберкулеза наибольший процент неизолированных составляют подростки - 50,9%, а среди детей наибольшая доля – 49,6% приходится на возраст от 0 до 3 лет, среди детей 4-7 лет - 40,8%; в возрасте от 8 до 10 лет этот показатель составляет 48,1%, у детей от 11 до 14 лет – 39,6%.

Из очагов с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) детей от 0 до 3 лет в течение первой недели было изолировано 36,7%, через 2 недели - 9,2%; через 1 месяц – 4,4%; через 2 месяца – 2,6%; 47,1% детей не были изолированы вообще.

В очагах МЛУ ТБ наибольшую долю неизолированных составляют две возрастные группы, это дети от 0 до 3 лет - 47,1% и подростки - 40,9%.

Наихудшим образом обстоят дела по изоляции контактных в возрастной группе 15-17 лет из квартир, где проживают бациллового выделения. Подростки не были изолированы из туберкулезных бациллярных очагов в 50,9% случаев и, хотя 40,5% подростков были изолированы в первую неделю, оставшаяся часть неизолированных лиц оказала существенное влияние на подростковую заболеваемость в целом по стране.

Уровень показателя заболеваемости подростков в республике в 2009г. составил 117,1 на 100 тыс. населения, заболеваемость устойчивой формой туберкулеза в данной возрастной группе составила 11,1, что значительно выше показателя заболеваемости МЛУ по республике - 8,5 на 100 тыс. в целом.

Анализ показал, что существует прямая корреляционная зависимость между сроками изоляции и заболеваемостью туберкулезом детей и подростков, то есть длительностью контакта с больным бациллового выделителем.

Так, например возрастная группа детей от 8 до 10 лет изолированы через 1 месяц в 3,1% из очагов бациллового выделения, а из очагов МЛУ ТБ в 4,2% случаев и среди них регистрируется более высокая заболеваемость, которая составляет соответственно 2,8 и 2,3 на 100 тыс. населения.

Наибольшая заболеваемость, зависящая от сроков изоляции, отмечена среди подростков из очагов бациллового выделения, которая составила – 28,1, а в очаге МЛУ ТБ – 11,1 на 100 тыс. населения.

К сожалению, изоляция детей одновременно с выявлением бациллярного больного, не превышает во всех изучаемых возрастных группах – 0,1-0,2%.

Из очагов с множественной лекарственной устойчивостью ни один из контактных детей и подростков не был изолирован одновременно с выявлением больного.

Не менее важную роль в эпидемиологии заболеваемости контактных лиц имеют сроки госпитализации больного в стационар с момента установления диагноза.

Так, по нашим материалам из 2612 бациллярных больных 83,0% госпитализируется через неделю и лишь 17,2% госпитализированы в первый день.

Из 1052 больных с установившимся диагнозом МЛУ ТБ через день госпитализировано 62,7%, через неделю -34,7%, через месяц – 1,9% и лишь 0,7% больных МЛУ ТБ госпитализированы через 2 месяца. То есть основная масса выявленных больных МЛУ ТБ госпитализируется в первые дни.

В настоящее время с улучшением социального положения населения, проведением широких лечебно-профилактических мероприятий снижается роль экзогенной инфекции и суперинфекции. Уменьшение числа бациллярных больных, повышение удельного веса лиц с непостоянным, кратковременным и скудным бациллового выделением способствуют улучшению эпидемиологической ситуации.

Тем не менее, экзогенная суперинфекция сохраняет свое значение в развитии туберкулеза у контактных лиц и как один из преимущественных факторов способствует вспышке эндогенной инфекции.

Это диктует необходимость проведения своевременных профилактических мероприятий в бацил-

лярных очагах инфекции, к числу которых относится своевременная изоляция, особенно контактных детей раннего возраста, у которых высока угроза инфицирования и заболевания туберкулезом.

Научно доказано, что при сравнительно ранних сроках изоляции и обследования контактных лиц наблюдается более благоприятная клиническая картина и более благоприятный исход заболевания, что дает основание рекомендовать сокращение сроков изоляции с момента выявления больного.

Выводы

Основными причинами заболеваемости контактных лиц, детей и подростков в республике являются:

- недостаточная связь между фтизиатрами и педиатрами, особенно педиатрами детских консультаций, в результате чего при выявлении даже бациллярных больных не передаются вовсе или не своевременно передаются для учета и наблюдения здоровые контактные лица из очагов, особенно в возрасте от 0 до 3 лет.

- На диспансерный учет берутся контактные лица только из явно бациллярных очагов, заболевшие из не бациллярных очагов, но бывшие в контакте с туберкулезными больными активными формами туберкулеза, не учитываются как заболевшие.

- Немаловажной причиной недоучета контактных лиц является значительный процент несвоевременно выявленных больных, когда уже успевают заболеть контактные лица и последние берутся на диспансерный учет одновременно с больным - ис-

точником заболевания.

- Нередки случаи, когда раньше выявляются дети, больные первичными формами туберкулеза, и лишь после этого обследование семьи выявляет больного активной формой туберкулеза.

Интересно отметить, что в случаях, когда очаг был известен, в нем проводились профилактические мероприятия и контактные лица находились под наблюдением, формы туберкулеза у заболевших контактных детей были более легкими и, наоборот, в случаях, когда очаг был неизвестен, формы туберкулеза были тяжелыми.

Важным фактором, предупреждающим заболеваемость в очагах является связь между фтизиатрами и педиатрами и особенно педиатрами детских консультаций.

Литература

1. Деньгина Е.П., Белов В.И. //Пробл. туб.- 1977.- №12.- С.17-20.
2. Муратов В.В. Заболеваемость в очагах туберкулезной инфекции при различных вариантах бактериовыделения: Автореф. дис... д-ра.мед.наук.- М., 1992.-31с.
3. Лосева Н.Г. Клинико-эпидемиологические особенности семейного туберкулеза в современных условиях: Автореф. дис... канд.мед.наук.- М., 2004.- 28с.
4. Костромина В.П., Ильницкий И.Г., Руцак В.А. и др. // Врач. дело.- 1987.- №4- С. 16-19.
5. Баласанянц Г.С., Федоров С.В. //Пробл. туб. и болезней легких.- 2008.- №11.- С.15-19.
6. Петросян Э.Ю., Стамболцян Е.П., Мкртчян М.А. и др. //Пробл. туб. и болезней легких.- 2007.- №12.- С.6 -10.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОГО ТУБЕРКУЛЕЗА В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ

*Баймуханова К.Х., Турсынбаева А.С., Курбанова А.Т., Усембаева С.А., Мусабекова Г.А.,
Белинская Г.Д., Байсалмаков А.С.*

Национальный Центр проблем туберкулеза, г. Алматы

Туберкулез продолжает оставаться глобальной медико-социальной проблемой.

Заболевают туберкулезом наиболее социально-неблагополучные слои населения, в том числе, ведущие асоциальный образ жизни, среди которых значительное место занимают лица, содержащиеся в местах лишения свободы.

За один день в мире в места лишения свободы попадают около 10 мл. человек. (Stern V., 2001; R. Coninx, 2000). Это изоляторы временного содержания, СИЗО, тюрьмы, колонии. Эти группы наиболее подвержены заражению туберкулезом, в частности его распространенными формами с массивным бактериовыделением.

Основным методом выявления больных туберкулезом в учреждениях пенитенциарной системы являются периодические флюорографические исследования органов грудной клетки, проводимые при поступлении в СИЗО и далее один раз в 6 месяцев всем подследственным и осужденным. Методом флюорографии выявляются 85-90% новых больных туберкулезом органов дыхания.

Цель исследования - изучить эпидемиологические особенности впервые выявленного туберкулеза в противотуберкулезных учреждениях УИС Карагандинской и Южно-Казахстанской областей.

Нами использованы данные Национального регистра за период с 2008 по 2009 года.

По материалам проводился анализ клинической структуры туберкулеза, оценивались распространенность процесса поражения в легких, наличие полости распада, характер бактериовыделения, определяемый методами микроскопии, культурально.

Наиболее частыми клиническими формами заболевания среди впервые выявленных больных по двум вышеуказанным областям является инфильтративный - 79,8% и очаговый туберкулез - 15%. Выявлена низкая частота далеко запущенных форм туберкулеза в виде фиброзно-кавернозного процесса - 0,4%, что можно объяснить частыми флюорографическими обследованиями контингента УИС. Частота выявления туберкулеза с внеторакальной локализацией высока и составляет 80%.

В тубучреждениях УИС Карагандинской и Южно-Казахстанской в среднем 74,5% больных туберкулез выявляется по обращаемости, а при профилактических осмотрах - в 23,9% случаев. Удельный вес бактериовыделителей среди впервые выявленных по двум учреждениям УИС не превышал 35%, хотя данная величина выше в тубколонии ЮКО и составляет 38,9%. Удельный вес впервые выявленных больных с деструктивными изменениями в легких в тубколониях значительно выше в сравнении с показателями в гражданском секторе и составлял 38,9%.

Анализ изучения результатов первичной лекарственной устойчивости у впервые выявленных больных к основным противотуберкулезным препаратам свидетельствует о более благоприятной ситуации в учреждениях УИС ЮКО. Так, в тубучреждениях УИС Карагандинской области среди больных монорезистентность к препарату Е составляет - 31,3%; к S-33,9%; к Н - 27,8%; R-20,9%, в то время как в тубколониях УИС ЮКО данный показатель равен соответственно 1,5%; 10,2%; 7,1%; 8,7%.

Настораживающим моментом является высокий уровень первичной лекарственной устойчивости у впервые выявленных больных в тубколониях Карагандинской области: так, одновременно у трех препаратам (Е, Н, S) установлена в 7% случаев, в то время как в ЮКО данный показатель составляет всего 1,5%, к пяти препаратам (Е, Н, R, S, Z) - в 6,1% (в ЮКО устойчивости к пяти препаратам не установлено); к четырем препаратам (Е, Н, R, S) - в 18,3% (в ЮКО - всего 1,5%).

Таким образом, особенностью эпидемиологии у впервые выявленных больных туберкулезом в тубучреждениях УИС Карагандинской и Южно-Казахстанской областей является то, что выявление деструктивных изменений в легких представляет более высокий риск развития лекарственной устойчивости у больных, развития тяжелых и распространенных процессов в легких с рецидивирующим и хроническим течением.

Регистрация у впервые выявленных больных туберкулезом первичной лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам основного ряда (моно и полирезистентность) имеет не только клиническое и эпидемиологическое значение, но наносит большой экономический ущерб, связанный с затратами и режимом лечения.

Выводы

Предварительные данные материала Национального регистра по тубучреждениям УИС Карагандинской и Южно-Казахстанской областей о наличии у впервые выявленных больных туберкулезом первичной лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам основного ряда, свидетельствуют о неблагоприятной эпидемиологической ситуации в местах лишения свободы и диктуют необходимость создания системы инфекционного контроля в тубучреждениях, совершенствования выявления, диагностики и лечения в соответствии с результатами изучения лекарственной резистентности.

Литература

1. Ракишева А.С. и др. //Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан - 2007. Астана, - том I, (ч.2) - С. 103-105.
2. Кононец А.С. //Пробл. туб. и болезней легких - 2008г. №12 - С. 60-63.
3. Кононец А.С. Особенности течения туберкулеза легких среди контингента пенитенциарных учреждений: Автореф. дис.... канд.мед.наук. - М., 2003. - 26с.

ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫНЫҢ АҒЫМЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бургунбаева Р.А.

Алматы облысындағы Кербұлақ ауданының емханасы

Қоғамның әлеуметтік мәселелері, оның ішінде туберкулезге жататын әлеуметтік мағыналы аурулардың жағдайының нашарлауына әкеледі.

Жасөспірімдердің туберкулезбен ауруы және жұқтыру мәселелері қазіргі жағдайда өз маңыздылығын жоғалтпай ғана қоймай, сонымен қатар айтарлықтай өршиді.

Жалпы факторлар бойынша туберкулез жасөспірімдер арасында жоғары қауіп-қатер топтар қатарына жатады. Осы жастағы балалардың физиологиялық ерекшелігіне байланысты туберкулез инфекциясына сезімтал болып келеді. Жасөспірімдердің жаңа ортаға кіюі, айналасындағылармен әдеттегі байланыстың бұзылуы, отбасының бөлінуі нерв-психикалық жүйелерін өзгертеді және ағзаның қорғаныс қызметін төмендетеді. Осындай эпидемиологиялық жағдай жасөспірімдердің арасында туберкулездің ауыр клиникалық түрінің өсуіне алып келеді.

Туберкулезді жұқтыру латентті инфекция жиілігін көрсетеді, ал туберкулезді жұқтырған адамдардың жиынтығы инфекцияның негізгі қоры болады. Біріншілік жұқтыру және туберкулинге гиперергиялық сезімталдық эпидемиологиялық жағдайдың нашарлауына және туберкулезбен аурудың жоғары дәрежеде екенін көрсетеді: егер балаларда біріншілік жұқтыру 1% құраса, онда халықтың туберкулезбен науқастану дәрежесі 100 науқас 100000 адамға шаққанда. Әдеби мағлұматтардан жасөспірімдердің инфицирленуі 24,4%-дан 60% дейін.

2008 жылы жасөспірім аурушандығы 100000 балаға шаққанда 126,8 дейін көбеюін статистикалық мәліметтер дәлелдейді.

Туберкулезге қарсы Ұлттық Орталықта туберкулезден ем қабылдаған жасөспірімдердің ағымын және клиникалық ерекшеліктерін зерттеу мақсаты болып табылады.

Әрбір екінші жасөспірім (52,5%) дәрігерге мынандай шағымдармен : жөтел (62%), әлсіздік (45%), салмақ жоғалту (15%), тершеңдік пен дене қызуының жоғарлауы (12,5%), өкпе ағзасында ауру сезімімен (7,5) келетіні анықталды. Алдын- алу мақсатында флюорографиялық зерттеу жүргізгенде әрбір үшінші жасөспірімде (35%), ал қатынаста болғандарды тексеру кезінде 12,5% анықталды.

Аурудың ұзақтығы 2 аптадан 3 айға дейін созылады. Туберкулез ауруының дамуы барысында қаіп-қатер факторы : науқаспен қатынас 57,5%(жанұялық -35%, туыстық -20%), сонымен қатар әлеуметтік факторлар (тұрмыс жағдайы төмен отбасылар)-67% болып табылады.

Жасөспірімдерде кездесетін туберкулездің басым түрі өкпенің инфильтративті туберкулезі (80%), бірақ қазіргі кезде туберкулездің бұл түрінің сипаты мен ағымы өзгерді. Соңғы кездері инфильтративті туберкулездің «лобит» тәрізді түрінің - өкпенің кең зақымдануы жиі кездеседі. Ол жедел басталып айқын клиникалық көріністермен өтеді және деструктивті зақымдануға әкеледі. Жасөспірімдерде туберкулез кезінде өкпе тінінің ыдырауы 85% кездеседі.

Бактерия бөлетін науқастар санының көбеюі маңызды мәселе болып табылады. Қазіргі уақытта әрбір екінші жасөспірім 52,5% туберкулез микобактериясын бөледі, бірақ негізгі мәселе бактерия бөлу ғана емес, дәріге тұрақты туберкулез түрінің анықталуы. Мультирезистентті туберкулездің өсуіне байланысты жалпы ем мекемесінде туберкулезге қарсы дәрілерді қолдануға болмайтынын есте сақтау керек, мысалы : рифампицин, офлаксацин, стрептомицин сияқты дәрілер.

Туберкулез ауруымен науқастанған әрбір екінші жасөспірім тексеру және диагноз қою кезінде дәрігерлер сақтану шараларын ескерген жөн. Науқастың шағымдану кезінде өкпелік синдромға ерекше мән беру керек, яғни кеуделік шағым, сонымен қатар жөтел, қақырық, қан түкіру, дем алу кезінде өкпе ағзасындағы ауру сезімі, ентігу. Науқас өзіне және оның айналасындағы адамдарға қаіп төндіретіндіктен, осы науқастарға қақырықты туберкулез микобактериясына, бактериоскапиялық тексеруді дер кезінде жүргізсе аурудың жұқпалы түрін анықтауға мүмкіндік береді және науқастың өзіне, оның айналасындағы адамдарға қауіп төндіреді.

Қазіргі жағдайда:

- Жасөспірімдерде туберкулездің өсуінің анықталуы
- Әрбір екінші науқас дәрігерге қаралу кезінде анықталса, осы ауруды ерте анықтау БМСК дәрігерлерінің жауапкершілігін жоғарлатады
- дәрігерге жөтелмен шағымданып келген

жасөспірім ең алдымен қақырықты 3 реттік БК тексеруге алу қажет туберкулездің клиникалық көрінісінің өзгеруі мен ауырлауы, бактерия бөлетіндерде - өкпе ағзасында деструктивті өзгерістерге әкеледі.

Туберкулез жайындағы ауыртпашылық, жасөспірімдерде жоғары аурушандығы, туберкулездің алдын-алу және ерте анықтау шараларын күшейту керек. Осы шараларды ең алдымен туберкулезді жұқтыру және ауру туу мүмкін қауіп-қатер тобындағыларға (тұрмысы нашар, қатынас отбасына) жүргізу керек.

60-70% халықтың туберкулездің алғашқы белгілері мен алдын-алу шараларын аз білуі немесе білмеуі туберкулез ауруының көбеюіне әкеп соқтырады.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены данные по заболеваемости и инфицированности туберкулезом среди подростков за 2008 год в Алматинской области, селе Карабулак. Выявлены основные причины высокой заболеваемости подростков по сравнению с взрослым населением села.

Әдебиеттер

1. Овсянкина Е.С. 2009. - №1. - С. 3-5
2. Александрова Е.Н., Морозова Т.И. Пробл. туб. -2009. - №6. - С.3-4.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТУБЕРКУЛЁЗА У ПОДРОСТКОВ ЮЖНОГО РЕГИОНА АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Бутимбаева Г.М.

Алматинский региональный туберкулёзный диспансер

Подростки представляют собой одну из самых высоких групп риска в отношении туберкулёза по целому ряду факторов. Известно, что период полового созревания является наиболее уязвимым периодом жизни человека к воздействию факторов окружающей среды, в том числе и инфекционного агента. Наиболее критическим является период полового созревания, когда происходят изменения функционального состояния всех органов и систем организма. Подростков характеризует начало эндокринной перестройки организма и значительное усиление процессов роста. Нейрогуморальная перестройка организма характеризуется изменением продукции желез внутренней секреции, что, в свою очередь, приводит к снижению иммунитета, угнетается фагоцитарная активность лейкоцитов. Этим объясняется большая частота экссудативных реакций у подростков в начале полового созревания.

Кроме анатомо-физических проблем подросткового возраста, общего ухудшения здоровья, в настоящее время у подростков нередко отмечаются проблемы социальной и профессиональной ориентации.

Поступление в новые учебные и трудовые кол-

лективы, нарушение привычных, сложившихся связей с окружающими людьми, полный или частичный отрыв от семьи, столкновение с вредными факторами окружающей среды, приобщение к вредным привычкам (курение, алкоголь, наркомания) способствуют изменению нервно-психической деятельности подростка и снижению защитных сил организма.

Цель исследования – изучение клинико-эпидемиологической характеристики туберкулёза у подростков за 2008-2009г. зарегистрированных в южном регионе Алматинской области.

В 2008 г. зарегистрировано 58 случаев туберкулёза из 65,8тыс. подростков (88,1 на 100тыс.) а в 2009г. 49 случаев туберкулёза (74,8 на 100тыс.)

Процентное соотношение по возрастам показало, что наибольший процент заболевших туберкулёзом и юношей и девушек приходится в равной степени на 16-17лет.

Среди выявленных больных-подростков на долю школьников приходится 55,1%, а на студентов колледжей и вузов - 36,4%, не организованных - 8,4%. Это те подростки, которые впервые оторваны из привычного образа жизни и подвержены риску «стихийных» контактов вне семьи.

Таблица

Данные по организованности подростков 15-17 летнего возраста.

Возраст	Всего	Организованность							
		СШ	%	СУЗ	%	ВУЗ	%	Н/О	%
15 лет	31	29	27,1	2	1,8		0		0
16 лет	33	23	21,4	9	8,4		0	1	0,9
17 лет	43	7	6,5	24	22,4	4	3,7	8	7,4
всего:	107	59	55,1	35	32,7	4	3,7	9	8,4

По половому статусу: из 107 подростков преобладают лица женского пола, (61 и 46 соответственно). Из малоимущих семей - 79 (73,8 %), живущих на съемной квартире - 18 (16,8 %), мигрантов - 23 (21,4 %), из многодетных семей - 34 (31,7 %), неполных семей - 36(33,6 %), сирот - 8 (7,4 %).

Среди больных преобладали сельские жители: 95 (88,7%).

Проведение пробы Манту с 2ТЕ показало, что подавляющее большинство подростков оказались инфицированными - 83,6%, при этом гиперчувствительность к туберкулину выявлена в 46% случаев. Не выявлено данных о результатах реакции Манту с 2ТЕ у 16 подростков. У 76 больных (71%) туберкулёз органов дыхания был выявлен при проведении профилактической флюорографии или при постановке пробы Манту с 2ТЕ, 31(28,9%) больных при обращении к врачу. Среди выявленных больных при обращении чаще отмечались деструктивные процессы, сопровождавшиеся бактериовыделением 14 (45,1%).

Оценка эффективности специфической профилактики выявила отсутствие поствакцинального знака у 11% подростков, у 26,7% размер рубчика составил 3мм, у 28% - 4-5мм, у 24,5% - 5-7мм, у 9,8% - более 7мм.

Сроки выявления заболевания у подростков в зависимости от давности инфицирования показывают, что у 55,6% подростков заболевание возникло после инфицированности и давность его составила 3-5 лет и более.

Семейные контакты с больными активными формами туберкулеза, по данным опроса, были выявлены у 22 (21,5%) подростков.

Одним из отягощающих факторов риска, влияющих на заболевание подростков, является наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на снижение иммунитета в организме. По нашим данным, отклонения в состоянии здоровья имели 31 (28,9%) больной (у 26 больных – частые простудные заболевания, у 21 -анемия, у 3 больных - хронический пиелонифрит, у 1 больной - системная красная волчанка).

Таким образом, в современных социально-экономических условиях основным фактором риска заболевания туберкулёзом у подростков

является эпидемический, социальный, медико-биологический. Диагноз устанавливали на основании тщательного изучения анамнеза, данных вакцинации и ревакцинации БЦЖ, ежегодных результатов туберкулинодиагностики, отсутствия или наличия контакта с больными туберкулёзом и его характера, клинического и рентгеномографического обследования, клинического и биохимического исследования крови, мочи и мокроты на микобактерии туберкулёза (МБТ). Начало заболевания у большинства (83,6%) было постепенным. Основными жалобами были: кашель (73,6%), похудание (41%), боли в грудной клетке (41,2%), слабость (66,6%), потливость(69,8%), температура (71,4%). В гемограмме чаще всего отмечалось повышение СОЭ (71,6%), лейкоцитоз (42,8%), лимфопения(32%), моноцитоз (22,8%).

В рентгенологической картине у 97 больных туберкулёзом органов дыхания обнаружено, что в 28% случаев процесс был распространенным.

В структуре клинических форм туберкулёза органов дыхания преобладал инфильтративный туберкулёз лёгких - 87,5%, очаговый составил 2,3%, экссудативный плеврит - 6,1%, туберкуломы - 4,1%. В фазе инфильтрации процесс был в 70,1%, в фазе распада – в 29,9%, бактериовыделение установлено в 29,9%. В 68,8% случаев процесс был в односторонним, в 31,1% - двусторонним. Все выявленные подростки получали лечение в стационарных условиях.

В связи с установлением первичной лекарственной устойчивости к основным ПТП первого ряда и медленной рентгенодинамикой, решением ЦВКК 27 больных были переведены в 4 категорию и получали лечение противотуберкулезными препаратами второго ряда. В результате проведенного комплексного лечения прекращение бактериовыделения достигнуто в 95% случаев, закрытие полостей распада – в 90%. У всех пролеченных подростков достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика процесса.

Выводы

1. Среди подростков Южного региона Алма-тинской области чаще болеют девушки (57,7%).

2. В структуре клинических форм преобладает инфильтративный туберкулёз лёгких (87,5%), при котором фаза распада с бактериовыделением установлена в 29,9% случаев.

3. Заболевание выявлялось чаще (71%) при профилактических осмотрах (туберкулинодиагностика и флюорография). Лица с гиперергической реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ составили 46%.

4. Факторами риска развития туберкулёза являются: воспитание в малообеспеченных, многодетных, неполных семьях, наличие стрессовых ситуаций, связанных со сменой места жительства и коллектива, а также сопутствующие заболевания, влияющие на снижение иммунитета

РЕЗЮМЕ

Данные результатов анализа показывают, что среди подростков Южного региона Алматинской области чаще болеют девушки (57,7%). В структуре клинических форм преобладает инфильтративный туберкулёз лёгких (87,5%), при котором фаза распада с бактериовыделением установлена в 29,9% случаев. Заболевание выявлялось чаще (71%) при профилактических осмотрах (туберкулинодиагностика и флюорография). Лица с гиперергической реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ составили 46%. Факторами риска развития туберкулёза являются: воспитание в малообеспеченных, многодетных, неполных семьях, наличие стрессовых ситуаций, связанных со сменой места жительства и коллектива, а также сопутствующие заболевания, влияющие на снижение иммунитета.

ТҰЖЫРЫМ

Оңтүстік өлкенің алматы облысының жас өспірімдерді ара-арасындалары (57, 7%) қыздарды жиірек ауырады. Клиникалық формалардың

құрылымында бактерия ерекшелеумен ыдырауды фазаның жанында 29,9% жағдайларда орнатылатын (87, 5%) жиналу өкпе туберкулёзі басым болады. Ауру (туберкулинодиагностика және флюорография) профилактикалық байқауларда (71%) жиірек айқындалған. Мәңгіге сынаққа гиперергиялық реакциямен тұлғалары 2 сол 46% құрады. Туберкулёздің дамытуын белгінің факторларымен болып табылады: тұрмысы төмен, көп балалалы, толық емес отбасы, иммунитеттің төмендету ықпал ететін бірге болатын аурулардың бар болудың дәл осылайлардың тұратын жері және ұжым ауысымға қатысты стресс ахуалдарының бар болуына тәрбие.

SUMMARY

Among teenagers of Almaty area of Southern region girls (57,7 %) is more often are ill. In structure of clinical forms prevails the infiltrative tuberculosis easy (87,5 %) at which the phase of disintegration with allocation of bacteria is established in 29,9 % of cases. Disease is revealed more often (71 %) at routine inspections. Persons with positive reaction to test of Mantu with 2 THOSE has made 46 %. Risk factors of development of a tuberculosis are: education in needy, having many children, incomplete families, presence of the stressful situations connected with change of a residence and collective, as presence of the accompanying diseases influencing decrease of immunity.

Литература

1. Перельман М.И. //Фтизиопульмонология. - 2002. - №2. - С. 10-14.
2. Серикбаева К.С. //Фтизиопульмонология. - 2004. - № 2- С. 118-123.
3. Мишин В.Ю. Актуальные вопросы туберкулеза органов дыхания. - М, 2003. - 87 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ЗАЙМА МБРР «ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА И СПИДА, КОМПОНЕНТ «ТУБЕРКУЛЕЗ» В КУРИРУЕМЫХ ГУ ЦНИИТ РАМН ТЕРРИТОРИЯХ

*Ерохин В.В., Пунга В.В., Капков Л.П., Путова Э.В.,
Русакова Л.И., Якимова М.А.
ЦНИИТ РАМН, Москва*

С 2005г. по 2008г. в России был реализован Проект займа Международного Банка Реконструкции и Развития (МБРР): «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа», компонент

«Туберкулез», который являлся дополнением к национальной программе борьбы с туберкулезом, включающей Федеральные целевые программы: «Предупреждение и борьба с заболеваниями со-

циального характера (2002-2006годы)», «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)» и Национальный проект «Здоровье».

Целью работы явилась оценка мероприятий по повышению эффективности выявления, диагностики и лечения туберкулеза, по достижению индикаторных показателей Проекта в курируемых территориях.

Результаты и обсуждение

В соответствии с Указанием Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.09.2003г. за № К14-У и Российской Академии Медицинских наук от 07.10.2003г. за № 85 «Об оказании организационно-методической помощи субъектам Российской Федерации по вопросам предупреждения распространения туберкулёза» на Центральный НИИ туберкулёза РАМН была возложена курация фтизиатрических служб Центрального Федерального округа: Владимирской, Ивановской и Орловской областей; Южного Федерального округа: Республики Дагестан, Республики Ингушетия, Республики Калмыкия, Чеченской Республики и Астраханской области; Приволжского Федерального округа: Республики Марий Эл, Республики Мордовия, Республики Татарстан, Нижегородской, Пензенской, Саратовской и Ульяновской областей, г. Байконур на территории Республики Казахстан и санатория «Плес».

Для реализации мероприятий Проекта займа МБРР «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа», компонент «Туберкулез» сотрудниками ГУ ЦНИИТ РАМН:

1. Проведена оценка потребностей территорий в оборудовании, обучении и противотуберкулезных препаратах за период с октября мес. 2004г. по октябрь мес. 2005г.

2. Всем регионам-участникам были предоставлены методические материалы, разработанные при непосредственном участии сотрудников ЦНИИТ РАМН по организации профилактики, диагностики и лечения туберкулеза.

3. Проведены обучающие семинары для медработников ОЛС и ПТС.

4. Курация регионов.

За период с 2005г. по 2008г. во всех территориях зоны ответственности ЦНИИТ борьба с туберкулёзом получила высокую политическую поддержку, были утверждены документы регионального уровня, соответствующие приказам федерального уровня.

Вопросы борьбы с туберкулезом стали приоритетными в здравоохранении, повсеместно было выделено дополнительное финансирование из бюджетов регионов для строительства, реконструк-

ции или ремонта зданий противотуберкулезных учреждений. Увеличилось финансирование закупок противотуберкулезных препаратов и нового оборудования, усилен инфекционный контроль.

В регионах органы местной власти стали уделять большое внимание социальной поддержке медицинского персонала, осуществляющего противотуберкулезную работу, и больных туберкулезом. В Республиках Дагестан, Ингушетия и Чеченской Республике решением местной исполнительной власти внедрено поощрение медицинских работников общей лечебной сети (ОЛС) и противотуберкулезной службы (ПТС) за выявление и эффективность лечения туберкулеза. В большинстве территорий организован бесплатный проезд больных туберкулёзом к месту обследования и лечения за счет средств субъекта РФ или муниципальных образований.

За период с 2005г. по 2008г. бригадами сотрудников института выполнено 162 кураторских визита.

Курация субъектов РФ по вопросам оказания противотуберкулезной помощи населению способствовала активизации работы ОЛС по вопросам профилактики и диагностики туберкулеза всеми методами (туберкулинодиагностикой, флюорографией, методом микроскопии мокроты) и противотуберкулезной службы регионов.

Наиболее важными эпидемиологическими показателями, характеризующими ситуацию по туберкулезу, являются показатели заболеваемости, распространенности и смертности. Величина показателя заболеваемости туберкулезом отражает влияние социально-экономических факторов, и прежде всего, уровень жизни населения.

Территориальные показатели заболеваемости (таблица 1) в большинстве территорий не превышали установленный Проектом индикаторный уровень (80 на 100 тысяч населения).

Снижение показателя заболеваемости туберкулезом наблюдалось за 2005-2009гг. в 8 территориях: в Республиках Татарстан, Мордовия, Калмыкия, Ингушетия и в областях: Ивановской, Нижегородской, Саратовской, Орловской областях, а в 6 территориях отмечен рост: Владимирской, Астраханской, Пензенской, Ульяновской областях и в Республиках Дагестан и Марий-Эл.

Рост показателя заболеваемости туберкулезом (таблица 1) постоянного населения (ф. №33) за 2005-2008 гг. отмечен в 5 территориях: в Ивановской; Владимирской, в Ульяновской областях, в Республиках Мордовия, Марий-Эл, в остальных 9 регионах установлено снижение.

В среднем по зоне курации института в 2008г. показатель заболеваемости постоянного населения снизился с 72,5 в 2005г. до 61,9 на 100 тысяч насе-

ления или на 14,6% и был ниже среднероссийского уровня (2005г. - 68,1; 2008г. - 68,9).

Показатель заболеваемости туберкулезом детского населения по зоне курации за период 2005-2008гг. снизился с 17,2 в 2005г. до 15,1 на 100 тысяч населения в 2008г. или на 12,2% и находится на уровне среднероссийского показателя (2005г. - 16,7, 2008г. - 15,4).

Высокие показатели заболеваемости детей туберкулезом (таблица 1) сохранялись весь период наблюдения в 6-ти территориях: в Астраханской, Владимирской, Нижегородской областях; Республиках Калмыкия, Марий Эл и в Чеченской Республике.

Состояние напряженности эпидемической ситуации по туберкулезу в значительной степени определяется динамикой показателя смертности. Изменения этого показателя объективно демонстрируют эффективность мероприятий по надзору за туберкулезом.

Показатель смертности в 2008г. в территориях зоны курации ГУ ЦНИИТ РАМН имел различные величины и варьировал от 4,4 в Орловской области до 30,3 на 100 000 населения в Астраханской области (таблица 2).

За период с 2006 по 2008гг. снижение показателя смертности произошло в 13 из 15 регионах.

Средний показатель по зоне курации снизился с 15,7 на 100 000 населения в 2006г. до 13,5 в 2008 году, снижение составило 14,0%. Сохраняются высокие показатели смертности в Астраханской (2006г. - 39,8, 2008г. - 30,3), Нижегородской областях (2006г. - 21,8, 2008г. - 19,6) и в Республике Калмыкия (2006г. - 23,6, 2008г. - 23,2), что связано с дефектами в организации выявления и лечения больных туберкулезом.

Большие различия были отмечены в показателях распространённости туберкулеза. Его величина колебалась от 90,5 в Орловской области до 323,8 на 100 000 населения в Чеченской Республике. Самый низкий показатель распространённости туберкулеза в 2008г. был зафиксирован в 5 территориях: в Ивановской 93,7, Орловской 90,5, Владимирской областях - 137,5 в Республиках Татарстан - 101,9 и Марий Эл - 129,7.

Рост показателя распространённости произошел в 2 территориях Пензенской области с 145,4 в 2005г. до 157,2 в 2008г. и в Республике Марий Эл с 113,4 в 2005г. до 129,7 в 2009г.

Темп снижения показателя распространённости за период 2005-2008гг. составил 10,9% (2005г. - 206,5, 2008г. - 183,9 на 100 тысяч населения).

Одним из важных компонентов Проекта являлось оснащение КДЛ общей лечебной сети и микробиологических лабораторий ПТУ оборудованием, расходными материалами, повышение профессио-

нальной квалификации лаборантов и врачей общей практики.

В территориях зоны ответственности ЦНИИТ РАМН было поставлено и введено в эксплуатацию 404 комплекта для КДЛ ОЛС, 12 комплектов - для бактериологических лабораторий ПТУ, 15 - автомобилей для кураторских визитов и доставки мокроты внутри регионов. Также по Проекту МБPP 6 территорий (Орловская, Саратовская, Владимирская, Ивановская, Нижегородская области и Республика Татарстан) получили БАКТЕК 960 для быстрой диагностики туберкулеза и обследования МБТ на лекарственную чувствительность.

Для работников лабораторий ПТУ регионов на базе института было проведено 9 обучающих семинаров. Из них в 3-х семинарах на тему: «Выявление туберкулеза методом микроскопии» и в 6-ти семинарах на тему: «Культуральная диагностика туберкулеза» было обучено 170 врачей-лаборантов и лаборантов баклабораторий противотуберкулезных учреждений зоны курации института гражданского и пенитенциарного секторов здравоохранения.

Выявление больных туберкулезом методом флюорографии увеличилось с 46,3% в 2005г. до 48,1% в 2008г., но было ниже, чем в среднем по Российской Федерации (2005г. - 52,0%, 2008г. - 55,1%). В 2008г. более 55% больных с впервые диагностированным туберкулезом (таблица 4) было выявлено при очередных осмотрах в Саратовской (57,9%), Астраханской (58,5%), Пензенской (56,2%) областях, в Республиках Мордовия (66,5%), Татарстан (60,5%), Калмыкия (60,0%). Неудовлетворительно организовано выявление больных туберкулезом при профилактических осмотрах в Чеченской Республике (2005г. - 6,2%, 2008г. - 10,5%).

Улучшилась работа по выявлению наиболее эпидемически опасных больных туберкулезом с массивным бактериовыделением методом микроскопии мокроты. Тем не менее, в 6 территориях: Республиках Дагестан, Калмыкия, Татарстан, Чеченская Республика; в Нижегородской и Ульяновской областях, эта работа нуждается в улучшении (табл. 4), так как доля выявления бациллярных больных в КДЛ ОЛС в этих территориях не превышает 25%.

О качестве лабораторной диагностики туберкулеза свидетельствует частота обнаружения КУМ+ методом микроскопии у больных с деструктивным туберкулезом. В 2009г. доля КУМ+ у больных ТЛ с распадом колебалась от 51,3% в Республике Мордовия, 52,4% в Нижегородской области, 36,5% в Чеченской Республике, 60,7% в Республике Татарстан до 83,9% - в Орловской, 85,6% в Ивановской и в 83,1% во Владимирской областях. В среднем по зоне курации в 2009г. у 63,1% больных с туберкулезом легких в фазе распада был положительный

результат мазка мокроты на КУМ+, при расчетном показателе не менее 90%.

Доля впервые выявленных больных туберкулезом легких с положительным результатом бактериоскопии мокроты (табл. 3) за период 2005-2008гг. по зоне курации возросла с 35,0% до 38,9%. Индикаторный показатель (45%) достигнут в 6 регионах: Владимирская, Ивановская, Орловская области - 47,3%, 47,5% и 48,2% соответственно, Астраханская - 50,2%; Республика Дагестан - 48,7.

За тот же период доля лиц с положительным результатом посева (гражданский и пенитенциарный сектора) выросла с 30,4% до 49,0%. Но индикаторный показатель Проекта 55% достигнут в 2009 году в 5 регионах (Ивановская область - 71,3%, Орловская область - 72,0%, Республика Марий-Эл - 71,8%, Пензенская область - 61,7%, Владимирская область - 58,5%).

Таким образом, в результате обучения врачей-фтизиатров общей практики, врачей и лаборантов противотуберкулезных учреждений и общей лечебной сети вопросам выявления туберкулеза микроскопическим и культуральными методами, получения и введения в эксплуатацию лабораторного оборудования и обеспечения лабораторий расходными материалами удалось достичь соответствующих уровней показателей, свидетельствующих о повышении качества работы лабораторной службы.

Один из важных компонентов Проекта - подготовка кадров. На базе института проведено 10 обучающих семинаров по теме: «Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне» обучены 259 врачей-фтизиатров из гражданского сектора и учреждений ФСИНа и 27 работников кафедр (курсов) туберкулеза медицинских Академий и Университетов, расположенных в территориях зоны курации института. Обучение прошли врачи из всех 15 территорий, курируемых институтом. На региональном уровне сотрудниками института проведены 49 обучающих семинаров по теме: «Организация противотуберкулезной помощи на муниципальном уровне» с охватом 1363 врачей-фтизиатров гражданского и пенитенциарного секторов.

Эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких с бактериовыделением, зарегистрированных в 2008г. в среднем по зоне курации ГУ ЦНИИТ РАМН по микроскопии повысилась в 1,2 раза по сравнению с 2005 годом с 57,0% до 72,1% или на 16,3% (таблица 5).

В 2008 году рекомендуемый уровень эффективности лечения по микроскопии мазка (68,5%) был достигнут в 9-ти территориях. В 6-ти террито-

риях он был ниже и составил: 57,7% в Нижегородской области, 60,1% в Республике Калмыкия, 63,8% в Чеченской Республике, 66,0% в Ульяновской области, 67,9% в Республике Татарстан и 68,0% в Саратовской области.

Необходимо отметить, что за период реализации Проекта доля больных с неэффективным курсом химиотерапии уменьшилась с 16,1% в 2005г. до 12,8% в 2008г. или на 29%. Вместе с тем доля больных с неэффективным лечением по микроскопии мазка выше среднего показателя (11,1%) по когорте больных 2007г. была в Республике Дагестан 12,1%, в Чеченской Республике 14,9%, в Республике Калмыкия 19,0% и в Нижегородской области 13,5%.

Доля умерших среди впервые выявленных больных туберкулезом и лиц, досрочно прервавших лечение, снизилась соответственно с 11,6% до 9,3%, или на 14,7%, и с 11,8% до 7,2%, или 32,1%, но индикаторный показатель менее 5% не достигнут. Следует отметить, что доля больных с неэффективным курсом химиотерапии, досрочно прервавших лечение, и умерших от туберкулеза, на протяжении последних 4 лет постоянно уменьшается.

При сравнении когорт больных, зарегистрированных в 2006г. и 2007г. в среднем эффективность химиотерапии достоверно повысилась по методу микроскопии мазка (65,7% и 72,1%, соответственно), по посеву (57,3% и 68,3%, соответственно, $P_{2007-2008} < 0,001$) и не изменилась - по закрытию полостей распада (57,0% и 57,0%). Следует отметить, что реализация мероприятий по Проекту МБРР способствовала не только укреплению материально-технической базы лечебных учреждений и повышению квалификации медработников, участвующих в выявлении, диагностике и лечении больных ТБ, но и позволила повысить эффективность проводимого лечения. Наиболее существенным было повышение результатов лечения в Орловской, Астраханской, Нижегородской, Ульяновской и Ивановской областях и в Республиках Татарстан, Дагестан и Калмыкия.

На протяжении 3-х лет самые высокие показатели эффективности лечения имели Владимирская, Ивановская, Орловская, Астраханская (микроскопия и посев), Пензенская (микроскопия и посев) области и Республики Ингушетия, Дагестан (микроскопия и посев), Марий Эл, Мордовия.

Одним из важных факторов, снижающих эффективность лечения, является рост частоты МЛУ ТБ. Доля зарегистрированных случаев МЛУ ТБ среди впервые выявленных больных туберкулезом с

бактериовыделением растет, и в 2005 году составила 7,1%, в 2006г. – 7,4%, в 2007г. – 8,4%, в 2008 году – 12,1% (таблица 3). Наибольшая доля больных МЛУ ТБ в 2009г. была зарегистрирована во Владимирской (20,9%), Ивановской (20,3%), Ульяновской (23,8%), в Нижегородской области (23,0%), в Республике Марий Эл (15,6%), в Саратовской области (18,4%), а наименьшая – в Республиках Ингушетия (3,7%), Дагестан (4,7%) и Мордовия (3,4%). Среди впервые выявленных больных с бактериовыделением доля МЛУ ТБ более 5% случаев была отмечена в 11 территориях. В Чеченской Республике до сих пор не введена в эксплуатацию бактериологическая лаборатория из-за отсутствия помещения.

Одними из индикаторов, характеризующих эффективность химиотерапии, являются распространенность фиброзно-кавернозного туберкулеза (ФКТ) и доля МЛУ МБТ (множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза) среди контингентов. Осуществление контролируемой химиотерапии стандартными режимами и улучшение работы бактериологической службы, позволило снизить распространенность ФКТ в среднем по зоне курации с 26,7 в 2005г. до 24,2 на 100 тысяч населения в 2008г.

Доля МЛУ ТБ среди контингентов с туберкулезом органов дыхания (таблица 2), наоборот, продолжает расти (19,6% в 2005г. и 26,4% в 2008г., соответственно, прирост составил 25,8%). Значительно увеличилась доля МЛУ ТБ в контингентах за период 2005-2008гг. во Владимирской области (27,0% и 36,8%), в Орловской области (19,3% и 28,9%), в Республике Ингушетия (8,1% и 24,9%), в Астраханской области (9,8% и 20,1%), в Республике Мордовия (13,2% и 24,5%), в Нижегородской области (28,4% и 36,0%), в Пензенской области (10,8% и 28,2%) и в Саратовской области (19,8% и 26,0%). Остается постоянно высокой доля больных МЛУ ТБ среди контингентов в Ивановской области (2005г. – 44,9%, 2008г. - 40,7%).

В 4-х территориях, где существует возможность лечения пациентов с МЛУ в соответствии с требованиями ВОЗ,.: Ивановской, Владимирской и Орловской области, Республике Марий Эл реализуют программу ДOTS+, в 5 регионах программа ДOTS+ прошла одобрение КЗС.

Выводы

Реализация мероприятий, предусмотренных Проектом МБРР «Профилактика, диагностика, лечение туберкулеза и СПИДа», компонент «Туберкулез», привела к существенному улучшению организации

борьбы с туберкулезом во всех территориях, курируемых ЦНИИТ РАМН.

Проведена модернизация и переоснащение КДЛ и баклабораторий ПТП новым оборудованием, были организованы обучающие семинары, в значительной мере повысившие квалификацию персонала, налажена система курации территорий ЦНИИТ РАМН.

Проведение обучающих семинаров для широкого круга специалистов и оснащение лабораторий оборудованием и расходными материалами способствовали повышению эффективности диагностики бациллярных форм туберкулеза, в том числе лабораторного подтверждения диагноза туберкулеза среди вновь выявленных и повторно леченных больных, налажена контролируемая химиотерапия, что обусловило улучшение отдельных показателей, определяющих эпидемическую ситуацию по данному инфекционному заболеванию. Реализация Проекта МБРР положительно сказалась на стабилизации показателя заболеваемости туберкулезом, снижении показателя смертности от туберкулеза и повышении эффективности лечения.

Основной причиной недостаточной эффективности лечения больных туберкулезом легких с бактериовыделением является низкая мотивация больных к лечению и, как следствие этого, высокая частота досрочного прекращения курса химиотерапии (7,8%), которая влияет на общий показатель эффективности лечения, неудовлетворительная материально-техническая база противотуберкулезных учреждений. Отрицательно влияет на результаты лечения рост числа впервые выявленных больных с МЛУ ТБ и ВИЧ-инфекцией.

При комплексном лечении больных туберкулезом и внедрении методов работы, повышающих их мотивацию к выздоровлению и соблюдению режима лечения, (социальная поддержка больных, контролируемый прием препаратов), эффективность лечения, несомненно, повысится, и индикатор (прекращение бактериовыделения в 85% случаев среди впервые выявленных больных туберкулезом с бактериовыделением) может быть достигнут во всех территориях.

Таким образом, комплекс мероприятий, проведенных в рамках Проекта МБРР, дал свои первые положительные результаты. Учитывая, что укомплектование лабораторий новым оборудованием, расходными материалами и обучение персонала выявлению, диагностике и лечению туберкулеза было завершено в 2008г., поэтому эффективность реализации Проекта в целом можно будет оценить только через 2-3 года.

Таблица 1

Эпидемические показатели

№	Регион	Заболееваемость туберкулезом, все формы, ф.№8 (рекомендуемый уровень 80 на 100 тыс.нас.)					Заболееваемость впервые выявленных больных туберкулезом, дети (0-14 лет) ф. №8				
		2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
	Российская Федерация	84,0	82,6	83,2	85,0	82,6	16,7	16,4	16,4	15,4	14,9
1	Астраханская область	88,3	75,8	87,7	91,3	90,7	25,8	30,0	29,5	28,2	30,6
2	Владимирская область	73,3	80,7	79,5	80,5	80,6	16,3	23,5	20,0	16,4	19,3
3	Ивановская область	58,4	61,1	53,1	56,5	59,0	9,1	14,4	8,0	6,6	15,9
4	Нижегородская обл.	85,1	83,4	60,6	74,5	78,6	15,2	14,1	14,7	15,9	16,6
5	Орловская область	59,7	59,7	58,4	57,4	56,2	9,4	10,6	9,9	13,6	9,9
6	Пензенская область	74,6	72,9	74,3	77,1	76,7	13,7	14,2	9,5	9,5	10,9
7	Саратовская область	77,9	72,9	68,2	68,0	75,1	11,9	13,4	10,2	15,7	9,9
8	Ульяновская область	73,7	76,1	84,1	84,2	83,6	15,3	14,4	12,5	6,9	14,4
9	Республика Дагестан	59,0	62,2	59,5	62,6	54,5	19,4	15,7	15,1	12,5	12,0
10	Республика Ингушетия	51,8	37,6	43,4	31,4	39,4	15,6	9,1	15,8	12,4	14,0
11	Республика Калмыкия	130,0	127,8	127,1	122,2	111,6	45,8	54,3	57,4	25,3	14,6
12	Республика Марий Эл	67,2	65,9	82,4	82,1	90,9	17,0	18,5	18,9	19,9	17,9
13	Республика Мордовия	69,4	68,6	68,8	66,6	80,8	14,9	9,5	14,2	14,4	16,3
14	Республика Татарстан	61,3	61,1	58,7	59,0	58,3	11,9	10,5	8,8	10,3	7,8
15	Чеченская Республика	н.д.	78,4	84,8	86,6	76,5	н.д.	10,4	17,3	19,3	14,8
В среднем по зоне курации:		73,6	72,3	68,7	72,7	74,1	17,2	17,5	17,5	15,1	15,0

Таблица 3

Выявляемость при профосмотрах, доля бактериовыделителей, деструктивных форм среди впервые выявленных больных

№	Территория	% больных, выявленных флюорографией		Доля ФКТ среди впервые выявленных больных ТЛ %%			Доля деструкции среди впервые выявленных больных ТЛ %%			Доля бактериовыделения, КУМ+ среди впервые выявленных больных ТЛ с распадом %%			Доля впервые выявленных бациллярных больных с КУМ+, выявленных в ПМСП %%	
		2005	2008	2006	2007	2008	2005	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008
1	РФ	52,0	53,8	2,2	2,2	2,1	52,0	47,3	-	57,3	57,9	-	14,1	16,2
2	Владимирская	39,1	51,5	1,2	1,9	1,0	42,7	37,6	35,8	77,2	85,6	83,0	51,7	44,8
3	Ивановская область	41,2	30,3	0,5	0,6	0,6	47,2	46,3	40,2	88,3	87,4	85,6	47,8	47,8
4	Орловская область	39,6	49,3	1,6	1,0	1,0	56,4	45,8	42,7	85,2	87,5	85,1	53,7	55,0
5	Республика Дагестан	43,1	46,4	0,7	0,4	0,3	67,8	64,6	65,9	56,7	63,4	60,5	н.д.	н.д.
6	Республика Ингушетия	46,8	26,8	1,6	1,6	0,6	73,5	72,3	73,0	78,4	64,9	60,4	24,1	32,5
7	Республика Калмыкия	44,4	60,0	3,8	4,9	2,1	40,0	43,9	47,2	49,2	55,0	60,4	1,9	5,8
8	Чеченская Республика	6,2	10,5	0,9	3,2	1,8	н.д.	69,5	70,0	54,0	59,0	56,5	2,9	14,1
9	Астраханская область	49,1	58,5	4,8	1,2	1,7	41	33,3	33,0	85,6	76,6	78,2	16,5	28,4
10	Республика Марий Эл	46,0	44,0	0,3	1,1	0,3	44,2	37,5	34,7	77,4	72,5	73,5	35,5	29,5
11	Республика Мордовия	56,4	66,5	2,0	1,5	1,5	58	43,4	38,5	48,1	40,3	51,3	36,1	50,0
12	Республика Татарстан	55,3	60,5	0,4	0,6	0,7	43	38,7	40,0	56,7	56,7	60,7	12,7	13,9
13	Нижегородская область	50,0	53,3	5,9	6,4	6,5	59,6	59,4	54,3	47,0	49,3	52,4	7,5	9,7
14	Пензенская область	64,3	56,2	1,5	0,9	1,0	50,1	46,4	38,6	68,1	70,9	64,9	23,1	33,4
15	Саратовская область	71,7	57,9	1,0	1,4	1,3	37,3	35,1	31,5	55,7	61,2	65,5	41,1	40,6
16	Ульяновская область	40,6	49,7	1,4	1,4	1,9	54,2	46,1	39,3	60,1	67,7	65,8	7,9	15,7
В среднем по зоне курации		46,3	48,1	1,8	1,9	1,5	51,1	48,0	45,6	65,8	66,5	66,9	25,9	30,1

Таблица 4

Показатели качества диагностической работы

Регион-участник	Процент ВВ больных туберкулезом легких с положительным результатом микроскопии, форма 7-ТБ. (рекомендованный уровень – 45%)					Процент ВВ больных туберкулезом легких с положительным результатом посева, форма 7-ТБ. (рекомендованный уровень – 55%)					Частота зарегистрированных случаев МЛУ ТБ среди ВВ больных форма 7-ТБ (рекомендованный уровень – не менее 5%)				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
Владимирская область	45,5	74,9	40,9	46,8	47,3	41,8	35,9	40,4	51,3	58,5	7,1	7,4	9,4	14,0	20,8
Ивановская область	49,8	51,5	53,1	47,5	42,2	45,7	31,5	70,3	70,4	71,3	3,3	6,5	10,5	20,0	20,3
Орловская область	59,4	61,5	53,8	53,3	48,2	57,3	59,2	76,7	80,7	72,0	6,7	8,4	6,8	5,4	6,3
Республика Дагестан	37,8	40,9	45,3	51,8	49,2	18,1	20,7	24,7	25,8	31,1	1,9	0,3	10,6	10,7	4,7
Республика Ингушетия	58,9	55,2	53,7	51,5	35,9	56,3	60,0	56,8	52,1	34,7	0,8	1,1	6,7	10,4	3,7
Республика Калмыкия	8,8	11,1	26,2	28,7	35,6	3,7	7,8	37,7	46,3	50,2	0	8,6	20,0	25,0	9,8
Чеченская Республика	29,1	41,9	40,7	43,9	40,4	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.
Астраханская область	32,8	30,7	36,7	31,7	33,4	22,0	14,4	27,3	19,9	28,4	6,1	6,6	1,7	6,1	13,4
Республика Марий Эл	43,9	43,7	45,9	41,8	41,1	42,6	42,6	75,4	55,1	71,8	12,8	12,7	14,8	16,7	15,6
Республика Мордовия	24,7	26,9	25,2	19,5	23,5	21,6	28,6	37,4	38,9	36,5	5,4	5,5	4,8	9,5	3,4
Республика Татарстан	22,0	24,3	30,9	28,0	30,9	23,9	23,8	48,7	39,1	44,1	8,7	5,2	5,2	6,6	8,4
Нижегородская область	13,9	26,3	33,8	34,9	34,5	19,8	21,3	42,0	47,3	46,2	15,8	15,2	17,2	17,3	23,0
Пензенская область	33,4	32,8	34,6	39,3	32,1	28,0	23,3	49,0	58,5	61,7	1,3	5,6	9,7	7,2	12,4
Саратовская область	20,3	20,8	26,0	28,0	31,7	18,0	18,5	38,4	41,8	40,8	6,4	13,7	13,9	16,8	18,4
Ульяновская область	44,5	31,3	37,1	36,3	34,5	26,3	26,7	48,2	47,8	42,2	11,9	10,5	19,5	19,5	23,8
Среднее значение по зоне курации	35	38,2	38,9	38,9	37,4	30,4	29,6	48,1	48,2	48,3	7,1	7,2	10,7	12,5	13,1

Таблица 5

Результаты химиотерапии по микроскопии мокроты когорты впервые выявленных больных, туберкулезом лёгких 2005-2007гг. (в процентах) по зоне курации ГУ ЦНИИТ РАМН

Год регистрации	Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный: рекомендуемый уровень: 2005г. - 58,5%, 2006г. - 63,5%, 2007г. – 68,5%			Неэффективный курс химиотерапии, подтвержденный:			Умерло больных туберкулезом			Прерывание курса химиотерапии	Выбыл	Диагноз туберкулёз снят
	Микроскопией мокроты	Клинико-рентгенологическими методами	Всего	Микроскопией мокроты	Клинико-рентгенологическими методами	Всего	От ТБ	Не от ТБ	Всего			
1. 2005	53,2	3,8	57,0	11,7	4,4	16,1	7,6	4,0	11,6	11,8	3,0	0,5
2. 2006	63,2	2,5	65,7	9,6	3,8	13,4	6,6	3,3	9,9	7,7	3,0	0,3
3. 2007	66,4	1,7	68,1	9,3	1,8	11,1	6,7	3,2	9,9	7,8	2,9	0,2
4. 2008	68,4	3,7	72,1	7,7	5,1	12,8	5,0	4,3	9,3	7,0	2,8	0,1

РЕЗЮМЕ

В статье оценка мероприятий по повышению эффективности выявления, диагностики и лечения туберкулеза, по достижению индикаторных показателей Проекта в курируемых территориях за 2005-2009 годы в РФ. Анализ показал, что комплекс мероприятий, проведенных в рамках Проекта МБРР, дал свои первые положительные результаты. Учитывая, что укомплектование лабораторий новым оборудованием, расходными материалами и обучение персонала выявлению, диагностике и лечению туберкулеза было завершено в 2008г., поэтому эффективность реализации Проекта в целом можно будет оценить только через 2-3 года.

SUMMARY

The implementation of activities planned in the Project of MBRR "Prevention. Diagnostics, treatment of tuberculosis and AIDS" the component "tuberculosis" led to the significant improvement of organization of fight against tuberculosis in all territories under supervision of the Central Tuberculosis Research Institute (CTRI) of the Russian AMS. There were conducted the modernization and re-equipment of CDL and bacteriological laboratories with new equipment, training workshops were organized that improved significantly the staff qualification, supervision of CTRI territories was arranged. Due to the comprehensive treatment of patients with TB and implementation of

methods for stimulation their adherence to the treatment and therapy regimens observation (social support of patients, DOT regimen) effectiveness of treatment will certainly increase and the seeking indicator (cure

in 85% among newly detected patients with positive sputum smear) can be obtained in all territories. In general effect due to the activities implemented could be evaluated 2 or 3 years later.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ И г. ПЕТРОПАВЛОВСКУ

Жабаева К.А.

*Северо-Казахстанский областной противотуберкулезный тубдиспансер,
г. Петропавловск*

Эпидемическая ситуация по туберкулёзу в Северо-Казахстанской области расценивается как напряженная. При снижении общей заболеваемости с 2007 года 166,9 на 100 тысяч населения по 2009 год 119,5 на 100 тысяч населения показатель смертности от туберкулёза в 2009 году – 19,7 на 100 тысяч населения остается высоким. Дети чутко реагируют на изменение эпидемической ситуации, поэтому имеет место высокая инфицированность и заболеваемость туберкулёзом детского и подросткового населения.

При анализе заболеваемости туберкулёзом детей отмечается ее снижение с 2007 года с 34,3 до 18,4 на 100 тысяч населения среди детского населения по СКО, в том числе по городу Петропавловску, с 35,8 до 20,4 на 100 тысяч населения.

Остается невысоким показатель заболевания детей из туб контакта, так, по Северо-Казахстанской области этот показатель составлял в 2007 г. 0,2, в 2009г. 0,1 на 100 тыс населения, а по г. Петропавловску за аналогический период остался на прежнем уровне, т.е. 0,5 на 100 тыс населения.

Из методов выявления туберкулеза особое внимание уделяется туберкулинодиагностике. Если по СКО выявление больных посредством Реакции Манту снизилось с 70,0% в 2007г. до 42,7% в 2009г., то по городу этот показатель составлял в течение 3-х лет 77-75%.

Различные возрастные группы детей (от 1 года до 14 лет) обладают разной степенью восприимчивости к туберкулёзной инфекции, поэтому уровень их заболеваемости существенно различается.

Таблица 1

Возрастная структура детей, заболевших туберкулезом за 2007-2009 гг.

	2007						2008						2009						
	0-2		3-6		7-14		0-2		3-6		7-14		0-2		3-6		7-14		
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	
СКО	-	-	8	29,6	19	70,3	1	4,1	5	20,8	18	75	-	-	1	7,1	1	3	92,8
г. Петропавловск	-	-	7	50	7	50	-	-	2	22,2	7	77,7	-	-	2	25	6	75	

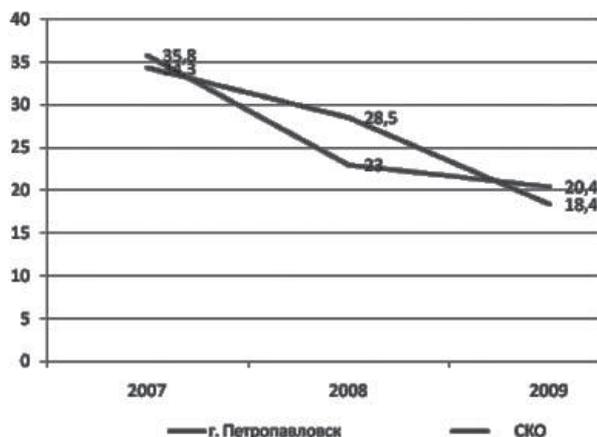


Рис.1 - Динамика показателей заболеваемости туберкулеза у детей за 2007-2009 гг.

Как видно из таблицы 1, возрастная структура детей, заболевших туберкулезом, существенно не

Таблица 2

Клинические формы туберкулеза, среди впервые зарегистрированных больных

Формы туберкулёза	2007				2008				2009			
	СКО		г. Петропавловск		СКО		г. Петропавловск		СКО		г. Петропавловск	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Инфильтр.	4	14,8	-	-	6	25	-	-	4	28,5	-	-
Очаговый	2	7,4	1	7,4	1	4,1	2	22,2	1	7,4	1	12,5
ПТК	2	7,4	4	28,5	4	16,6	-	-	3	21,4	3	37,5
ТВГУ	17	62,9	8	57,1	12	50	7	77,7	3	21,4	3	37,5
Туб.плеврит	1	3,7	1		1	4,1	-	-	3	21,4	1	12,5

Как видно из таблицы №2, в 2009 году отмечен рост первичного туберкулёзного комплекса в сельской местности с 7,4% до 21,4%, по городу - с 28,5% до 37,5%. Инфильтративные формы туберкулёза встречались только у детей сельской местности, и отмечен некоторый рост показателей. Очаговый туберкулёз у детей сельской местности занимает одинаковый уровень - 7,4%, у детей города он составил в среднем 14%.

В период с 2007 по 2009 год снизилась частота выявления больных детей с деструктивными формами туберкулёза и бактериовыделением по области, по городу Петропавловску такие формы не наблюдались в течение последних 5 лет.

изменилась, преобладает доля детей в возрасте 7-14 лет как среди сельского населения, так и по г. Петропавловску. Если провести анализ заболеваемости детей в зависимости от сроков вакцинации и ревакцинации БЦЖ, то можно отметить, что в возрасте от 0-2, 3-6 лет вакцинация БЦЖ была проведена всем детям и срок от вакцинации составляет не более 5 лет. Ревакцинация БЦЖ в возрасте 7-14 лет была проведена в единичных случаях, из всех 70 заболевших детей ревакцинация была проведена 5 детям, что составляет 7,14% и промежуток между вакцинациями составляет более 8-10 лет.

Структура заболеваемости детей в основном соответствует особенностям туберкулёза в соответствующих возрастных периодах. У детей преобладают первичные формы туберкулёза, среди которых чаще всего встречается туберкулёз внутригрудных лимфоузлов.

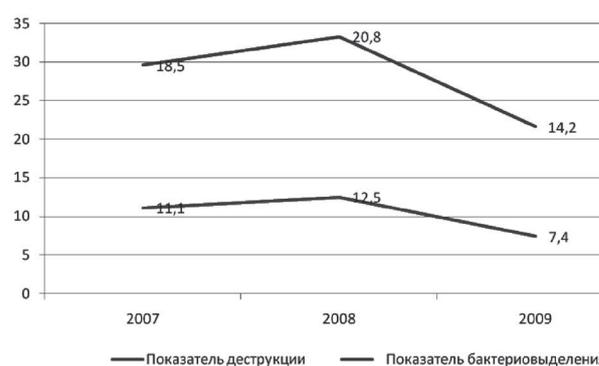


Рис.2 - Динамика заболеваемости детей с бактериовыделением и деструкцией по СКО.

По возрастной структуре осложненные формы туберкулёза выявлены в возрасте 12-14 лет, и в большинстве дети были в семейном или родственном контакте с больным туберкулёзом.

Таким образом, проведенный анализ заболеваемости детей по СКО и городу Петропавловску указывает на тенденцию к снижению показателей с 34,8 до 18,4 на 100 тыс населения по СКО, по г.Петропавловску - с 35,8 до 20,4 на 100 тыс населения за период с 2007 по 2009 год. В структуре впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у детей преобладает туберкулёз внутригрудных лимфоузлов, основным методом выявления туберкулеза у детей остается туберкулинодиагностика. По возрастной структуре детей, заболевших туберкулёзом, преобладает доля детей в возрасте 7-14 лет, деструктивные формы туберкулёза с бактериовыделением выявлены в возрасте 12-14 лет.

РЕЗЮМЕ

В статье проведен анализ заболеваемости детей по СКО и городу Петропавловску, который указывает на тенденцию к снижению показателей с 34,8 до 18,4 на 100тыс, населения по СКО, по г.Петропавловску - с 35,8 до 20,4 на 100 тыс населения за период 2007 по 2009 год. В структуре впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у детей преобладает туберкулёз внутригрудных лимфоузлов, основным методом выявления туберкулеза у детей остается туберкулинодиагностика. По возрастной структуре детей, заболевших туберкулёзом, преобладает доля детей в возрасте 7-14 лет, деструктивные формы туберкулёза с бактериовыделением выявлены в возрасте 12-14 лет. Учитывая, что в этом возрасте все дети в основном туберкулиноположительные, целесообразнее проводить флюорографическое обследование детей с 12 до 14 лет.

ТҰЖЫРЫМ

Солтүстік Қазақстан облысы мен Петропавл

қаласының көрсеткіштерін сараптау барысында, балалар арасында туберкулезге аурушандылығы облыс бойынша 100мың адамға шаққанда 34,8ден 18,4-ке, қалада 35,8-ден 20,4-ке төмендегенін байқай аламыз. Туберкулездің клиникалық түрлерінің ішінде кеудешілік лимфобездерінің туберкулезінің пайызы жоғары. Жас ерекшелігі бойынша 7-14 жас аралығындағы жасжеткеншектерде дерт жие тіркеледі. Оның ішінде 12-14 жас аралығындағы балалар арасында туберкулез таяқшасын бөлу және өкпе ойығы кезінде анықтау басым. Осы жас аралығында балалардың көбі туберкулез таяқшасын бұрыннан жұқтырғанын ескерсек, 12-14 жастағы балаларды флюорографиялық зерттеуден өткізу қажет.

SUMMARY

In this paper it was conducted the comparative analysis of TB incidence among children in North Kazakhstan oblast and Petropavlovsk city which showed the tendency for decreasing indicator from 34,8 to 18,4 per 100.000 of population, in Petropavlovsk it did from 35.8 to 20.4 per 100.000 over 2007-2009. In the structure of newly detected TB of breathing organs TB of the lymphatic nodes prevailed. Immunodiagnosics remains the principal method of TB detection among children. By age structure proportion of children with TB was greatest in age from 7-14 years, destructive TB forms with positive sputum smear were revealed in the age group from 12-14 years. Taking into account that all children by this age are generally tuberculin positive it is reasonable to conduct the roentgenofluorographic examination of children in the age group from 12 to 14 years.

Литература

1. Михайлова Ю.В., Стерликов С.Н. //Пробл. туб. – 2009. -№1. - С.5-10.

МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТЬ МБТ К ХИМИОПРЕПАРАТАМ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

*Ильина Т.Я., Жангиреев А.А., Сидоренко О.А.
АГИУВ РК, Алматы*

В последние годы, согласно данным литературы, отмечается рост частоты рецидивов туберкулеза [1-5]. Абациллярные рецидивы увеличивают резервуар бактериовыделителей, являющихся одним из показателей эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Одновременно зарегистрирован рост

удельного веса резистентных штаммов МБТ, как у впервые выявленных больных, так и при повторном заболевании, при этом наибольшее значение придается мультирезистентности (устойчивости к основным препаратам - рифампицину и изониазиду) [6-11]. Известно наиболее отрицательное ее

влияние на эффективность лечения впервые выявленного туберкулеза [12-15]. Однако при рецидивах заболевания этот вопрос мало изучен.

Цель настоящего исследования – определение частоты устойчивости МБТ к химиопрепаратам при рецидивах туберкулеза и ее влияние, в частности, при МЛУ МБТ, на эффективность лечения.

Материалы и методы исследования

В начале наблюдения нами определена частота различных методов обнаружения МБТ при рецидивах туберкулеза у 302 больных. Следует отметить, что совпадение положительного посева и мазка мокроты отмечено лишь в 42,0%, а в 38,0% наблюдений при обнаружении МБТ методом мазка, посев оказался отрицательным. В 20,0% рост микобактерий был получен при их отсутствии в мазке мокроты (абациллярные рецидивы)

В дальнейшем была изучена эффективность лечения 100 больных с бациллярными рецидивами в зависимости от чувствительности МБТ к химиопрепаратам и 70 – с абациллярными (МБТ обнаружены лишь при посеве мокроты).

При бациллярных рецидивах мы разделили больных на две группы (таблица 1) в зависимости от характера химиотерапии при впервые выявленном туберкулезе. В первую (I) включены пациенты, получавшие противотуберкулезные препараты до внедрения программы ВОЗ в Казахстане. Рецидивы у этих больных мы условно обозначили как поздние. Во вторую (II) группу вошли больные, лечившиеся впервые по стандартным схемам ВОЗ. Рецидивы в этой группе трактовались как ранние. Пациенты, которым химиотерапия рецидива проводилась в начале внедрения программы ВОЗ (2002-2004 г.г.), составили подгруппу «А» (первый период наблюдения), а в последующие годы (2005-2006) – подгруппу «Б» (второй период).

Большинство пациентов составляли мужчины (65,6%). В группе бациллярных рецидивов лиц мужского пола было значительно больше (72,6%), чем абациллярных (58,5%). В обеих группах большую часть (57,4% и 52,9%) составляли лица в возрасте 18-39 лет. Клиническая структура туберкулеза среди больных с бациллярными и абациллярными рецидивами несколько различалась. В случаях отрицательного мазка мокроты чаще диагностировалась очаговая форма (соответственно 20,1 и 2,6 %) реже - диссеминированная (6,0 и 12,0%), меньшим был удельный вес деструктивных процессов (10,7 и 57,9%). Отсутствовали казеозная пневмония и фиброзно-кавернозный

туберкулез. При бациллярных рецидивах удельный вес этих форм составил 5,0 и 12,5 %. У всех больных наиболее часто устанавливался инфильтративный процесс (49,7 и 51,8%).

Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Достоверность статистических показателей с учетом средней ошибки оценивалась по критериям t и p .

Результаты и обсуждение

В первый период наблюдения частота устойчивых штаммов поздних и ранних рецидивов существенно не отличалась и обнаруживалась у одной трети полученных культур. МБТ с множественной лекарственной устойчивостью встречались относительно редко.

Во второй период частота обнаружения резистентных штаммов увеличилась почти вдвое, а МЛУ МБТ – почти в пять раз.

Полученные данные свидетельствуют, что в первый период исследования наихудшие результаты химиотерапии были зарегистрированы у больных группы (ранние рецидивы). У них чаще, чем в I группе (поздние рецидивы) устанавливались «неудачи лечения» и летальный исход, реже – излечение (таблица 1).

В последующие годы результативность химиотерапии в обеих группах больных достоверно возросла ($p < 0,05$) и существенно не различалась. Неудача лечения и летальные исходы имели место менее чем у одной четвертой части больных, тогда как в первый период исследования они составили 39,2%.

Возможно, это связано с совершенствованием методики лечения по программе ВОЗ: увеличение продолжительности стандартных сроков химиотерапии, назначение препаратов преимущественно в ежедневном режиме, улучшение контроля за их приемом.

Наихудшие результаты терапии отмечены при мультирезистентности МБТ. Удельный вес вылеченных больных по сравнению с другими вариантами устойчивости составил соответственно 60,3 и 47,3 % ($p < 0,05$).

У вылеченных больных конверсия мазка мокроты в первые два месяца химиотерапии достигалась в 2004-2006 г.г. значительно чаще, чем в первый период исследования (соответственно 46,6% и 8,5%, $p < 0,05$). Следует отметить, что при установлении конверсии мазка в более отдаленные сроки в половине случаев в дальнейшем имела место неудача лечения. Лишь в 17,4% наблюдений, позднее абациллирование оказалось стойким и наступило из-

лечение. При ранней конверсии, через 2-3 месяца после ее установления, в 27,9% наблюдений посев мокроты оказался положительным.

Среди больных с абациллярными рецидивами устойчивость МБТ установлена в 62,9% полученных культур. При этом мультирезистентность обнаружена более чем в половине наблюдений (56,4%). При неблагоприятных исходах лечения у всех больных (13 человек) был получен положительный результат посева мокроты и обнаружена мультирезистентность МБТ. Следовательно, и при отрицательном мазке мокроты

сохраняется влияние устойчивости, особенно мультирезистентности, на результаты терапии.

Вместе с тем эффективность химиотерапии больных с абациллярными рецидивами, несмотря на наличие резистентности МБТ у большинства больных была существенно выше, чем при положительном мазке. Подавляющее большинство пациентов было вылечено. Неудачи лечения и летальный исход встречались в три раза реже, чем при рецидивах с положительным мазком мокроты (соответственно 10,8 и 35,3%, $p < 0,05$).

Таблица 1

Чувствительность МБТ к химиопрепаратам и влияние устойчивости на эффективность лечения бациллярных рецидивов

Группы наблюдений	Чувствительность МБТ	Всего больных		Результаты лечения					
				вылечено		неудача лечения		умерли от ТБ	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
«А»									
I (n 123)	устойчивые	39	31,7	15	38,5	17	43,6	7	17,9
	чувствительные	84	68,3	72	85,7	2	2,4	10	11,9
II (n 53)	устойчивые	18	34,0	7	38,9	11	61,1	-	-
	чувствительные	35	66,0	20	57,1	7	20,0	8	22,9
I+II (n 176)	устойчивые	57	32,9	22	38,6	28	49,1	7	12,3
	из них MDR	13	7,4	5	38,5	6	46,1	2	15,4
	чувствительные	119	67,1	92	77,3	9	7,6	18	15,1
«Б»									
I+II (n 56)	устойчивые	32	57,1	21	65,6	8	25,0	3	9,4
	из них MDR	20	35,7	11	55,0	6	30,0	3	15,0
	чувствительные	24	42,9	22	91,7	2	8,3	-	-

Выводы

1. При рецидивах туберкулеза легких отмечается рост удельного веса устойчивых штаммов микобактерий (особенно с МЛУ). Эффективность лечения рецидивов туберкулеза у всех групп больных в значительной степени зависит от чувствительности МБТ, к химиопрепаратам. Наихудшие результаты наблюдаются при мультирезистентности.

2. Несмотря на рост удельного веса устойчивых к антибактериальным препаратам культур МБТ эффективность лечения рецидивов туберкулеза повысилась.

3. Обнаружение у большей части больных с абациллярными рецидивами мультирезистентных МБТ свидетельствует о необходимости их эпидемиологического учета. При положительном результате

посева мокроты, несмотря на отрицательный мазок, больного следует признать бактериовыделителем.

4. Отсутствие конверсии мазка мокроты после 2-3 месяцев химиотерапии является у половины больных одним из признаков неудачи дальнейшего лечения.

5. Положительный результат химиотерапии у большей части пациентов с устойчивостью МБТ, встречающийся у половины больных с МЛУ, показывает, что к отказу от лечения стандартными схемами следует подходить с осторожностью, учитывая клинко-рентгенологическую динамику процесса, результаты повторного исследования мокроты и установление конверсии мазка после интенсивного курса лечения.

РЕЗЮМЕ

Изучена эффективность химиотерапии по II категории у 302 больных с рецидивами туберкулеза, подтвержденными посевом мокроты. У 232 из них, был положительным и мазок. Исследование проводилось в два периода: в первые годы (2002-2004) внедрения программы ВОЗ и в последующие (2005-2006). Устойчивость установлена у 89 (38,4% человек с бактериологически подтвержденным рецидивом и у 44 (62,8%) с абациллярными. Мультирезистентными оказались соответственно 33 (14,2%) и 22 (31,4%) штамма, следовательно, при абациллярных рецидивах МЛУ МБТ встречалась чаще. Эффективность лечения понижалась при наличии устойчивости МБТ к химиопрепаратам. Наихудшие результаты получены при МЛУ. Рост удельного веса устойчивых к химиопрепаратам культур МБТ не сопровождался ухудшением результатов лечения рецидивов.

SUMMARY

The effectiveness of chemotherapy of 302 patients with TB relapses with positive sputum smear confirmed in 232 cases treated by DOTS category 2 was studied. Investigation was conducted in 2 stages: in the first years of implementation of DOTS Programme by WHO (2002-2004) and in the followed years (2005-2006). Resistance was stated in 89 (38.4%) of patients with bacteriologically confirmed M. tuberculosis, and in 22 (31.4%) without excretion. Multidrug resistance was confirmed in 33 (14.2%) and 22 (31.4%) of strains respectively, thus, MDR TB occurred more frequently at relapses without bacilli excretion. The effectiveness of treatment decreased in presence of resistance to anti-TB drugs. The lowest results were obtained

at mul-tidrug resistance to anti-TB drugs. Growth of percentage of resistant to anti-TB drugs cultures of M. tuberculosis did not deteriorate the outcomes of relapses treatment.

Литература

1. Алексеева Т.В., Бирюкова Л.Н. // Пробл. туб. – 2003.-№2. – С. 14-16.
2. Голубчиков П.Н., Стрелис А.К., Голубчикова В.Г. и др. // Туберкулез сегодня. Материалы VII Рос. съезда фтизиатров.-М., 2003.- С.11.
3. Жестовских С.Н., Мишин В.Ю. // Туберкулез сегодня. Материалы VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. – С.14.
4. Жукова М.П. // Пробл. туб. – 1998.- № 1. – С. 14-16.
5. Казенный Б.Я. Клиническое и эпидемиологическое значение первичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2004.
6. Капков Л.П. // Пробл. туб. – 2007.- № 1. – С. 17-21.
7. Исмаилов Ш.Ш., Бисмилда В.Л., Чингисова Л.Т. и др. // Актуальные вопросы фтизиатрии. - Алматы, 2008, С.70-72.
8. Максимова О.М. Особенности развития и течения рецидивов туберкулеза легких: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – М., 2004.
9. Нечаева О.Б. и др. // Пробл. туб. – 2007. - № 1. – С. 42-46.
10. Толепбергенов Д.А, Корганбаева С.Н., Мухамедьярова А.Ш и др. //I конгресс фтизиатров Казахстана: сб.науч.тр. – Алматы, 2004. – С.204-205.
11. Филатов М.С., Валиев Р.Ш. // Пробл. туб. – 2004. - № 5. – С. 22-25.
12. Фирсова В.А., Полуэктова Ф.Г., Рыжова А.П. и др. // Пробл. туб. -2007. - № 1. – С. 61-64.
13. Хауадамова Г.Т. и др.// Актуальные вопросы фтизиатрии: сб.науч. тр.- Алматы, 2008.- С.15-19.
14. Шихалиев Я.Ш. Совершенствование методов выявления и лечения рецидивов туберкулеза: Автореферат дис. ... д-ра. мед. наук. - М., 2004.
15. Туберкулез: выявление, лечение и мониторинг по К.Томену. Вопросы и ответы.- Женева, 2004. С.311-312.

2008-2009 ЖЫЛҒЫ ЖАҢА ЖАҒДАЙ ӨКПЕ ТУБЕРКУЛЕЗІМЕН ЖӘНЕ РЕЦИДИВПЕН ТІРКЕЛГЕН НАУҚАСТАРДЫҢ ҚАҚЫРЫҒЫН БАКТЕРИОЛОГИЯЛЫҚ ӘДІСПЕН ҚАМТУ ЖӘНЕ АБД-ГЕ СЕЗІМТАЛДЫҚ НӘТИЖЕЛЕРІ

Исаева Р.Н.

Қызылорда облысының туберкулезге қарсы диспансері

Туберкулез ауруының емінің нәтижелілігі туберкулез таяқшаларының антибактериалды дәрілерге сезімталдығын анықтау, өкпе туберкулезімен тіркелген науқастардың қақырығын, қолқа жуу сұйықтығын, өкпеге операция жасалғанда алынған

патологиялық материалдың себу арқылы анықталған өсіндінің нәтижесіне тікелей байланысты. Сондықтан, баксебіндімен толық қамтудың, қақырықты сапалы жинаудың және себіндіні техникалық дұрыс жасаудың маңызы зор.

1 кесте

Өкпе туберкулезімен 2008-2009ж. жаңа жағдайда тіркелген науқастардың баксебінді нәтижелері (ТБ-03)

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Жаңа жағдайдағы өкпе туберкулезі	844		651	
Туберкулез таяқшаларын бөлушілер	295	35,0	325	50,0
Бакскопиялық теріс мәнділер	549	65,0	326	50,0
Баксебіндімен қамтылғаны ж/ж барлығы	832	98,2	592	91,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	359	43,1	332	56,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	64	17,8	36	10,8
Жалпы тұрақтылық	286	79,6	282	84,9
Монорезистентті түрі	67	18,7	68	20,5
Полирезистентті түрі	142	39,5	145	43,6
Мультирезистентті түрі	77	21,4	69	20,8

2 кесте

Өкпе туберкулезімен 2008-2009 ж. алғаш рет тіркелген бакскопиялық оң жағдайлардан қақырық себінді нәтижелері (ТБ-03)

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Барлығы	295		325	
Баксебіндімен қамтылғаны	291	98,6	313	96,3
Одан өсінді оң мәнді болғаны	236	81,0	263	84,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	37	15,7	25	9,5
Жалпы тұрақтылық	194	82,3	225	85,5
Монорезистентті түрі	48	20,0	53	20,1
Полирезистентті түрі	94	39,8	116	44,1
Мультирезистентті түрі	52	22,0	56	21,3

3 кесте

Өкпе туберкулезімен 2008-2009 ж. алғаш рет тіркелген бакскопиялық теріс мәнді жағдайлардан қақырық себінді нәтижелері (ТБ-03)

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Барлығы	549		326	
Баксебіндімен қамтылғаны	541	98,5	279	85,6
Одан өсінді оң мәнді болғаны	123	22,7	69	24,6
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	27	22,0	11	16,0
Жалпы тұрақтылық	93	75,6	57	82,6
Монорезистентті түрі	19	15,5	15	21,7
Полирезистентті түрі	49	39,8	29	42,0
Мультирезистентті түрі	25	20,3	13	18,8

4 кесте

Өкпе туберкулезімен 2008-2009 ж. рецидивтермен тіркелген науқастардың баксебінді нәтижелері (ТБ-03)

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Барлық рецидив	259		219	
Баксебіндімен қамтылғаны	252	97,3	214	93,4
Одан өсінді оң мәнді болғаны	215	85,3	192	89,7
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	23	10,7	19	9,9
Жалпы тұрақтылық	186	86,5	170	88,5
Монорезистентті түрі	39	18,1	14	7,3
Полирезистентті түрі	52	24,2	71	37,0
Мультирезистентті түрі	95	44,2	85	44,7

5 кесте

2008-2009 ж. ДОТС ем үлгісінен кейінгі рецидивтермен тіркелген науқастардың баксебінді нәтижелері (ТБ-03)

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Барлық ДОТС ем үлгісінен кейінгі рецидивтер	123		101	
Баксебіндімен қамтылғаны	119	96,7	95	94,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	104	87,4	87	91,6
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	3	2,9	9	10,3
Жалпы тұрақтылық	78	75,0	75	86,2
Монорезистентті түрі	12	11,5	3	3,4
Полирезистентті түрі	17	16,3	16	18,4
Мультирезистентті түрі	49	45,8	56	64,4

6 кесте

2008-2009 ж. ДОТС ем үлгісінен кейінгі рецидивтермен тіркелген науқастардың баксебінді нәтижелері қала, аудан бойынша

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Арал ауданы бойынша барлығы	15		15	
Баксебіндімен қамтылғаны	15	100,0	14	93,3
Одан өсінді оң мәнді болғаны	10	66,7	14	100,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	-	-	1	7,1
Жалағаш ауданы бойынша барлығы	4		5	
Баксебіндімен қамтылғаны	4	100,0	5	100,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	3	75,0	5	100,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	-	-	-	-
Жаңақорған ауданы бойынша барлығы	9		6	
Баксебіндімен қамтылғаны	9	100,0	6	100,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	7	77,8	6	100,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	1	14,3	1	16,7
Қазалы ауданы бойынша барлығы	10		10	
Баксебіндімен қамтылғаны	10	100,0	10	100,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	9	99,0	8	80,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	-	-	3	37,5
Қармақшы ауданы бойынша барлығы	5		15	
Баксебіндімен қамтылғаны	5	100,0	15	100,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	4	80,0	15	100,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	-	-	-	-
Сырдария ауданы бойынша барлығы	5		5	
Баксебіндімен қамтылғаны	5	100,0	5	100,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	4	80,0	3	60,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	1	25,0	-	-
Шиелі ауданы бойынша барлығы	7		5	
Баксебіндімен қамтылғаны	5	71,4	5	100,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	5	100,0	5	100,0
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	-	-	-	-
Қызылорда қаласы бойынша барлығы	62		40	
Баксебіндімен қамтылғаны	60	96,8	35	87,5
Одан өсінді оң мәнді болғаны	51	85,0	31	88,6
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	-	-	5	16,1

7 кесте

2008-2009 ж. ДОТС ем үлгісінен кейінгі рецидивтермен тіркелген науқастардың баксебінді нәтижелері қала, аудан бойынша сараптама (ТБ-03)

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Арал ауданы бойынша жалпы тұрақтылық	10	100,0	13	92,8
Монорезистентті	4	13,0	-	-
Полирезистентті	4	4,0	1	7,1
Мультирезистентті	2	20,0	12	85,7
Жалағаш ауданы бойынша жалпы тұрақтылық	3	100,0	5	100,0
Монорезистентті	-	-	1	20,0
Полирезистентті	-	-	1	20,0
Мультирезистентті	3	100,0	3	60,0
Жаңақорған ауданы бойынша жалпы тұрақтылық	5	71,4	2	33,3
Монорезистентті	1	14,3	1	16,7
Полирезистентті	1	14,3	1	16,7
Мультирезистентті	3	42,8	-	-
Қазалы ауданы бойынша жалпы тұрақтылық	9	100,0	6	75,0
Монорезистентті				
Полирезистентті	3	33,3	1	12,5
Мультирезистентті	6	66,7	5	25,0
Қармақшы ауданы бойынша жалпы тұрақтылық	4	100,0	15	100,0
Монорезистентті	-	-		
Полирезистентті	-	-	3	
Мультирезистентті	4	100,0	12	80,0
Сырдария ауданы бойынша жалпы тұрақтылық	3	75,0	3	100,0
Монорезистентті			2	66,7
Полирезистентті	1	25,0	1	33,3
Мультирезистентті	2	50,0	-	-
Шиелі ауданы бойынша жалпы тұрақтылық	5	100,0	5	100,0
Монорезистентті	1	20,0	-	-
Полирезистентті	1	20,0	1	20,0
Мультирезистентті	3	60,0	4	80,0
Қызылорда қаласы бойынша жалпы тұрақтылық	19	98,0	26	83,8
Монорезистентті	11	19,6	1	3,2
Полирезистентті	6	12,0	6	19,3
Мультирезистентті	33	64,4	19	61,3

8 кесте

2008-2009 ж. ескі рецидивтермен есепке алынған науқастардың баксебінді нәтижелері (ТБ-03)

Көрсеткіштер	2008		2009	
	саны	%	саны	%
Барлығы	136		128	
Баксебіндімен қамтылғаны	133	97,8	119	93,0
Одан өсінді оң мәнді болғаны	111	83,4	105	88,2
АБД-ге сезімталдығы сақталғаны	20	18,0	10	9,5
Жалпы тұрақтылық	89	80,2	92	87,6
Монорезистентті	27	24,3	11	10,5
Полирезистентті	34	31,0	52	49,5

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные анализа за 2008-2009 годы. По сравнению с 2006 годом вырос удельный вес положительных посевов, если в 2006 году он составлял 28,0%, то в 2008г. - 43,1%, 2009г. - 56,0%. Были проанализированы результаты устойчивости как при новых случаях, так при рецидивах. Снижился процент выявления резистентных форм туберкулеза среди первичных больных, но остается высоким среди рецидивов.

ТҰЖЫРЫМ

2008-2009 жылдарға жасалынған сараптамалар бойынша облыс деңгейде соңғы жылдары

көрсеткіштер 2006 жылмен салыстырғанда, біршама жақсарғанын көрсетеді. Егер де 2006 жылы жаңа жағдай өкпе туберкулезі арасынан баксебінді оң мәнді -28,0 % ғана болса, 2008-43,1% , 2009- 56,0%. Жалпы АБД-ге сезімталдық нәтижесі жаңа жағдайлар арасында облыс деңгейінде 41,7 % -2006 болса, 2008 -17,8%, 2009-10,8%, оның ішінде мультирезистентті түрі біршама тұрақтылып келеді Егер ТБ МЛУ 2006-25,2% құраса, 2008 21,4%-, 2009 –20,8% құрайды. Аудандар бойынша поли, мульти тұрақтылық Арал, Қармақшы, Жалағаш аудандарында жоғарғы. Бірақ рецидивтер арасында туберкулездің төзімді түрлері жоғары деңгейде сақталуда.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В РЫСКУЛОВСКОМ РАЙОНЕ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

Ихласова Г.А.

ПТД Т.Рыскуловского района, Жамбылская область

Туберкулез в Рыскуловском районе, как и во всей республике, остается важнейшей проблемой здравоохранения. Проводится определенная работа по реализации Постановления Правительства РК №1263 от 21.12.2007 г. «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан» и областной (региональной) «Программы по борьбе с туберкулезом в Жамбылской области на 2008-2010гг.». В районе отмечается значительное снижение показателя заболеваемости туберкулезом по сравнению с предыдущими годами.

В течение несколько лет (1993-1998гг.) из-за экономических трудностей в РК отмечались проблемы с лекарственным обеспечением больных туберкулезом, что, соответственно, повлекло за собой несоблюдение адекватного режима химиотерапии и, как следствие,

появление лекарственно – устойчивых форм туберкулеза и большого контингента хронических больных. Одной из причин высокого уровня заболеваемости является изменение социально-экономических условий в стране, в результате чего снижился общий жизненный уровень населения. DOTS- стратегия как наиболее экономичный и эффективный метод борьбы с туберкулезом внедрен в Т.Рыскуловском районе с 1998 года. Следствием этого явилось улучшение качества выявления и лечения больных туберкулезом, уменьшилось количество хронических форм туберкулеза в контингенте диспансерных больных, что, в свою очередь, привело к стабилизации уровня заболеваемости и ее постепенному снижению.

Таблица 1

Заболееваемость туберкулезом за 2007-2009 г.г.

Годы	Заболееваемость на 100тыс. населения	Абс. число больных
2007	92,1	56
2008	125,8	77
2009	78,0	48

В Рыскуловском районе в структуре заболеваемости впервые выявленных больных туберкулезом за 2009 год преобладал инфильтративный туберкулез легких- 38 (79,1) , случаев очагового туберкулеза легких было 5 (10,4). В предыдущем году: инфильтративный туберкулез диагностирован

у 64 (83,1%) и очаговый туберкулез легких – у 8 (10,3%) больных.

Удельный вес бациллярных больных среди всех выявленных больных туберкулезом органов дыхания составил в 2007г. 12,5%, в 2008г. - 33,7 %, в 2009г. - 33,3 % случаев.

Таблица 2

Заболееваемость туберкулезом органов дыхания за 2007-2009 г.г.

Годы	Уд. вес больных с МБТ+, %	Абс. число больных с МБТ+
2007	12,5	7
2008	33,7	26
2009	33,3	16

За период с 2007 по 2009 г.г. отмечается рост количества бациллярных больных, что свидетельствует о качестве выявления туберкулеза методом микроскопии.

По стандартам ВОЗ, при хорошей постановке работы по выявлению заразных форм туберкулеза методом микроскопии мазка мокроты их количество должно быть приближено к 50% из числа новых случаев. По данным нашего района, среди обследованных микроскопическим методом 365 лиц у 12 (3,3) обнаружены МБТ, при стандарте не ниже 5 на 1000 обследованных. Это указывает на отсутствие настороженности на туберкулез среди врачей ОЛС при обращении длительно кашляющих больных, с одной стороны, и необоснованное направление всех лиц с флюоропатологией на микроскопию, с другой .

Флюорографическим методом туберкулез диагностирован в 35 случаях из 20559 обследован-

ных лиц (показатель - 1,6 на 1000 обследованных). Приоритетным методом своевременного выявления туберкулеза среди лиц, обратившихся в лечебные учреждения с симптомами заболевания органов дыхания, остается микроскопия мазка мокроты.

Эффективность лечения оценивается показателем конверсии мазка мокроты и закрытием полостей распада, показателем «излечиваемости» впервые выявленных больных и снятия с бациллярного учета. Конверсия мазка мокроты среди новых случаев с МБТ(+), зарегистрированных в 2008 году, составила 88,6% против 91,4% в 2007 году.

Показатель закрытия полостей распада среди впервые выявленных больных составил 92,9% в 2007 году против 100,0% в 2008 году. Показатель излечиваемости впервые выявленных больных с МБТ(+) составил в 2008 году -55,0% против – 100,0% в 2006 году

Таблица 3

Показатель излечиваемости впервые выявленных больных с бацилловыделением

Годы	2007	2008	2009
Конверсия мазка мокроты %	92,2	91,4	88,6
Закрытие полости распада %	93,0	92,9	100,0
Показатель излечиваемости МБТ(+), %	100,0	71,4	55,0

Значительная разница обусловлена изменением в подсчете данного показателя с 2007 года, снятием с DOT-терапии больных, при установлении лекарственно – устойчивых форм туберкулеза и переводом их на другую схему лечения (DOTS-plus). В динамике данный показатель составил в 2007г. - 21,5%, в 2008г.-30,5%, в 2009г.-39,6%. Причинами роста устойчивых форм туберкулеза могут быть:

- несоблюдение требований инфекционного контроля из-за слабой материально – технической базы противотуберкулезных учреждений, отсутствия приточно-вытяжной вентиляции и нехватка респираторов высокой степени защиты;

- несоблюдение принципов непосредственно контролируемого лечения в интенсивной и поддерживающей фазах лечения в режиме DOTS;

- улучшение выявления резистентности МБТ с внедрением ускоренного метода культуральной диагностики аппаратом ВАСТЕС MGIT-960.

Показатель смертности от туберкулеза в районе с 2007г. снизился с 14,8 до 9,7 на 100 тыс. населения на конец 2009 года.

Анализ структуры смертности от туберкулеза показала, что наибольший (88 %) процент умерших – среди больных с хроническими формами туберкулеза, не подлежащих специфическому лечению.

Таблица 4

Показатель смертности от туберкулеза за 2007-2009 г.г.

Годы	Показатель смертности от туберкулеза на 100 тыс. населения	Абс. число умерших от ТБ
2007	14,8	9
2008	14,8	9
2009	9,7	6

Ситуация по туберкулезу в районах осложняется наличием высокого уровня туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). С целью снижения распространения МЛУ ТБ в области предпринят ряд мер: расширен коечный фонд для лечения МЛУ ТБ от 80 до 110, охвачены обучением силами специалистов НЦПТ врачи ПТУ, ПМСП, УКУИС принципам стратегии DOTS-plus, увеличение охвата числа больных лечением препаратами резервного ряда (2006г. – 121, 2007г. - 121, 2008г. – 154, 2009г. – 215 больных), перепрофилирование действующих коек ПТУ области с отдельными больными по инфекционному статусу и наличию ЛУ, в августе 2009 года в районе сдан в эксплуатацию стационар на 40 коек.

Реализация стратегии DOTS сопряжена со многими проблемами, требующими больших усилий по ее осуществлению, интеграцией противотуберкулезной службы с сетью первичной медико-санитарной помощи и организации КУИС по профилактике, выявлению и лечению туберкулеза, строгим соблюдением непосредственно контролируемого лечения на амбулаторном этапе лечения, а также решения вопроса социальной поддержки больных, так как большинство больных туберкулезом относятся к социально уязвимым группам населения.

Таким образом, в улучшении эпидемиологической ситуации в районе большую роль сыграло: создание отделов по туберкулезу при УГСЭН, под-

готовка кадров ПМСП, ПТУ, проведение мониторинга деятельности ПТУ, сети ПМСП и ведомственных организаций района на индикаторной основе, бесперебойное обеспечение противотуберкулезными препаратами первого и второго ряда, укрепление материально – технической базы ПТУ района.

РЕЗЮМЕ

Из статьи следует, что в улучшении эпидемиологической ситуации в районе большую роль сыграли подготовка квалифицированных кадров, обеспечение необходимыми противотуберкулезными препаратами, укрепление материально-технической базы противотуберкулезных учреждений, проведение мониторинга их деятельности, а также сети первичной медико-санитарной помощи и ведомственных организаций района на индикаторной основе.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада ведомстволық ұйымдардың, алғашқы медициналық санитарлық көмек жүйелерін индикаторлық негізінде жүргізу, мамандандырылған кадрлар дайындау, туберкулезге қарсы дәрілермен тоқтаусыз қам-тамасыз ету, материалдық – техникалық базаларды нығайту және мониторинг қызметін жүргізу аудандағы эпидемиологиялық жағдайларды жақсартуға негізгі шаралар болып табылатындығы жарияланған.

SUMMARY

In this article data are given about improvement of the epidemiological situation in our region. There the great role belonged to the training and continuous

provision with anti-TB drugs and strengthening of logistics of tuberculosis facilities, monitoring of their activities and of network of primary health care and departmental organizations on the indicator basis as well.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОВМЕСТНОЙ РАБОТЫ ЖАРКЕНТСКОЙ ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ БОЛЬНИЦЫ ПАНФИЛОВСКОГО РАЙОНА С СЕТЬЮ ПМСП

Лушпа С.Б.

ГУ «Жаркентская туберкулезная больница»

Панфиловский район Алматинской области

В настоящее время Республика Казахстан относится к странам с высоким уровнем заболевания туберкулезом. Недостаточно эффективное лечение от туберкулёза в период экономических преобразований, приведших к нехватке противотуберкулёзных препаратов, критическому снижению жизненного уровня населения в связи с массовой безработицей, усиливающейся миграцией, резким ухудшением питания, привело к увеличению заболеваемости и смертности от туберкулёза. Увеличилось число хронических больных, количество рецидивов, что повлекло за собой появление лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

Ежегодно в Казахстане регистрируется около 17 тысяч новых случаев туберкулёза. Учитывая тот факт, что туберкулёз является крайне опасным заболеванием и часто приводит к инвалидности и смерти, положение можно назвать критическим. Эта проблема достаточно актуальна и для нашего района. Исходя из вышеизложенного, целью нашего проекта является изучение первичной заболеваемости туберкулезом населения Панфиловского района в динамике за 3 года (2007-2009гг.).

Материалы и методы исследования

Распространенность туберкулёза изучена путем анализа нормативных документов Жаркентской туберкулёзной больницы в течение 2007-2009гг. Основные мероприятия по борьбе с туберкулёзом

осуществляются в соответствии с Указом Президента РК от 18.05.1998 г. № 3956 «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан РК». Постановления Правительства РК от 04.09.1998 г. № 839 «О неотложных мерах защиты населения от туберкулёза в РК», Государственная Программа «Здоровье народа», Приказы МЗ РК № 323 от 10.04.2001г. и № 471 от 18.05.2001г., Постановления Правительства РК от 13.08.2004 г. № 850 «Об утверждении Программы усиления борьбы с туберкулезом в РК на 2004-2006 годы» направлены на стабилизацию заболеваемости, снижение смертности и распространения туберкулезной инфекции среди населения.

В свете реализации вышеуказанных документов противотуберкулезная работа в районе проводится Жаркентской туберкулёзной больницей на 75 коек, из них 35 коек – для повторного лечения, 25 коек – для лечения больных с новыми случаями БК(+), 10 коек – для лечения больных с новыми случаями БК(-) и 5 коек для лечения подростков, которую осуществляют 5 врачей-фтизиатров, 1 врач-лаборант, 25 средних медработников и 32 работника младшего мед. персонала.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в районе напряженная, но на протяжении 3-х лет появилась тенденция к стабилизации, показатель заболеваемости незначительно превышает эпидемиологический барьер (Табл.1).

Таблица 1

Сравнение абсолютных и интенсивных показателей заболеваемости

Год	Заболело впервые	Интенсивный показатель
	абс. число	на 100 тыс.
	район	район
2007	80	68
2008	87	74
2009	77	64,4

Анализ заболеваемости по возрастам показывает, что отмечается некоторое снижение заболеваемо-

сти среди детей и подростков, тогда как заболеваемость среди взрослых остается на прежнем уровне.

Таблица 2

Показатели заболеваемости взрослых, подростков и детей

Год	Взрослые		Подростки		Дети	
	Абс.ч	Показ.	Абс.ч	Показ.	Абс.ч	Показ.
2007	67	67	7	107	6	18
2008	80	102	2	32	5	15
2009	80	84	2	40	5	15

В целом по району имеется тенденция к улучшению выявляемости новых случаев туберкулёза микроскопическим методом, которая увеличилась с 24,4% в 2007 году, до 36%, в 2009 году на 1000 обследуемых лиц.

На основании приведённых сведений очевидно, что диагностика туберкулёза у взрослых больных осуществляется преимущественно флюорографическим методом.

Вместе с тем в большинстве районов области созданы все условия для проведения целенаправленного дифференцированного обследования лиц микроскопическим методом мокроты на туберкулёз.

Проведена значительная работа по привлечению врачей ПМСП для использования данного нераскрытого потенциала эффективной диагностики туберкулёза.

Улучшено качество сбора мокроты и регулярно повышается квалификация лаборантов путём осуществления методической помощи областными координаторами, проведения мониторинга, подведения итогов результатов посещения сети ПМСП, обсуждения причин допущенных ошибок на местах.

Вместе с тем следует отметить, что это только первые шаги по совершенствованию применения микроскопического метода диагностики туберкулёза с привлечением учреждений сети ПМСП.

Показатели эффективности микроскопического метода диагностики туберкулёза свидетельствуют о необходимости дальнейшего расширения данного направления работы на уровне учреждений сети ПМСП (Табл.3).

Таблица 3

Количество больных, выявленных при БСМ

Год	Количество анализов	Обследованные лица	Выявлено БК(+)
2007	224	78	6
2008	726	242	14
2009	1269	423	12

Всего в районе 3 стационарных флюороустановки. На фоне активной работы по выявлению туберкулеза методом бактериоскопии, в течение этих

трех лет широко применялся для обследования населения метод флюорографии (Табл.4).

Таблица 4

Количество больных выявленных при ФГ осмотрах

Год	Обследовано	Выявлено больных	Выявляемость на тыс. обследованных
2007	46038	37	0,8
2008	46582	42	0,9
2009	46081	51	1,1

При анализе количества заболевших по методам выявления прослеживается тенденция к увеличению числа больных, выявленных флюорографией,

при том, что выявление методом бактериоскопии и туберкулинодиагностики остаются на прежних цифрах (Табл. 5).

Таблица 5

Методы выявления туберкулёза

Год	ФГ	БСМ	р. Манту
	район	район	район
2007	37	39	4
2008	42	43	2
2009	51	21	5

Работники частных предприятий, подлежащие обязательным профосмотрам, фактически не планируются на обследование. Отсутствие данных сведений приводит к недостаточному контролю за прохождением ими профосмотров на туберкулез, вследствие чего даже среди обязательных контингентов выявляются случаи туберкулёза с распространенными процессами и бацилловыделением. Несмотря на проводимую работу, проблемы с обследованием этой группы населения сохраняются. Необходимо усилить контроль фтизиатрической и санитарно-эпидемиологической службы за работой районной поликлиники по мониторингу и планированию ежеквартальных профилактических осмотров работников частных предприятий.

Наиболее существенные трудности сохраняются также на этапах амбулаторного лечения больных туберкулезом, а именно при проведении поддерживающей фазы химиотерапии, так как это длительный курс от 4-5 месяцев у новых случаев с сохраненной чувствительностью к ПТП и до 36 месяцев - у больных МЛУ ТБ. Социальный статус больных туберкулёзом: 76,4 % - безработные, 65% - жители села, проживающие в тяжелых материально-бытовых условиях с пониженным уровнем питания, что способствует развитию заболевания. Для эффективного лечения в поддерживающей фазе необходимо усиленное питание, но безработные и малообеспеченные больные на амбулаторном этапе лечения не имеют такой возможности. Для решения этой проблемы требуется продление лечения в стационарных или санаторно-курортных условиях, а также выделение адресной социальной помощи и решение вопроса о трудоустройстве.

Необходимо решать вопросы постоянной адресной социальной помощи больным туберкулёзом со стороны районных, городских и сельских Акиматов в виде продуктовых пакетов, путём прикрепления к столовым или кафе для одноразового горячего питания, обеспечения топливом, выделения жилья для больных с заразными формами туберкулеза.

Не решенной остается проблема изоляции

больных хроническими заразными формами туберкулёза. В перспективе необходимо предусмотреть создание специализированных хосписов, тубозориев для неизлечимой категории больных, с целью защиты здоровья населения от инфицирования.

Нет учреждений для принудительного лечения повторно заболевших больных туберкулезом (рецидив заболевания), уклоняющихся от лечения и с сопутствующими заболеваниями (алкоголизм, психические заболевания, наркомания), открытие которых предусмотрено в каждой области.

Выделение в последнее время транспорта на уровне сети ПМСП существенно меняет ситуацию, так как медицинские работники СВА, ВА, ФАП могут иметь возможность посещать оторвавшихся тяжелых хронических больных ту-беркулезом и осуществлять им проведение симптоматического лечения.

Там, где сеть ПМСП активно работает с больными в поддерживающей фазе лечения в амбулаторных условиях, пациенты реже прерывают химиотерапию. Нужно проводить дальнейшую работу в этом направлении, а именно формировать у больных приверженность к посещению учреждений ПМСП. При невозможности последнего (отдаленность проживания, тяжесть состояния, нарушение режима лечения и др.) необходимо обязательное предоставление медицинским сестрам, фельдшерам, врачам транспортных средств (возможно восстановление или аренда в труднодоступных местах гужевого или колесного и велотранспорта).

Выводы

1. Следует продолжать работу по улучшению качества выявления больных с БК(+) и дальнейшего увеличения показателя выявляемости методом бактериоскопии.

2. Продолжить совместную работу по обучению медицинских работников ПМСП принципам выявления и лечения больных туберкулезом.

3. Координировать совместную работу противотуберкулезных учреждений, санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб района, улучшить обмен информацией и взаимосвязь в слу-

чаях выявления лиц и скота, больных туберкулезом.

4. Улучшить санитарно-просветительную работу среди населения, изыскать все возможные варианты ее проведения.

РЕЗЮМЕ

Эпидситуация по ТБ в Панфиловском районе Алматинской области является напряженной, но на протяжении 3 лет имеет тенденцию к стабилизации. Метод микроскопии позволил улучшить показатель выявляемости с 24,4% в 2007г. до 36,0% в 2009г. Привлечение специалистов ПСМП, повышение качества сбора мокроты, обучение специалистов, методическая помощь областных координаторов и мониторинги привели к улучшению эффективности диагностики ТБ. Это свидетельствует о необходимости дальнейшего расширения работы в данном направлении на уровне учреждений ПСМП. В статье представлен сравнительный анализ результатов выявления ТБ, полученных при применении флюорографии, бактериоскопии и туберкулинодиагностики, причем отмечено, что увеличивается число больных ТБ, выявленных посредством флюорографии. Особого внимания требует проблема выявления больных ТБ в сфере частного предпринимательства, в частности, прохождение флюорографии. Подчеркиваются трудности проведения лечения больных ТБ легких в продолжительной фазе, перечисляются меры по поддержке больных, особенно МЛУ ТБ, по формированию у них приверженности к продолжительному лечению. Поднимаются вопросы о создании специализированных тубозориев и хосписов для бесперспективных в плане лечения хронических и социально уязвимых больных ТБ, об обеспечении транспортом медработников, занимающихся лече-

нием больных ТБ на амбулаторном этапе и др..

SUMMARY

The epidemiological profiles on TB in the Pnfilovskij rayon of Almaty oblast is tense, but during last 3 years it has the tendency to stabilization. The microscopic method implementation led to improve the TB incidence rate from 24.4% in 2007 to 36.0% in 2009. The involvement of the specialists from PHC, improvement of sputum smear samples collection, training for specialists, operational assistance oblast's coordinators, and monitoring provided the TB diagnostics effectiveness enhancement. It is of evidence of the need in further development of the activity in this direction at the level of PHC. In this paper comparative analysis of results of TB detection obtained through implementing the fluorographic method, bacterioscopy and tuberculin diagnostic was conducted. At this it was marked that the number of patients with TB diagnosed by fluorography increases. The strict attention is to be paid to the problem of TB patient detection in the private business sphere in particular, seeking of them by fluorography examination. The difficulties of treatment of patients with pulmonary TB out-patient in continuation phase. The measures to support the patients, especially those with MDR TB to form the adherence for durable treatment will be undertaken. There are discussed the issues on organization of tubosories and hospices for incurable chronic TB patients and socially vulnerable persons with TB, and provision with transport of medical workers which treat the patients with TB in the continuation phase, etc.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА ЗА 2007- 2009 ГОДЫ В АТБАСАРСКОМ РЕГИОНЕ АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Махамбетова Г.К.

*Атбасарский региональный противотуберкулезный диспансер,
Акмолинская область*

Наиболее важными проблемами организации лечения больных туберкулезом является приверженность больного, а также оценка результатов самого лечения. Снижение эффективности химиотерапии связано с ростом удельного веса деструктивных форм туберкулеза

среди заболевших, учащением случаев первичной и вторичной устойчивости МБТ к химиопрепаратам, высоким удельным весом сопутствующей патологии, вынужденными перерывами из-за побочного действия препаратов или непереносимости их больным [1].

В настоящее время основным методом лечения больных туберкулезом является химиотерапия. Однако химиотерапия способствует излечению впервые выявленного туберкулеза органов дыхания лишь в 60-70%, и эффективность этого метода лечения в последние годы продолжает снижаться[2]. Одной из причин низкой эффективности лечения являются рецидивы туберкулеза легких.

Нами проведен анализ рецидивов туберкулеза за 2007-2009 годы в Атбасарском региональном противотуберкулезном диспансере. За указанный период по региону было зарегистрировано всего 56 в 2007 году, 66 в 2008 году и в 2009 году 70 больных с рецидивами туберкулеза. В нижеприведенной таблице показана динамика выявления рецидивов туберкулеза.

Таблица 1

Случаи рецидивов туберкулеза 2007-2009 годы.

Случаи туберкулеза	2007 год	2008 год	2009 год
Рецидив БК+	38 (67,8%)	43 (65,2%)	39 (55,7%)
Рецидив БК отр	18 (32,2)	23 (34,8%)	31 (44,3%)
Всего	56 (100%)	66 (100%)	70 (100%)

Отмечается некоторое снижение случаев рецидива туберкулеза в Атбасарском регионе, в 2007 году больных с бактериовыделением выявлено 38, что составило 67,8 % (2008- 43-65,2%, 2009- 39-

55,7%). Однако растет число больных с рецидивами с отрицательным мазком мокроты за соответствующий период: 2007г. - 18- 32,2%, 2008г. -23-34,8%, 2009г. - 31-44,3%.

Таблица 2

Характеристика рецидивов БК+ согласно группам диспансерного учета 2007-2009 гг.

Группы ДУ	2007	2008	2009
1 группа ДУ	13(34,2%)	7(16,3%)	9 (23,1%)
2 группа ДУ	7(18,4%)	10(23,3%)	-
Снятые с учета ТБ	18(47,3%)	26(60,4%)	30 (76,9%)
Всего	38(100%)	43(100%)	39(100%)

При более углубленном анализе из учтенных больных по 1 ГДУ повторно заболели туберкулезом за 2007 г. – 13 больных (34,2%), за 2008 г. – 7 больных (16,3%) и в 2009г. - 9 больных (23,1 %).

Больные из 2 группы ДУ составили по годам в 2007 г. -7 случаев (18,4%), в 2008 г. -10 случаев (23,3%), в 2009 г. не было повторно заболевших больных. Остальные случаи рецидивов туберкулеза (2007 г. - 18- 47,3%, 2008 г. - 26- 60,4% и 2009 г. - 30

больных-76,9%) болели ранее в разные годы, были сняты с учета и наблюдались у терапевта в поликлинической «группе риска».

Среди бактериовыделителей распределение больных по полу происходило следующим образом: в 2007 г. -мужчин 29 (76,3%), женщин 9 (23,7%); в 2008 г.- мужчин-28 (65,1%), женщин- 15 (34,9%); и в 2009 г. - мужчин-28 (71,8%), женщин- 11 (28,2%).

Таблица 3

Распределение по полу больных с рецидивами ТБ с 2007 по 2009 г.

По полу	2007	2008	2009	итого
мужчин	29 (76,3%)	28 (65,1%)	28 (71,8%)	85 (70,8%)
женщин	9 (23,7%)	15 (34,9%)	11(28,2%)	35 (29,2%)
Всего	38 (100%)	43 (100%)	39 (100%)	120 (100%)

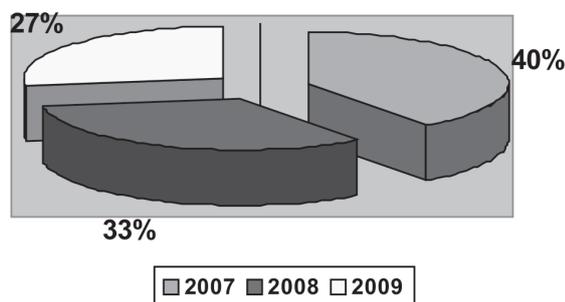
По возрасту распределились следующим образом: за 2007 г. - с 20-29 лет - 10 больных (26,3%), (2008 г.-10 больных (23,3%) и в 2009 г. – 9 лиц (23,1%); с 30-39 лет - в 2007 г. - 8 (21,05%), (в 2008 г. у -8 больных (18,6%) и в 2009 г. - 8 больных (20,5%); с 40-49 лет- 2007 г. - 9(23,6%), (2008 г.- 17 больных (39,5%) и 2009 г. -9 больных (23,1%) и больные старше 50 лет составили в 2007 г. - 11 лиц

(28,9%), соответственно в 2008 году - 7 (16,3%) и в 2009 г. -13 больных, что составило 33,3%.

По анализу трудовой занятости неработающие составили в 2007 г. – 16 (42,0%) лиц, 2008 г. – 25 (58,0%) и в 2009 г. 24 больных (61,5%).

На диаграмме изображены вышеприведенные данные.

трудовая занятость больных 2007-2009 годы



По локализации двусторонние процессы с деструктивными изменениями отмечены в 2007 г. у 23 больных (60,5%), 2008 г. у 24 больных (55,8%) и в 2009 г. у 20 больных (51,2%).

Сопутствующие заболевания были диагностированы в 2007 г. у 14 (36,8%) больных, в 2008 г. соответственно у 17 (39,5%) и в 2009 г. в 18 случаях, что составило 46,1%, в том числе заболевания ЖКТ в 2007 г. в 4 случаях (28,5%), в 2008 году 2 (11,8%) и в 2009 г. 2 (11,1%) случая. Заболевания ХНЗЛ в 2007 году составили 3 (21,4%), 2008-3 (17,6%) и в 2009 году - 5 (27,7%), сахарный диабет констатирован в 2007 г. у 1 (7,5%) больного, в 2008 г. у 4 (23,5%) и в 2009 г. у 1 (5,5%) больного. Хронический алкоголизм отмечен в 2007 г. у 4 (28,6%), в 2008 г. 8 (47,1%) и в 2009 г. у 9 (50,0%) больных и ВИЧ-инфицированных 2 (14,2%) случая в 2007 г.

Нужно отметить, что среди повторно заболевших больных всего за три года 42 (35%) пациента можно отнести к группе социально неблагополучных, т.е. не имеющих постоянного дохода, злоупо-

требляющих алкоголем, не имеющих определенного места жительства (БОМЖ), а также мигрантов.

Всем повторно заболевшим больным с бактериовыделением были проведены посевы мокроты на МБТ, при культуральном исследовании туберкулез подтвержден в 2007 г. - у 26 (68,4%), 31 (72,1%) - в 2008 г. и в 2009 г. в 34 (87,2%) случаях получен положительный результат посевов. При определении теста на лекарственную чувствительность, мультирезистентную форму выявили у 38 больных, что составило 41,7% случаев. Более глубокий анализ показал, что устойчивость к 2 и более препаратам имел случай у 61 (67,0%) больного.

Таким образом, причинами рецидивов туберкулеза в Атбасарском регионе за период с 2007 г. по 2009 г. следует считать:

1. Неблагополучный контингент больных из поликлинических «групп риска» - в 61,6% больных.
2. Наличие сопутствующих заболеваний в 40,8% случаев.
3. Социально неблагополучные группы лиц, не имеющие постоянного места жительства, дохода и работы - 35% пациентов.
4. Мультирезистентную форму туберкулеза в 41,7% случаев.

Литература

1. Перельман М.И. и др. Фтизиатрия / М.И. - М.: Медицина, 2004. - 520 с.
2. Шилова М.В., Хрулева Т.С. // Пробл. туберкулеза. - 2005. - № 3. - С.3-11.

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЁЗА В ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Новокрещенова Т.М., Кисметова Э.Г., Жумагалиева Г.Д., Имангалиев М.Б.,
Давлетьярова З.Р., Гусев П.В., Погодаев С.П., Тастаева Г.Х., Берсагуров К.А*
**Департамент Комитета госсанэпиднадзора по Западно-Казахстанской области
Западно-Казахстанский областной противотуберкулёзный диспансер**

Западно-Казахстанская область является одним из неблагополучных регионов Республики Казахстан по заболеваемости туберкулёзом, хотя в целом за последние годы наметилась тенденция к улучшению эпидситуации.

Это требует тщательного анализа причин неблагополучия, улучшения проводимых мероприятий и внедрения новых форм и методов работы как со стороны специалистов санэпидслужбы, так и других медицинских работников.

В данной статье мы хотели бы поделиться опытом организационно-методической работы по профилактике туберкулёза, проводимой на областном уровне, не умаляя заслуги и вклад специалистов районного звена в общее дело по стабилизации ситуации с туберкулёзом.

В октябре 2007 г. в Департаменте госсанэпиднадзора (ДГСЭН) создан отдел по профилактике туберкулёза. Анализ эпидситуации за прошлые годы выявил определённые недоработки в организации и проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий по туберкулёзу. Как показали материалы проверок, одной из причин сложившейся ситуации явились недостаточные знания медицинских работников вопросов диагностики и профилактики туберкулёза, хотя во всех районах и поликлиниках г.Уральска фтизиатрами территориальных туббольниц, кабинетов были проведены семинары по внедрению новых приказов Министерства Здравоохранения, регламентирующих функции специалистов первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), фтизиатров, эпидемиологов в борьбе с этой инфекцией.

В связи с этим было принято решение уделить особое внимание подготовке специалистов районного звена и г.Уральска. Работу начали с проведения выездных семинаров бригадой специалистов ДГСЭН и областного противотуберкулёзного диспансера (ОПТД). До семинара проводилось тестирование медработников по вопросам диагностики туберкулёза и проведения мероприятий в очагах. На таких семинарах обучались участковые терапевты, педиатры, медицинские сёстры, подростковые врачи, врачи, фельдшеры и медсёстры врачебных амбулаторий и медицинских пунктов районов, главные врачи туббольниц, ведущие специалисты рай-УГСЭН. Сбор специалистов для обучения проводили главные врачи поликлиник по заранее составленному графику. Аналогичные семинары проведены в поликлиниках г. Уральска, со специалистами ОПТД и городского управления госсанэпиднадзора. В целом в 2008 г. на 21 выездном семинаре подготовлено более 1000 человек. Преимущества таких семинаров – идентичная информация для всех специалистов, лучший уровень преподнесения материала, более качественно составленные доклады, отработанная тактика выступлений областных специалистов. С 2009 г. продолжена тактика проведения выездных семинаров, все доклады уже представлялись в слайдах.

Специалистами ОПТД ежегодно готовятся медресотники ПМСП, лаборанты и дублёры районных лабораторий микроскопии мокроты как на базе ОПТД, так и на выездных семинарах и обучающих циклах.

Ежегодно проводятся областные семинары для эпидемиологов, фтизиатров, педиатров, заместителей главных врачей по лечебной работе поликлиник г.Уральска и районов с представлением докладов в слайдах.

Вопросы организации профилактической работы, наиболее важные вопросы и итоги работы обсуждаются на областном уровне при проведении Дня педиатра, Дня фтизиатра, Дня эпидемиолога.

Для специалистов районных управлений госсанэпиднадзора подготовлены информационно-методические письма и памятки по организации проверок по туберкулёзу, выявлению поствакцинальных осложнений, планированию флюороосмотров населения и р.Манту, разъяснение о порядке наложения штрафов, оформления профзаболеваний туберкулёзом, памятки по проверке выполнения противотуберкулёзных мероприятий в школах и дошкольных организациях, о работе в очагах туберкулёза. Оформлен и направлен в районы образец карты эпидобследования очага туберкулёза.

Ежегодно проводится одновременная подготовка нескольких специалистов санэпидслужбы районного звена на рабочем месте на базе ДГСЭН с обсуждением вопросов организации эпиднадзора за туберкулёзом, с выходом на поликлинику г.Уральска, решением ситуационных задач. При такой форме работы специалисты имеют возможность ознакомиться с актами, письмами, эпидкартами друг друга, обменяться опытом работы.

На областном семинаре подготовлены начальники районных управлений госсанэпиднадзора по организации эпиднадзора за туберкулёзом с последующим тестированием и направлением доклада в слайдах во все районы. Циклы повышения квалификации помощников эпидемиологов обязательно предусматривают лекции по туберкулёзу.

С 2004 г. ежегодно специалист ДГСЭН принимает участие с лекцией по туберкулёзу в 10-12 обучающих курсах в региональном центре подготовки государственных служащих, где повышают квалификацию специалисты акиматов сельских округов, отделов образования, ветеринарной службы и других ведомств.

Учитывая высокую заболеваемость работников

общеобразовательных школ, достигнута договорённость с институтом усовершенствования учителей о подготовке обучающихся педагогов по вопросам профилактики туберкулёза. Лекция для учителей в слайдах направлена районным специалистам для использования в работе при подготовке работников школ на районном уровне. Принимаем участие с докладами в слайдах в августовских конференциях директоров и методистов школ, дошкольных организаций области и г.Уральска.

Наряду с подготовкой кадров проводились и организационные мероприятия.

Итоги работы ежегодно обсуждаются на коллегии областного управления здравоохранения и Департамента госсанэпиднадзора. В течение 2 лет совместно с областным управлением здравоохранения в 1 квартале проверяется деятельность всех районов по оказанию медицинской помощи населению, в том числе по вопросам профилактики туберкулёза. Результаты проверок обсуждаются на выездных кустовых коллегиях управлением здравоохранения с приглашением специалистов акиматов, главных специалистов поликлиник районов, начальников районных управлений госсанэпиднадзора.

Практикуется ежеквартальное проведение совещаний с начальниками районных управлений госсанэпиднадзора по различным вопросам профилактики туберкулёза. По итогам совещаний оформляется протокол с перечнем принятых решений, направляемый для исполнения в районы.

Ежеквартально проводится совместный с ОПТД анализ эпидситуации с подготовкой писем в горрайУГСЭН, районные туббольницы, поликлиники. По итогам года информируется областной акимат и акимы районов по вопросам профилактики туберкулёза.

С 2008 г. внедрён комиссионный (эпидемиолог, педиатр, терапевт, фтизиатр, при необходимости – специалисты территориальных ЛПО) разбор всех случаев туберкулёза у детей, подростков, декретированного контингента с оформлением протокола и направлением его копии в ДГСЭН. Специалисты отдела по профилактике туберкулёза проводят экспертизу районных протоколов, по итогам оценки направляют письма с рекомендациями в горрайУГСЭН.

Подготовлены планы мероприятий по реализации постановления Правительства №1263 от 21.12.07. «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан», межведомственного сотрудничества с областным управлением здравоохранения, департаментом внутренних дел, УК УИС по ЗКО.

Приказом областного управления здравоохранения утверждён план мероприятий по взаимодействию ПМСП и фтизиатрической службы.

В Департаменте госсанэпиднадзора ведутся ежемесячные графики заболеваемости активным туберкулёзом по каждому району в сравнении со среднемесячными среднесезонными показателями, что даёт возможность оперативно оценивать тенденции в развитии эпидситуации по каждой территории, планировать выезды в районы при ухудшении показателей. Также ежемесячно проводится мониторинг выполнения основных противотуберкулёзных мероприятий (диагностика заболеваний среди детей и взрослых, мероприятия в очагах и др.)

Большое внимание уделено санитарно-просветительной работе среди населения. Наряду с теле- и радиовыступлениями, в том числе в прямом эфире, совместно с ОПТД, областным Центром проблем формирования здорового образа жизни ежегодно в районах, учебных заведениях г.Уральска проводятся акции «Денсаулык жолы», «Защитим себя от туберкулёза», «Наша цель – остановить туберкулёз» - лекции по профилактике туберкулёза, чередующиеся с номерами художественной самодеятельности.

В 2009 г. получена поддержка предприятий по перевозке пассажиров по размещению листовок о профилактике туберкулёза в общественном транспорте. Размножено и направлено для размещения в автобусах 2000 экземпляров листовок.

В связи с высокой заболеваемостью специалистами ДГСЭН прочитаны лекции в слайдах для учащихся всех школ г.Уральска и студентов «неблагополучных» высших учебных заведений с разным уровнем организации аудитории: от студентов только 1-3 курсов до старост групп всех курсов с участием проректоров, специалистов по учебно-воспитательной работе.

Выводы

Всесторонняя подготовка кадров, организационно-методическая и санитарно-просветительная работа, проводимая в тесном взаимодействии санитарно-эпидемиологической и противотуберкулёзной служб, позволили улучшить показатели профилактической и противоэпидемической работы по туберкулёзу; снизить показатели заболеваемости, смертности, улучшить своевременность обращения больных за медицинской помощью.

РЕЗЮМЕ

В данной статье представлены разнообразные

формы и методы организационно-методической работы, проводимые в тесном взаимодействии специалистами Департамента госсанэпиднадзора и противотуберкулезной службы. Проводимые мероприятия носят эпидемиологическую направленность, системность и последовательность. В работе используются многосторонние методы подготовки медработников и обучения населения мерам профилактики туберкулеза.

ТҰЖЫРЫМ

Осы мақалада мемсанэпидқадағалау Департамент басқармасы мамандары мен және туберкулезге қарсы қызметкерінің тығыз әрекеттестікте өткізген ұйымдастыру - әдістемелік жұмысының әр түрлі формалар көрсетілген. Істеліп жатқан шаралар эпидемиологиялық бағытты,

жүйелікті, кезектестікті бағыттайды. Жұмыс кезеңінде медициналық қызметкерлерді әзірлеу мен халық тұрғындарын оқыту кезінде туберкулездің алдын – алу жөнінде көп жақты әдістер қолданылады.

SUMMARY

In this article there are given the various forms and methods of operational and methodical work conducted in close interaction between experts of Department of state sanitary and epidemiological surveillance and anti-TB service. Anti-TB activities are targeted to epidemiological orientation and continuity. In this work various methods of training of medical workers and population to prevent the tuberculosis are used.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ПРИ ОБЛАСТНОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГОДЫ

Нурбаева Д. М.

При Жамбылском областном противотуберкулезном диспансере г.Тараз с 1996 года функционирует дневной стационар на 30 коек.

С 2010 года, учитывая эпидемиологическую ситуацию на сегодняшний день и реорганизацию в структуре стационара, он увеличен до 45 коек и полностью укомплектован штатами. В условиях дневного стационара получают лечение больные с новыми случаями туберкулеза с МБТ(-), рецидивами с ограниченным процессом с МБТ (-), малыми формами внелегочного туберкулеза, а также больные, пере-

веденные из стационара с конверсией мокроты на долечивание в интенсивной фазе.

Целью данной работы является изучить:

1. Эффективность использования данных коек для диагностики и лечения туберкулеза легких;
2. Эффективность лечения больных туберкулезом легких без бактериовыделения по стандартной схеме в условиях дневного стационара.

Проведен анализ работы дневного стационара за 3 года (2007-2009гг.). За период с 2007-2009 гг. пролечено всего 295 больных.

Таблица 1

Анализ работы коечного фонда дневного стационара за 3 года

Годы	Количество выписанных больных					Среднее пребывание	Оборот койки	Работа койки
	всего	типы						
		НС (I-IIIкат)	Рецидивы (II кат)	ЛПП (II кат)	МЛУ ТБ IV кат			
2007	69	24+7	13	7	18	88,3	2,3	203,1
2008	104	37+11	23	6	27	67,7	3,4	234,8
2009	122	48+12	19	7	36	64,6	4,0	262,9

По данным анализа работы коечного фонда за 3 года видно, что идет рост больных с «новым случаем» туберкулеза, рост числа больных с МЛУ ТБ. В то

же время отмечается снижение количества больных с рецидивами и лечением после перерыва (ЛПП).

Таблица 2

Распределение больных по возрастным группам с 2007-2009гг.

Возрастные группы	Всего больных			Из них:		
	абс.ч.	%	Мужчины	%	Женщины	%
до 20 лет	78	26,4	47	15,9	31	10,5
с 21-30 лет	123	41,6	98	33,2	25	8,4
с 31-40 лет	42	14,2	31	10,5	11	3,7
с 41-50 лет	37	12,5	27	9,1	10	3,3
с 50 и старше	15	5,0	12	4,0	3	1,0
Всего	295		215	72,8	80	27,1

Из таблицы 1 и 2 видно, что основную часть больных составляли мужчины, так, если из 295 больных - лишь 27,1% женщины, то мужчины составили

74,3%. Наибольший процент приходится на молодой репродуктивный возраст с 21-30 лет (41,6%).

Таблица 3

Распределение больных по клиническим формам

Клинические формы	Количество больных	Процент
Очаговый туберкулез	48	16,2
Инфильтративный	244	82,7
Внелегочный туберкулез	3	1,0

Из таблицы видно, что в течение 3 лет превалировал инфильтративный туберкулез легких - 82,7 %,

затем очаговый туберкулез легких - 16,2%.

Таблицы 4

Распределение больных по категориям

Года	Категории							
	I		II		III		IV	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
2007	24	34,7	20	28,9	7	10,1	18	26
2008	37	35,5	29	27,8	11	10,5	27	25,9
2009	48	39,3	26	21,3	12	9,8	36	29,5
Всего	109	36,9	75	24,7	30	10,1	81	27,4

Из таблицы видно, что с каждым годом с учетом функции отделения идет рост больных, которые лечились

по I кат. - 39,3%, по 2 кат.-24,7%, по 4 кат- 27,4%, а удельный вес больных из 2 кат. колеблется с 21,3% до 28,9%.

Таблица 5

Удельный вес закрытия полости распада среди всех пролеченных больных по дневному стационару

Годы	Количество больных			
	Закрытие полости распада			
	абс	%	абс	%
2007	21	30,4	18	75
2008	32	30,7	19	59,3
2009	27	22,1	14	55,5
Всего	80	27,1	51	63,7

Показатель закрытия полости распада колеблется от 55,5% до 75,0%.

Причинами низкого закрытия полости распада в итоге явились:

1. МЛУ ТБ - 8 случаев (27,5%)
2. Нарушение режима лечения - 3 случая (10,3%)
4. Отказ от операции - 4 случая (13,7%)
3. Запущенные случаи туберкулеза - 6 случаев (20,6%)

С каждым годом этот показатель снижается, причиной низкого закрытия полости распада по сравнению с предыдущими годами считаю рост больных с мультирезистентными формами туберкулеза (МЛУ ТБ).

Здесь целесообразно отметить, что у большинства больных закрытие полости распада достигается почти к концу лечения в поддерживающей фазе.

Выводы

1. С каждым годом растет контингент впервые выявленных больных с малыми формами туберкулеза без бактериовыделения, которые получают комплексное лечение в условиях дневного стационара.

2. Согласно данным анализа работы дневного стационара ОПТД за 3 года туберкулез встречается в более молодом, продуктивном возрасте (82,3%).

3. Среди клинических форм преобладает инфильтративная форма туберкулеза - 82,7%.

4. Дневной стационар выполняет свою функцию предотвращения перекрестного заражения с больными с МБТ+, МЛУ ТБ.

5. В условиях дневного стационара есть возможность достигнуть большего процента закрытия полостей распада (например, 2007 году -75%).

РЕЗЮМЕ

В статье проведен анализ работы дневного стационара за 3 года (2007-2009г.), где за период с 2007-2009 гг. пролечено всего 295 больных без бактериовыделения. В 82,7% случаев это были больные с инфильтративной формой туберкулеза. И как показал анализ эффективности полученного лечения дневной стационар выполняет свою функцию предотвращения перекрестного заражения с больными с МБТ+, МЛУ ТБ и в условиях дневного стационара есть возможность достигнуть большего процента закрытия полостей распада (например, 2007 году -75%).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЗА ПЕРИОД 2000-2009 г.г.

Нурмуханова Д.М.

Костанайский ОПТД

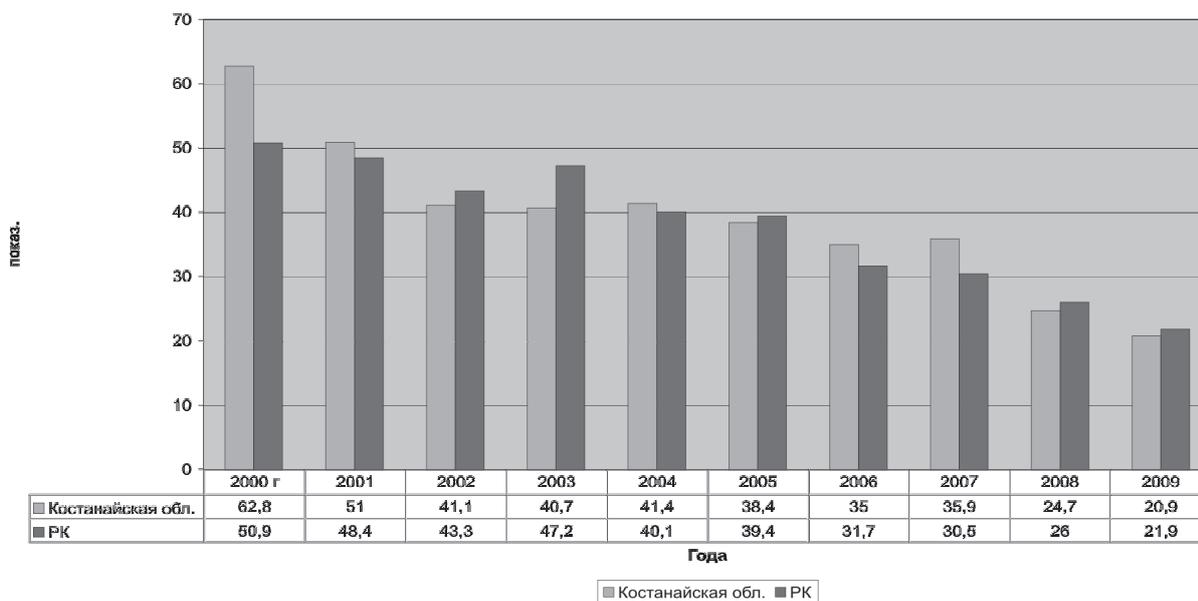
В 2007г. приказом Министра здравоохранения №466 от 03.08.2007г. была утверждена инструкция по применению БЦЖ вакцины, согласно которой страна перешла на однократную ревакцинацию БЦЖ в возрасте 6 лет. Ранее действовал приказ № 471 от 18.05.2001 г., когда ревакцинации подлежали здоровые неинфицированные дети с отрицательной и сомнительной пробой Манту в возрасте 6-7, 11-12 лет, а еще ранее – приказ № 555 от 11.11.1998 г. - об однократной ревакцинации в возрасте 6-7 лет.

Основная цель вакцинации БЦЖ состоит во внесении в организм неинфицированного ребенка непатогенного первичного инфекта в точно отме-

ренной дозе микобактерий бычьего типа. Благодаря подобной первичной инфекции индуцируется чувствительность к туберкулину, и укрепляются защитные механизмы противотуберкулезного иммунитета. Поэтому последующее проникновение в организм вакцинированного ребенка вирулентных микобактерий уже равноценно реинфекции и не вызывает выраженных клинических проявлений туберкулеза или же приводит к ограниченным его формам.

Если судить по заболеваемости детей за период с 2000 по 2009г. отмечается уменьшение заболеваемости по Костанайской области в 3 раза, а по Республике Казахстан – в 2,5 раза.

Показатели заболеваемости туберкулезом детей за 2000-2009 гг.



Но показатели заболеваемости подростков почти не меняются: в 2000г. по Костанайской области 131.9, а в 2009г. 130.5, по РК в 2000г. 131.7, в 2009г. - 117,1.

Показатели заболеваемости туберкулезом подростков за 2000-2009 гг.

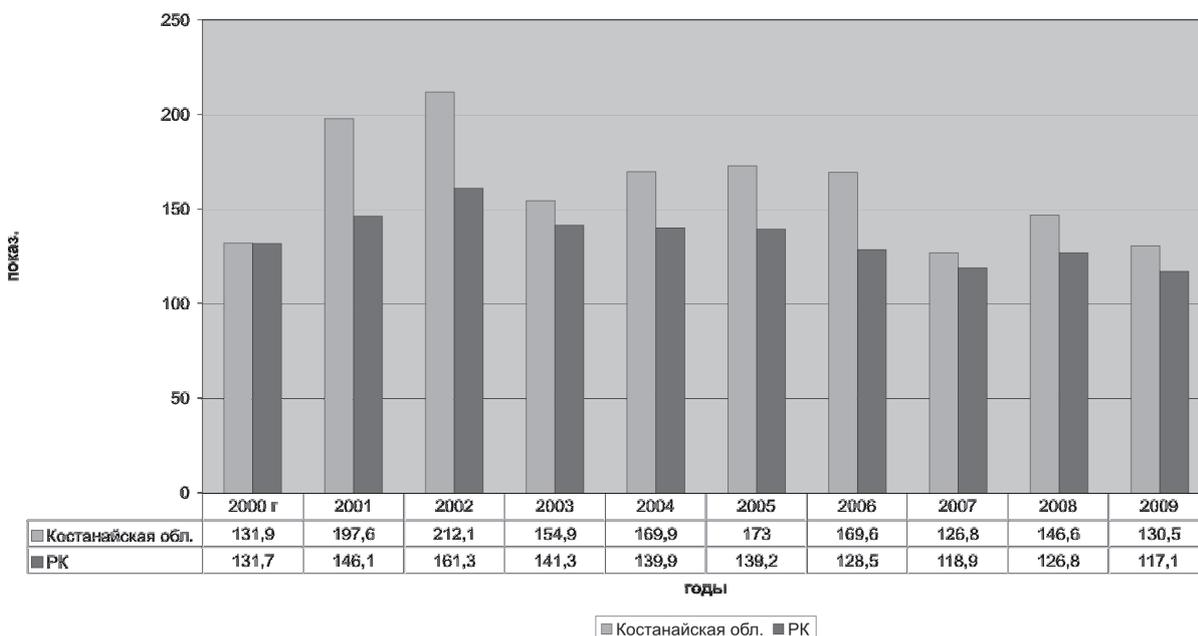


Таблица 1

Заболеваемость туберкулезом детей и подростков Костанайской области в зависимости от возраста и пола

Возраст, год	Пол	2005-2009 гг.				
		2005	2006	2007	2008	2009
0-4	Всего	19	16	12	9	3
	М	8	9	8	5	3
	Ж	11	7	4	4	-

5-7	Всего	12	11	12	10	5
	М	6	7	6	4	4
	Ж	6	4	6	6	1
8-14	Всего	38	34	37	23	28
	М	17	16	12	8	10
	Ж	21	18	25	15	18
5-17	Всего	95	88	62	66	56
	М	34	42	26	34	23
	Ж	61	46	36	32	33
	М	65	74	52	51	40
	Д	99	75	71	57	52

Таблица 2

Структура новых случаев туберкулеза у заболевших детей в Костанайской области. в 2005-2009гг.(абс./%)

Клиническая форма, кол-во чел./%	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
1	2	3	4	5	6
1. ПТК	30	24	25	20	18
	43,4	39,3	40,9	47,6	50
2. ТВГЛУ	22	22	25	21	12
	31,8	36	40,9	50	33,3
3. Очаговый	-	-	1	-	-
	-	-	1,63	-	-
4. Инфильтративный	1	3	-	2	2
	1,4	4,9	-	7	5,55
5. Казеозная пневмония	-	-	-	-	-
6. Фиброзно-кавернозный ТБ	-	-	-	-	-
7. Туберкулезный плеврит	8	7	2	1	1
	11,6	11,47	3,27	2,38	2,77
8. Туберкулезный менингит	1	1	1	-	-
	1,4	1,63	1,63	-	-
9. Туберкулез костей, суставов	2	1	1	-	-
	2,89	1,63	1,63	-	-
10. Туберкулез МПС	-	-	-	-	-
11. ТПЛУ	1	2	5	-	2
	1,4	3,27	8,2	-	5,55
12. Рецидив БК (-)	1	-	2	3	2
	1,4	-			
13. Рецидив БК (+)	-	-	-	1	-
14. Диссеминированный ТБ	-	1	-	-	-

	-	1,63	-	-	-
15.Туберкулома	3	-	1	-	-
	4,34	-	1,63	-	-
16. милиарный	-	-	-	-	1
	-	-	-	-	2,77
из них: в % Де-структивный	5,78	4,9	4,9	4,76	2,77
мальчики	1,44	1,62	1,62	-	-
девочки	4,34	3,27	3,27	4,76	2,77
Бациллярный	8,69	6,55	8,19	4,76	8,33
мальчики	1,44	-	1,64	-	-
девочки	7,25	6,55	6,55	4,76	8,33

Таблица 3

Структура новых случаев туберкулеза среди подростков Костанайской области за 2005-2009 гг.
Клиническая форма,

кол-во чел./%	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
1	2	3	4	5	6
1. Первичный туберкулезный комплекс	31	40	20	30	37
	32,6	45,4	32,25	45,45	66
2. ТВГЛУ	2	1	1	4	-
	2,1	1,13	1,61	6,06	-
3. Очаговый	13	12	8	9	5
	13,6	13,6	12,9	13,63	8,9
4. Инфильтративный	40	30	26	15	12
	42,1	34,0	41,9	22,7	21,4
5. Казеозная пневмония	-	-	-	-	-
6. Фиброзно-кавернозный ТБ	-	-	-	-	-
7. Туберкулезный плеврит	2	4	1	4	1
	2,1	4,54	1,61	6,06	1,78
8. Туберкулезный менингит	-	-	-	-	-
9. Туберкулез костей, суставов	-	-	2	-	-
	-	-	3,22	-	-
10. Туберкулез МПС	3	-	1	-	-
	3,15	-	1,61	-	-
11. ТПЛУ	1	-	2	2	-
	1,05	-	3,22	3,03	-
12. Диссеминированный	-	-	-	-	-

13. Туберкулома	2	-	1	2	1
	2,1	-	1,61	3,03	1,78
14. Туберкулез прочих органов	1	1	-	-	-
	1,05	1,13	-	-	-
из них: %					
Деструктивный	18	9	-	-	11
		10,21			19,6
мальчики	-	3	1	2	5
	-	3,4			8,9
девочки	-	6	4	5	6
	-	6,81			10,7
Бациллярный	23	18	14	-	16
		20,45			28
мальчики		8	7	6	5
		9,09			8,9
девочки		10	7	9	11
		11,36			19,6
Рецидив БК (+) мальчики	4	-	2	1	-
девочки	1	1	3	1	-
Рецидив БК (-) мальчики	-	-	-	-	-
девочки	-	-	-	-	-
Всего мальчики	34	42	26	34	23
девочки	61	46	36	32	33

Наибольшая детская заболеваемость - среди возрастной категории 8-14 лет, когда иммунитет после вакцинации снижается, и в подростковом периоде 15-17 лет, так как отменена вторая ревакцинация.

Настораживает тот факт, что неуклонно растет среди детей заболеваемость девочек и большее количество среди них бациллярных и деструктивных форм. Среди подростков в области также растет заболеваемость девушек и большее количество среди них бациллярных и деструктивных форм.

В таблице №2 приведена структура клинических форм у впервые заболевших туберкулезом детей в 2005 - 2009 г.г. и отмечаются высокие цифры заболеваемости первичным туберкулезным комплексом, а не туберкулезом внутригрудных лимфоузлов.

Ежегодно среди детей регистрируются случаи рецидивов без бактериовыделения (в 2005-1 случай, в 2007г. – 2, в 2008- 3 случая, в 2009- 2 случая, а в 2008 – 1 случай рецидива).

Среди подростков рецидивы с бактериовыде-

лением: в 2005г.- 5 человек, в 2006г. – 1, в 2007г. – 5, в 2008г. – 2.

Показатель «виража» туб. проб у детей не имеет тенденции к снижению - в 2006 г. он составил 3,35 %, а в 2009г.- 3,65 %. В области % гиперергических реакций, часто сигнализирующих о наличии латентно текущего туберкулеза у детей, не только не имеет тенденции к снижению, а, наоборот, растет: В 2007 - 0,39 %, в 2009г. - 0,5 %. Данные показатели объясняются только отсутствием протективного действия вакцины БЦЖ из-за отсутствия второй ревакцинации.

Приведенные таблицы по детской и подростковой заболеваемости свидетельствуют об ухудшении структуры новых случаев как в детском, так и в подростковом возрасте: мало туберкулеза внутригрудных лимфоузлов у детей, у подростков же преобладает инфильтративная форма. В возрасте от 8-14 лет и старше преимущественно заболевают лица женского пола и преобладание среди них деструктивных и бациллярных форм.

В 2000-2009 гг. по всей республике, в том числе и в области, отмечается рост охвата вакцинацией БЦЖ до 98 - 100 % за счет сужения противопоказаний к вакцинации. Осложнения остаются на одном уровне: в 2005г. -20, 2006г.-15, 2007г.-16 случаев по области.

Уменьшение детской заболеваемости по области в 3 раза объясняется такими причинами, как увеличение охвата детей вакцинацией БЦЖ, введением практики осмотра фтизиатрами детей в детских поликлиниках после постановки реакции Манту, интерпретация результата Манту непосредственно фтизиатрами в детских коллективах в период ревакцинации.

Но этих мер недостаточно, так как идет невыявление детей с первичным инфицированием, что приводит к появлению бациллярных и деструктивных форм.

Причиной является уменьшение охвата туберкулинодиагностикой, если ранее туберкулинодиагностика проводилась всем детям до 15 лет, то сейчас - только в группах риска, и это составляет не более 60-65%, кроме того, однократная ревакцинация не защитит детей и подростков, так как мы знаем, что защитное действие вакцины БЦЖ длится от 4 до 7 лет.

Учитывая положительный опыт в Свердловской области по внедрению 3-кратной ревакцинации в строго фиксированных возрастах: 5 лет, 10 лет, 15 лет, с учетом существующей эпидемической ситуации в республике, считаю необходимым:

1- 100% охват детского и подросткового населения до 18 лет туберкулинодиагностикой, причем для подростков при планировании пробы Манту и ежегодного флюорообследования должен учитываться интервал 6 месяцев между ними. Ввести химиопрофилактику подростков с выражом и впервые возникшей гиперергической реакцией Манту.

2- Внедрение трехкратной ревакцинации в строго фиксированных возрастах: 5 лет, 10 лет, 15 лет. Допуск к ревакцинации детей не только с отрицательной, но и с сомнительной р. Манту. Ограничить допрививание детей и подростков после вакцинации и ревакцинации БЦЖ одним годом, чтобы между последней прививкой и следующей в строго декретированном возрасте прошло не менее 4 лет.

3- Обратить особое внимание на довакцинацию детей и подростков из очагов тубконтакта.

4- Усилить подростковую службу, придать ей статус участковой службы в противотуберкулезных

диспансерах.

Затраты на проведение этих мер значительно ниже, нежели лечение подрастающего поколения Республики от деструктивных и бациллярных форм, а также от туберкулеза с МЛУ. Не говоря уже о таком моральном факторе, как ответственность за будущую нацию.

РЕЗЮМЕ

Наибольшая заболеваемость среди детей в возрасте от 8 до 14 лет, ухудшение структуры случаев туберкулеза (уменьшение малых форм), риск первичного инфицирования и уровень гиперергических реакций Манту не имеет тенденции к снижению. В подростковом возрасте нет принципиального снижения заболеваемости, нет снижения количества деструктивных и бациллярных форм. Большая заболеваемость лиц женского пола. Все это объясняется, помимо других как объективных, так и субъективных причин, тем, что идет невыявление детей с первичным инфицированием, так как нет 100 % охвата туберкулинодиагностикой, отсутствием защитного действия вакцины БЦЖ (так как отменена вторая ревакцинация), менее частым профосмотром девушек (мальчики лучше охвачены медицинскими осмотрами по линии военкомата). Доказанным и единственным эффективным профилактическим средством в борьбе с туберкулезом является вакцинация и ревакцинация БЦЖ. Последовательная и настойчивая работа в этом плане принесет свои плоды.

ТҰЖЫРЫМ

8-ден 14 жасқа дейінгі балалар арасында ең жоғарғы науқастылық, туберкулез жағдайлар құрылымының нашарлауы (аз түрінің азаюы), алғашқы жұқтыру қауіпі және Манту реакциясының гиперерлік деңгейі төмендейтін үрдісі көрінбейді. Жасөспірім жаста науқастылықтың нақты төмендеуі жоқ, деструктивті және бациллярлы түрлері санының төмендеуі жоқ. Науқастылық әйелдер арасында жоғары деңгейде. Бұлардың бәрі объективті және субъективті себептерден басқа, балаларды туберкулез диагностикасымен 100% қамту болмағандықтан, алғашқы жұқтыру түгел анықтала бермейтіндігімен, БЦЖ вакцинасымен қорғаныс әрекетінің жоқтығымен (себебі екінші ревакцинация алып тасталған) қыз балаларды алдын-ала қараудың сиретілуімен (ұл балалар әскери комиссариат жағынан медициналық қаралумен жақсы қамтылған) түсіндіріледі. Туберкулезге қарсы күресте дәлелденген және тиімді

профилактикалық (алдын алу) құралының бірі БЦЖ вакцинациясы және ревакцинациясы болып табылады. Осы жоспардағы жүйелі және табанды жұмыс өз жемістерін әкеледі.

SUMMARY

The highest incidence among children aged 8 to 14 years, the deterioration of the structure of TB cases (a decrease of small forms), the risk of primary infection and the level of hyperergic Mantoux test has no tendency to decrease. In adolescence, there is no principal reduction of morbidity, there is no reduction in the number of destructive and bacillary forms. Larger incidence is among female. All this is explained, besides other both objective and subjective reasons, by the fact that children with primary infection are

not detected in full as there is no 100% coverage by tuberculin diagnostics, lack of protective action of BCG vaccine (by reason of the second revaccination repeal), reduction of prophylactic medical examinations of girls (boys are better covered by medical examinations under the military registration and enlistment office). Contested and the only effective prophylactic tool in fight against tuberculosis is BCG vaccination and revaccination. Continuous and persistent efforts in this regard will be fruitful.

Литература

1. Миллер Ф.Дж.У.. Туберкулез у детей / (пер. с англ.). М., 1984.
2. Нечаева О.Б., Аренский И.А. // Пробл. туб.. 2001 г. 13. С. 13-14.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ВЛИЯЮЩИХ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ ДЕТЕЙ

Оспанова Б.М.

Одним из главных направлений в системе противотуберкулезных мероприятий в современных условиях является снижение заболеваемости туберкулезом среди детей.

Несмотря на широкое внедрение в практику методов санитарной и специфической профилактики туберкулеза, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу среди детского населения остается достаточно напряженной.

Главной причиной заболевания туберкулезом у детей является воздействие на их организм ряда неблагоприятных факторов риска. При этом в материалах многих авторов ведущими факторами были названы социальные, включающие неблагоприятные материально – бытовые условия, неквалифицированный труд родителей, проживание детей в социально дезадаптированных семьях; эпидемиологические факторы – туберкулезный контакт в семье, рост инфицированности среди детей; медико – биологические факторы – хронические и острые заболевания у детей, ослабляющие иммунную систему организма.

Целью исследования было определение факторов риска, влияющих на заболеваемость среди

детей.

Материалы и методы

В работе использованы данные материалов фтизиопедиатрического участка г. Талдыкорган за последние 3 года. Изучено течение туберкулеза у 34 детей от 1 до 14 лет, находящихся на диспансерном учете в ОПТД.

Результаты и их обсуждение

Было установлено, что среди контингента больных туберкулезом детей в 84% случаев имелись факторы риска. Причем оказалось, что каждый больной имел не один отрицательный фактор, а несколько.

Наибольший удельный вес составляет среди исследуемых эпидемиологический фактор, а именно рост инфицированности среди детского населения, напрямую зависящей от заболеваемости среди взрослого населения, и туберкулезный контакт.

Наиболее уязвимой группой по заболеванию туберкулеза являются инфицированные дети.

Из общего числа заболевших детей выявлено пробой Манту 2ТЕ 27 случаев - 79,4% (из них 18 случаев с виражом туберкулиновой пробы, 5 случаев с гиперергией, 4 случая давно инфицированные).

В системе противотуберкулезных мероприятий одним из главных направлений считается выявление туберкулеза, основанное на исследовании детей из группы риска. В республике с 1995 года туберкулинодиагностика осуществляется у детей дифференцированно только в группе риска.

Формирование контингентов, угрожаемых по инфицированию, также проводится с учетом социальных, эпидемиологических и медико-биологических факторов. Выявляемость туберкулинодиагностикой характеризует более качественный осмотр детей из группы «риска». Из числа исследуемых 19,6% выявлены по обращаемости, они не были охвачены туберкулинодиагностикой. Поэтому необходимо врачам общей лечебной сети подходить более правильно к формированию групп риска.

Среди эпидемиологических факторов немаловажную роль в развитии заболевания туберкулезом имеет тесный контакт в семье. Опасность для детей представляют члены семьи, больные активной формой туберкулеза. Из числа исследуемых больных было выявлено из контакта 3 случая - 8,8%.

При анализе социальных факторов наличие неблагополучных материально-бытовых условий отмечается у большинство детей, а именно у 20 больных - 58,8%. У 14 больных в семье один из родителей не работает или занимается неквалифицированным трудом, что усугубляет тяжелое материальное положение семьи. Четверо больных были из неполных семей, 2 больных жили в дезадаптированных семьях, где родители злоупотребляли алкоголем и вели асоциальный образ жизни.

Одним из отягощающих факторов риска, влияющих на заболеваемость детей туберкулезом, является наличие сопутствующих заболеваний, влияющих на снижение иммунитета в организме.

По нашим данным, отклонение в состоянии здоровья имели 9 больных - 26,4% (у 5 больных - частые простудные заболевания, у 3 больных анемия, у 1 больного - хронический пиелонефрит).

Структура выявленных клинических форм туберкулеза у детей за последние 3 года следующая:

- Туберкулез внутригрудных лимфоузлов - 14
- Первичный туберкулезный комплекс - 10
- Инфильтративный плеврит - 3
- Туберкулез почек - 1

Среди клинических форм на первом месте ТВГЛУ-4,1%, на втором месте ПТК-29,4%.

Из числа заболевших наибольший процент приходится на возрастную группу от 8 до 14 лет, что

соответствует периоду угасания постпрививочного иммунитета, а также уменьшению числа повторно вакцинированных БЦЖ. Установлено, что туберкулезом несколько чаще заболевали мальчики - 19 случаев - 55,8%, девочки 15 случаев - 44,1%.

При проведении микробиологического обследования у детей бактериовыделение не установлено. Были пролечены по 1 категории 26 детей, по 3 категории 8 детей, и по 4 категории 1 ребенок из контакта с больной МЛУ ТБ мамой. Трех больным с осложненным течением интенсивная фаза продлена до 4-х месяцев. У всех пролеченных детей достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика процесса (исчезли симптомы интоксикации, рентгенологически отмечалось рассасывание инфильтрации, уменьшение и уплотнение внутригрудных лимфоузлов).

Выводы

В современной социально-эпидемиологической ситуации проблема туберкулеза среди детей остается актуальной.

В развитии туберкулеза у детей большую роль играют: социальный статус семьи, инфицированность у детей, наличие контакта с больным туберкулезом, сопутствующая патология.

Основным методом выявления туберкулеза у детей остается туберкулинодиагностика, проведение которой позволяет вовремя выявить случаи заболевания туберкулезом.

Туберкулез у детей в современных условиях характеризуется наличием первичных форм туберкулеза, при этом чаще диагностируется туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (41,1%).

В результате комплексного лечения, включающего специфическую терапию согласно международным стандартам, наблюдаются положительная динамика процесса и благоприятные исходы.

В условиях напряженной эпидемиологической ситуации по туберкулезу необходимо акцентировать внимание на группы риска по инфицированию и заболеванию туберкулезом, это лица из очагов туберкулезной инфекции и социальных групп риска (малообеспеченные семьи с низким доходом, неудовлетворительными жилищными условиями, неполные семьи и т.д.).

РЕЗЮМЕ

Изучение течения туберкулеза у детей показало, что в развитии туберкулеза большую роль играют

многочисленные факторы. При сложившейся эпидемиологической ситуации количество инфицированных детей, заболевших туберкулезом, составляет большой процент, являясь большим резервуаром туберкулеза среди населения. На заболеваемость также влияет туберкулезный контакт. Основным методом выявления туберкулеза у детей остается метод туберкулинодиагностики. Социальный фактор: большое влияние на заболеваемость среди детей оказывают материально-бытовые условия, питание и жилищные условия. Медико-биологический фактор: наличие сопутствующих заболеваний, снижающих иммунитет организма.

ТҰЖЫРЫМ

Туберкулездің эпидемиалық жағдайы әлі де күрделі қалыпты болып отырғанына байланысты, туберкулез таяқшыларың жуқтырған балалардың арасында аурып қалу қаупі және ауру санының үлесі жоғары. Сондықтан да балалар арасында туберкулезді анықтаудың негізі әдісі туберкулинодиагностика болып қала береді. Жанұяның әлеуметтік жағдайы: әке шешелерінің жұмыссыздығы, тұрмыстарының төмендігі, үй ішіндегі тазалық сақталмауы, уақытында және дұрыс тамақтанбауы т.б. Медико биологиялық факторлар: балалардың жалпы денсаулығының төмендеуі қосымша патологиялар туберкулез ауырлармен тығыз қатынасты болуы.

SUMMARY

Study of TB course in children demonstrated

that in TB disease development the significant role belongs to the factors as following. In the current epidemiological situation percentage of children infected with TB constituted the great pool of TB among population. Also TB contact influences on TB incidence. The principal method of TB detection among children is the tuberculin diagnostics. The social factor in term of nutrition, financial and living conditions impacts significantly on TB incidence among children. Medical and biological factor: that is the presence of concurrent diseases decreasing the human immunity. Tudy of flow of tuberculosis in children has shown that in the development of tuberculosis play an important role. Epidemiological situation, the number of children infected with tuberculosis is a high percentage, meaning there is a large reservoir of tuberculosis among the population. On the incidence of TB also affects the contact. The main method of detection of tuberculosis in children remains the method of tuberculin. Social factor: the importance of the morbidity among children are material and living conditions, nutrition and living conditions. Biological factors: the presence of concomitant diseases affecting the decrease in immunity.

Литература

1. Митинская Л.А. //Пробл.туб. -2003.-№6.-С27-29.
2. Перельман М.Т. //Фтизиопульмонология.-2002.-№1.-С.7-8.

ИНФИЦИРОВАННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ИЗ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ И С СОХРАНЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ

Серикбаева К.С., Аленова А.Х., Кастыкпаева Л.В., Бекембаева Г.С.,

Латанова Х.Е., Нургалиева А.К., Бутимбаева Г.М.

Национальный центр проблем туберкулеза, г. Алматы

Алматинский региональный противотуберкулезный диспансер, г. Талгар

Вопросы инфицированности и заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков остаются одними из важных проблем фтизиопедиатрии. Проблема роста инфицированности и заболеваемости туберкулезом детей и подростков из тесного семейного

контакта достаточно широко освещена в литературе. Авторы показывают, что инфицированность и заболеваемость туберкулезом среди детей из очагов туберкулезной инфекции выше, чем у детей, у которых не установлен источник заражения.

Изучение особенностей наблюдения за контактными детьми и подростками, поиск путей повышения эффективности профилактики в очагах туберкулезной инфекции остаются актуальной проблемой.

Материалы и методы исследования

Проанализированы анкеты на 166 очагов туберкулезной инфекции и 209 контактных детей и 57 подростков, состоящих на диспансерном учете в противотуберкулезных диспансерах г. Алматы, г. Каскелен и г. Талгар за 2007-2010 гг.

Результаты и их обсуждение

Нами изучено 166 очагов туберкулеза с множественной устойчивостью (МЛУ ТБ) и с сохраненной чувствительностью, где в общей сложности проживало 209 контактных детей и 57 подростков, которые были разделены на две группы:

Первую группу (основную) составили 114 детей и 34 подростка из 94 очагов туберкулезной инфекции МЛУ ТБ. Вторую группу (контрольную) составили 95 детей и 23 подростка из 72 очагов туберкулезной инфекции с сохраненной лекарственной чувствительностью.

При изучении материально-бытовых условий, в которых проживали контактные дети и подростки из очагов МЛУ ТБ, было установлено, что в 101 (68,2%) случаев они проживали в неудовлетворительных условиях, а 26 (17,6) детей и подростков из этой группы соответственно жили в удовлетворительных условиях. Контактные дети и подростки из очагов туберкулезной инфекции с сохраненной чувствительностью проживали в удовлетворительных условиях в 100 (84,7%) случаях и 18 (15,3%) из них жили в неудовлетворительных условиях,

Социальное неблагополучие семьи у контактных детей и подростков из очагов туберкулезной инфекции МЛУ ТБ характеризовалось отсутствием стабильного дохода и постоянного места жительства, а также миграцией, наличием асоциальных наклонностей (алкоголизм, наркомания) у родителей.

По социальному статусу в очагах МЛУ преобладали малоимущие семьи (41,2%) ($p \leq 0,05$) случаев, а 37,2% контактных детей и подростков были из семей мигрантов. В очагах с сохраненной чувствительностью в 17,8% случаев семьи были малоимущими.

Все контактные дети и подростки обеих групп были вакцинированы, и у них в большинстве имелись поствакцинальные рубцы БЦЖ - 98,6% и 96,6% соответственно.

Ретроспективный анализ результатов туберку-

линодиагностики показал, что проба Манту до выявления очага туберкулезной инфекции МЛУ ТБ была сделана 138 (93,2%) контактными детям и подросткам, в 10 (6,8%) случаях контактные не подлежали туберкулинодиагностике, т.к. не состояли в группе «риска». Из очагов туберкулеза с сохраненной чувствительностью проба Манту была проведена в 98 (83,1%) случаях, 19 (16,1%) детей и подростков данной группы также не подлежали туберкулинодиагностике.

Положительный результат реакции Манту наблюдался в 49 (35,5%) случаях у детей и подростков из основной группы и в 14 (14,3%) случаях у контактных из контрольной группы. У детей и подростков из обеих групп отрицательный результат зафиксирован в 82 (59,4%) и в 89 (64,5%) случаях соответственно. Первичное инфицирование (вираж) наступило у 45 (32,6%) контактных из I-ой группы и 13 (13,3%) детей из II группы ($p \leq 0,05$). Гиперергическая реакция наблюдалась у 2 (1,4%) подростков только из очага МЛУ ТБ. Двое детей - 1,4% из I группы и один ребенок - 1,0% из II группы были давно инфицированы.

Таким образом, до выявления источника заболевания 35,5% детей и подростков из очага туберкулезной инфекции МЛУ и 14,3% контактных детей и подростков с больными с сохраненной чувствительностью уже были инфицированы микобактериями туберкулеза.

При взятии на учет по контакту на момент выявления очага туберкулезной инфекции с МЛУ ТБ и ТБ с сохраненной чувствительностью всем контактным детям и подросткам в 100,0% проведена проба Манту 2ТЕ.

К моменту первичного обследования положительная реакция Манту отмечена у 117 (79,0%) детей и подростков из очага туберкулезной инфекции с МЛУ ТБ и у 79 (66,9%) детей и подростков из очага туберкулезной инфекции ТБ с сохраненной чувствительностью. Отрицательная проба в обеих группах наблюдалась у 25 (16,9%) и у 39 (33,1%) контактных соответственно.

Вираж наступил у 68 (45,9%) среди контактных детей и подростков из очага МЛУ и у 65 (55,1%) из очага с сохраненной чувствительностью. У 16 (10,8%) и 4 (3,4%) детей соответственно отмечена гиперергическая реакция, что оказалось достоверно ниже ($p \leq 0,05$). У 2 (1,4%) и 4 (2,7%) детей и подростков из основной группы отмечены поствакцинальная аллергия и сомнительная реакция пробы Манту соответственно.

Нами установлено влияние МЛУ ТБ и ТБ с сохраненной чувствительностью у взрослых больных на частоту инфицирования контактных детей и подростков. Так, при первичном обследовании контактных на момент выявления очага туберкулезной инфекции число инфицированных в очагах с МЛУ ТБ составило 117 (79,0%) против 49 (35,5%) детей и подростков, инфицированных микобактериями туберкулеза до выявления туберкулезного очага, а в очагах с сохраненной чувствительностью выявлено 79 (66,9%) инфицированных детей и подростков против 14 (14,3%) соответственно. Первичное инфицирование выявлено у 68 (45,9%) против 45 (32,6%) детей и подростков в очагах с МЛУ ТБ и в очагах с сохраненной чувствительностью - у 65 (55,1%) против 13 (13,3%) Уровень инфицированности достоверно выше ($p \leq 0,05$) в очагах с МЛУ ТБ. Также следует отметить, что у контактных детей и подростков с больными лекарственно-устойчивым туберкулезом чаще отмечалась гиперергическая реакция на туберкулин (16-10,8%), чем у контактных с больными с сохраненной чувствительностью (4-3,4%).

При изучении видов контакта у данного контингента было выявлено, что превалировал семейный контакт в 85,8% и 81,4% случаев соответственно. В контакте с больными родителями с одинаковой частотой находились 63,5% детей и подростков I группы и 63,6% случаев - II группы. Реже отмечен родственник контакт, который составил 4,7% наблюдаемых детей и подростков в основной группе и 14,4% - в контрольной группе, множественный контакт отмечен в $7,4 \pm 4,2\%$ и $0,8\%$ ($p \leq 0,01$) случаев в обеих группах соответственно. Изучение сроков давности контакта показал, что срок контакта с больным МЛУ ТБ (51,4%) и ТБ с сохраненной чувствительностью (52,5%) не превышал 6 месяцев, более длительный контакт сроком 3-4 года выявлен у 8,7% контактных детей и подростков из очагов с множественной лекарственной устойчивостью.

Среди мероприятий по оздоровлению семейного очага, кроме специфической профилактики, велико значение своевременной изоляции детей и подростков как в очагах МЛУ, так и с сохраненной чувствительностью в учреждения санаторного типа. Контакт был разобщен в 100,0% случаев, так как больные с МЛУ и с сохраненной чувствительностью госпитализировались сразу после установления диагноза в специализированные стационары.

Контролируемое химиофилактическое лечение получили в 99,2% и 98,7% случаев инфицированные дети и подростки обеих групп.

В очагах инфекции МЛУ в 1,2 раза выше процент заболевших туберкулезом детей и подростков (12,2%) по сравнению с очагами с сохраненной чувствительностью (1,7%).

Туберкулез легких выявлен при первичном обследовании у 8 (7,0%) контактных детей и 12 (12,8%) подростков, из них из очагов туберкулезной инфекции с МЛУ заболели 6 (75,0%) детей и 12 (100,0%) подростков и 2 (2,1%) ребенка заболели из II - контрольной группы. Все они проживали в социально-неблагополучных очагах. Заболевание развилось у 2 (1,8%) давно инфицированных детей, у 4 (3,5%) ($p \leq 0,05$) - с первичной инфицированностью. Заболевание у 8 (8,5%) подростков выявлено на фоне гиперергической реакции и у двоих (2,1%) на фоне первичного инфицирования. У детей, заболевших туберкулезом из очага туберкулезной инфекции с сохраненной чувствительностью в 100,0% случаях наблюдалось первичное инфицирование.

Выводы:

1. Установлено влияние МЛУ ТБ и ТБ с сохраненной чувствительностью у взрослых больных на частоту инфицирования контактных детей и подростков.
2. Дети и подростки из очагов с МЛУ ТБ в основном (68,2%) проживали в неудовлетворительных условиях.
3. Большинство детей и подростков из очагов МЛУ и с сохраненной чувствительностью МБТ в преимущественном большинстве случаев имели тесный семейный контакт (85,8% и 81,4% соответственно).
5. В очагах инфекции с МЛУ в 1,2 раза выше процент заболевших туберкулезом детей и подростков (12,2%) по сравнению с очагами с сохраненной чувствительностью (1,7%).

РЕЗЮМЕ

В данной статье приведены показатели инфицированности и заболеваемости 114 детей и 34 подростка из 94 очагов туберкулезной инфекции с МЛУ ТБ и 95 детей и 23 подростка из 72 очагов туберкулеза с сохраненной чувствительностью. Удельный вес заболевания контактных детей и подростков в очагах инфекции с МЛУ в 1,2 раза выше по сравнению с заболевшими детьми и подростками из очагов ТБ с сохраненной чувствительностью.

ТҰЖЫРЫМ

Берілгені мақалада 94 туберкулезді (МЛУ ТБ) ин-

фекция ошағынан 114 бала және 34 жасөспірімнің және сақталған сезімталдықпен 72 туберкулез ошақыған 95 бала және 23 жасөспірімнің ауруды жұқтырғандығы және аурушылдығы жайлы көрсеткіштер келтірілген. МЛУ инфекция ошағындағы қатнастығы балалар мен жасөспірімдердің аурушылдығының салыстырмалы салмағы, ТБ-дің сақталған сезімталдығы ошағында (ауырған) науқастаған балалар сонымен салыстырғанда 1,2 жоғары.

SUMMARY

In this paper there are given the indicators of TB infection and TB incidence of 114 children and 34 adolescents from 94 sources of infection with MDR and 95 children and 23 adolescents from sources with sensitivity kept. Percentage of TB disease developments among contact children and adolescents from sources with MDR was by 1.2 times than from sources with sensitivity kept.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Скребцов Б.А., Култасова С.С., Шегелов Д.К., Сулейманова Ж.Д., Жолдыбекова З.Е., Усивалиева С.Ж.

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия. ЮКО ПТД, Областной специализированный МСЭК №14, г. Шымкент.

Инфицированность и заболеваемость детей являются объективными показателями эпидемиологической ситуации по туберкулезу в регионе. Задачи профилактики, своевременного выявления и лечения туберкулеза у детей в условиях напряженной эпидемиологической обстановки имеют важное значение, так как качество этой работы в современных условиях будет определять резервуар туберкулезной инфекции в будущем [1].

Целью исследования явилось изучение динамики заболеваемости, ее патоморфоза, возрастной структуры, выяснение особенностей инфицированности и своевременности выявления туберкулеза у

детей Южно-Казахстанской области.

Материалы и методы

Необходимые данные были получены при анализе статистических отчетов (ф.№089/у, ТБ-07, ТБ-08, ф.8-здрав и ф.33-здрав), сведений о лицах с виражом и гиперергическими туберкулиновыми пробами, о структуре выявляемого туберкулеза Шымкентского областного противотуберкулезного диспансера за 2005-2009г.

Результаты и их обсуждение

Динамика заболеваемости детей туберкулезом в интенсивных показателях и уровня инфицированности представлена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика заболеваемости и уровень инфицированности туберкулезом.

Показатели	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Заболеваемость	23,6	17,3	17,2	13,5	12,3
Темпы снижения		<26,7	<0,6	<21,5	<8,9
Вираз (%)	2,0	2,4	1,8	1,9	2,8
Гиперергия (%)	0,5	0,5	0,4	0,3	0,4

Из таблицы 1 следует, что заболеваемость туберкулезом сократилась с 23,6 на 100 тыс.нас. в 2005г. до 12,3 в 2009г., почти в 2 раза. Среднегодовые темпы снижения заболеваемости выражены и составили 11,5%. Вместе с тем, первичная инфицированность детей микобактериями туберкулеза (вираз туберкулиновых проб) возросла с 2% до

2,8%, а удельный вес гиперергических реакций на туберкулин (предтуберкулез) уменьшился с 0,5% до 0,4%, всего на 0,1%.

Для оценки степени распространенности туберкулезной инфекции среди населения и в качестве критерия искоренения туберкулеза эксперты ВОЗ предложили считать ежегодный риск первич-

ного инфицирования детей в возрасте до 14 лет -0,05% [2]. Среднегодовой показатель первичного инфицирования за анализируемый период в области составил 2,2% или в 44 раза выше целевого показателя, рекомендованного ВОЗ.

Данные таблицы 1 указывают на диспропорцию между низкими показателями заболеваемости детей туберкулезом и высоким уровнем первичного инфицирования, и особенно она выражена в 2009г.

При изучении территориальных показателей диспропорция между уровнем заболеваемости и уровнем инфицированности в разрезе районов области носит различный характер. Так, при областном показателе заболеваемости 12,3 в Байдибекском и Шардаринском районах она значительно выше -22,0 и 36,6, соответственно и регистрируется на фоне более низких цифрах выража -2,1% и 2,9% соответственно. В Ордабасинском районе характер диспропорции диаметрально противоположный, при показателе заболеваемости ниже областного (9,8%), уровень выража значительно выше (5,3%).

Отмеченные оба варианта диспропорции между показателями заболеваемости и уровнем инфицированности в указанные годы указывают на несовершенство сегодняшней системы раннего выявления туберкулеза. Установлено, что с помощью туберкулиновых проб - основного метода диагностики, туберкулез у детей в эти годы диагностировался в среднем у 42,6% новых случаев, так как детям тубдиагностика делается только среди обязательных плановых возрастов (6-7 лет и 11-12 лет) и не проводится в остальных возрастных группах. Наши данные подтверждают выводы других авторов о том, что имеется настоятельная необходимость восстановления сплошной туберкулинодиагностики среди детского населения, как это было ранее, хотя бы до значительного улучшения эпидемиологической обстановки по туберкулезу [3].

Несмотря на имеющееся сокращение заболеваемости за последние 5 лет, не отмечается одновременного улучшения патоморфоза выявляемого туберкулеза (таблица 2).

Таблица 2

Изменения в клинической структуре впервые диагностированного туберкулеза органов дыхания у детей (%).

Клинические формы туберкулеза	Годы				
	2005	2006	2007	2008	2009
Первичный тубком-плекс	2,5	1,7	0,9	3,9	7,7
Туберкулез внутри-грудных л/узлов	72,3	68,4	73,0	50,9	40,1
Диссеминированная	1,9	-	-	1,0	1,1
Милиарная	-	-	-	-	-
Очаговая	1,9	0,9	0,9	1,	1,1
Инфильтративная	5,7	17,0	14,8	20,7	26,7
Итого все формы	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
В т.ч. CV	5,5	7,7	9,6	7,8	9,6
МБТ+	4,4	6,8	6,1	5,9	8,2

Из таблицы 2 видно, что происходит утяжеление клинических форм выявляемого туберкулеза. Отмечается рост удельного веса первичного туберкулезного комплекса – локальной, менее курательной формы с 2,5% до 7,7%. Возросли случаи инфильтративного туберкулеза легких с 5,7% до 26,7%, или в 4,6 раза. Инфильтративный туберкулез –эпидемиологически опасная форма, и в 60% случаев заболевание характеризуется ярко выраженными клиническими проявлениями и быстрым развитием полостей распада.

Приведенные данные характеризуют тяжесть патоморфоза у первичных больных из-за поздней его диагностики. Эта неблагоприятная тенденция подтверждается случаями выхода детей на инвалидность вследствие туберкулеза. В 2009 году удельный вес детей инвалидов к среднему количеству больных активными формами туберкулеза (75) составлял 20% (15).

Возрастная структура заболеваемости туберкулезом детей прослежена с 1998 . по 2009 г. (таблица 3).

Таблица 3

Распределение больных по возрастному составу

Пятилетие	Возраст, годы							
	0-4		5-7		8-14		всего	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
1998-2002	154	18,9	213	26,1	449	55,0	816	100,0
2005-2009	151	24,3	132	21,2	337	54,3	620	100,0

Данные таблицы 3 свидетельствуют, что за последние 12 лет удельный вес возрастной группы 8-14 лет практически одинаков и составлял 55-54,3% от общего числа заболевших. Отмечен рост доли детей в младшей возрастной группе (0-4 года) с 18,9% до 24,3%. Перемещение случаев первичного туберкулеза на более младшие возрастные группы характерно для тяжелой эпидситуации по туберкулезу и свидетельствует о наличии среди взрослого населения большого числа неизвестных источников туберкулезной инфекции. Ранний детский возраст (0-4 года) в современных условиях остается самым уязвимым и трудным для диагностики, что необходимо учитывать при планировании мероприятий по интенсификации противотуберкулезной работы. В 2009г. у 98,8% заболевших детей туберкулез был выявлен при неизвестных контактах.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается неблагоприятной за счет увеличения больных с лекарственно-устойчивыми формами с 6 детей в 2005 г. до 10 в 2009г.

Проведенный анализ показал, что снижение заболеваемости туберкулеза у детей в современных условиях не свидетельствует в полной мере об улучшении эпидемиологической ситуации, что требует изучения показателя заболеваемости наряду с анализом взаимосвязи нескольких показателей в динамике [4]. Также необходима дополнительная интенсификация противотуберкулезных мероприятий среди детей в вопросах профилактики, раннего выявления и лечения.

Выводы:

1. Изучение показателя заболеваемости туберкулеза должна обязательно проводится во взаимосвязи с другими показателями, характеризующими

течение туберкулезного процесса в регионе.

2. Необходимо восстановить плановые ежегодные обследования детей с помощью туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ во всех возрастных группах.

3. Необходимы кардинальные меры по улучшению клинической диагностики туберкулеза у детей в общей педиатрической сети.

ТУЖЫРЫМ

Мақалада Өңтүстік Қазақстан облысы бойынша балалар арасындағы туберкулездің негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштеріне сараптама жасалынған. Табылған туберкулез патоморфозының күрделілігі, балалардың залалдануының жоғары деңгейі және туберкулинге гиперергиялық реакцияның жоғары жиілігі анықталған. Бұның өзі балалар арасындағы туберкулезді ерте анықтау жұмыстарының жеткіліксіздігін білдіреді. Ондаған жылдар бойы жүргізіліп келе жатқан және өзін өзі ақтаған балалар арасындағы туберкулезді анықтау әдістерін қайта қалпына келтіру ұсынылып отыр: жоспарлы жүйелі, теріішілік 2 ТБ Манту сынамасы балаларға тек бекітілген жаста ғана емес барлық жасында жасалыну және флюорографиялық тексерулерді 12 жастан бастап еңгізу. Оған қосымша жалпы емдеу саласындағы балалар дәрігерлерінің арасында клиникалық анықтауды жақсарту.

Литература

1. Король О.И., Лозовский М.Э. Туберкулез у детей и подростков // СПб. -2005. -С.-11.
1. Ильина Г.П. // Туберкулез сегодня: Материалы VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. -С.-167-168.
2. Александрова Е.Н., и др. // Туберкулез сегодня: Материалы VII Рос. съезда фтизиатров. – М., 2003. -С.-153.
3. Бекембаева Г.С. и др. // Фтизиопульмонология. -2009, - №1(15)-С. -17-18.

РОЛЬ ФАРМАКОНАДЗОРА В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Степкина Е.Л., Белова Е.С.

ВШОЗ РК, Национальный центр проблем туберкулеза, Алматы

Государство, на конституционном уровне признавая жизнь и здоровье человека в качестве приоритетных объектов охраны, устанавливает различные социальные и правовые механизмы защиты этих благ, в том числе гарантии надлежащего оказания медицинской помощи. Качество медицинской помощи является важнейшим инструментом развития национального здравоохранения Республики Казахстан, а также является одним из наиболее распространенных объектов изучения и обсуждения. В последнее десятилетие качество медицинской помощи изучается, в том числе и с позиций показателя «безопасность для пациентов».

Сегодня мало оказывать медицинскую помощь, необходимо ее оказывать на более качественном уровне. Аспекты совершенствования качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения взаимосвязаны: невозможно улучшить качество медицинских услуг без улучшения клинической эффективности и снижения количества и тяжести побочных эффектов лекарственных препаратов.

Бурное развитие фармакологии в последние десятилетия и появление большого количества новых лекарств не только расширило возможности лечения, но и повысило риск нанесения вреда пациенту. Именно опасность развития тяжелых, подчас необратимых осложнений вследствие лекарственной терапии привлекает внимание практических врачей и пациентов к проблеме безопасности использования лекарственных препаратов.

Учитывая важность и масштаб проблемы лекарственных осложнений, во многих странах в начале 60-х гг. были созданы организации, призванные контролировать безопасность применения лекарственных средств. Толчком к широким исследованиям безопасности лекарств послужила эпидемия лекарственной болезни – «талидомидовая трагедия».

В 1968г. 10 стран из Европы, Северной Америки, а также Австралии договорились объединить все сообщения и сформировать национальный Центр мониторинга использования лекарственных средств в рамках Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), спонсируемого национального проекта мониторинга препаратов. Его основными задачами было выявление частоты наиболее серьезных реакций и

их раннее предупреждение. Международный центр по мониторингу побочных действий лекарственных средств располагается в Швеции в г.Упсала.

В 2005г. на основании Приказа МЗ РК №52 от 14.02.05г. в нашей стране был введен мониторинг побочных действий лекарственных средств. Республика Казахстан с 2006 года является ассоциированным членом Международной программы ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств (г. Упсала, Швеция), а 16 июля 2008 года Казахстан признан 85-ой полноправной страной-участницей Международной программы ВОЗ по мониторингу побочных действий лекарственных средств.

В последние годы совершенствуется нормативная база, регламентирующая деятельность системы здравоохранения в целом и обращения лекарственных средств, в частности. Так, в Кодексе «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК, статья 85 посвящена мониторингу побочных действий лекарственных средств.

По данным ВОЗ, осложнения лекарственной терапии находятся на пятом месте среди причин смертности в мире (после сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, травм, болезней легких).

Побочные реакции различной степени тяжести развиваются у 10-30% госпитализированных, у 40% амбулаторных больных и являются причиной от 6 до 16% случаев госпитализации. В странах ЕС 10-25% бюджета больниц расходуется на лечение осложнений лекарственной терапии.

Фармаконадзор – это государственная система сбора, научной оценки информации о побочных реакциях лекарственных средств при их медицинском применении с целью принятия соответствующих регуляторных мер.

Цели фармаконадзора:

- Раннее обнаружение неизвестных до сих пор реакций и взаимодействий;
- Обнаружение увеличения частоты возникновения (известных) побочных действий лекарственных средств;
- Идентификация факторов риска и возможных механизмов, лежащих в основе побочных дей-

ствий лекарственных средств;

- Оценка количественных аспектов анализа соотношения выгоды и риска, а также распространение информации, необходимой для усовершенствования назначения лекарственных средств и государственного лекарственного регулирования.

Основными задачами фармаконадзора являются: рациональное и безопасное использование ЛС; оценка риска и пользы лекарств на фармацевтическом рынке и информирование о них, а также обучение и информирование пациентов.

Уполномоченным органом по проведению фармаконадзора в Республике Казахстан является Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, который ответственен за своевременное информирование врачей, фармацевтов и пациентов о возможных побочных реакциях лекарственных средств, а также разработку специальных программ по оптимизации безопасного использования лекарств. Это предусматривает, в первую очередь, максимальную активизацию выявления, сбора и анализа информации о побочных действиях лекарственных средств.

По данным Фармакологического центра Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, с мая 2005 года по 01 июля 2009г поступило 1278 карт-сообщений – так называемых «желтых карт». Для Казахстана, где проживает более 15 миллионов человек, данная цифра свидетельствует о низкой активности медицинских и фармацевтических работников по обеспечению фармаконадзора с целью повышения качества фармакотерапии, в том числе и для лечения туберкулезных больных.

Мониторинг побочных действий лекарственных средств может проводиться различными методами, предпочтение какому-либо конкретному из них отдается в зависимости от специфики каждого региона, на территории которого осуществляется контроль, и целей исследования. Наиболее универсальными являются постмаркетинговые клинические исследования, активные мониторинги стационаров и метод спонтанных сообщений. К менее популярным, но не менее результативным относятся рецептурный мониторинг, литературные мета-анализы, анализ единичных описанных в литературе случаев, сравнительные исследования и т.д. У каждого используемого метода есть свои преимущества, заключающиеся в специфике возможностей по выяв-

лению определенного типа побочных реакций.

Основным методом, используемым при проведении фармаконадзора лекарственных средств в Казахстане, является метод спонтанных сообщений, проведение которого заключается в добровольном информировании практическими врачами и фармацевтами о побочном действии лекарственного средства соответствующих структур фармаконадзора.

У метода имеется ряд достоинств, в частности, учитываются любые побочные реакции у всех групп больных, то есть отсутствует рандомизация; предоставляется информация о безопасности всех препаратов, используемых на рынке; учитываются побочные реакции, развивающиеся у госпитализированных и амбулаторных больных как на рецептурные, так и безрецептурные средства, как на новые, так и на старые лекарственные средства; метод не ограничивает сроки изучения; он достаточно прост и сравнительно недорог, однако и не лишен недостатков. К их числу относятся, прежде всего, низкий показатель регистрации побочных реакций: даже в странах с отлаженной системой контроля безопасности лекарств методом спонтанных сообщений выявляется не более 2% от общего числа развивающихся лекарственных осложнений, но и это количество является значительным в масштабах целой страны. Указывается, что значительным недостатком является личное предубеждение сообщающего, однако это легко устраняется при достаточном числе сообщений и использовании статистических методов обработки информации. Наиболее информативным методом спонтанных сообщений является в отношении тяжелых и серьезных побочных реакций, реакций типа А и В.

Постмаркетинговые клинические исследования проводятся, как правило, по инициативе фирм-производителей. Изучение безопасности при их проведении чрезвычайно редко является основной задачей, но, как правило, оценивается в соответствии с требованиями качественной клинической практики (GCP) – стандартами, активно внедряющимися на территории РК и используемыми в большинстве стран мира. Главное достоинство метода – возможность определения частоты встречаемости побочных реакций, однако это возможно только при большом количестве испытуемых и правомерно для лекарственных осложнений, имеющих высокую частоту. Метод лишь эпизодически позволяет выявлять редкие побочные реакции. Так, для выявления реакций, возникающих с частотой 1 случай на 2 тыс.

назначений, необходимо проводить исследование на 15 тыс. пациентов. Метод предполагает строгую рандомизацию пациентов, поэтому не позволяет выявлять группы риска и оценить безопасность применения лекарства у всех категорий больных. Данный метод не предполагает изучения лекарственных взаимодействий за исключением случаев, когда это является основной целью исследования.

Активный мониторинг стационара применяется в форме ретроспективного и перспективного анализа. Данный метод предполагает сбор демографических, социальных и медицинских данных на всех поступающих в стационар пациентов и активное выявление возникающих у них побочных реакций. Это более дорогая методика, требующая привлечения специалиста – клинического фармаколога, время для работы с архивом в том случае, если речь идет о ретроспективном анализе, либо время на работу с лечащими врачами в случае проведения перспективного исследования. Его сильными сторонами является возможность оценить частоту развития лекарственных осложнений, а также зависимость от длительности проведения мониторинга. С помощью активного мониторинга стационара можно получать информацию о группах риска развития тех или иных побочных реакций. Его недостатками являются трудоемкость, а также ограниченная применимость – результаты мониторинга достоверны только в отношении лечебно-профилактического учреждения, на базе которого проводится исследование, однако подобная информация может быть неоценимой для работы конкретного стационара, пользующегося определенным набором лекарств.

Рецептурный мониторинг имеет более ограниченный потенциал по сравнению с вышеперечисленными методами. Суть метода заключается в сопоставлении числа и качественной характеристики развившейся побочной реакции с количеством назначений лекарственного средства по выписанным рецептам. Однако метод незаменим в том случае, когда в сжатые сроки необходимо выявить побочные реакции конкретного препарата. Его преимущества используются для выявления лекарственных осложнений на новые лекарства. Данный метод наиболее часто применяется фирмами-производителями, намного реже – структурами контроля безопасности лекарств.

Мета-анализ – статистический метод, позволяющий объединить результаты независимых исследований и используемый для оценки фармакоэ-

пидемиологических данных безопасности лекарств. Будучи простым и дешевым, он приобрел наибольшую популярность за рубежом, к сожалению, в России используется ограниченно.

Анализ единичных клинических случаев, описанных в медицинской периодической печати, не представляет полной информации об особенностях развития побочных реакций, но бывает полезен в качестве информации дополнения к проведенным исследованиям в случае выяснения причинности побочной реакции.

Эффективность работы службы фармаконадзора сильно снижается в условиях несоблюдения или условного соблюдения этических критериев ВОЗ фирмами-производителями, тратящими огромные финансовые ресурсы на продвижение своих товаров на рынок. Подобная стратегия приводит к предоставлению не вполне объективной информации о лекарственных средствах практическим врачам, фармацевтам и пациентам. По данным США, порядка 28% врачебных ошибок, в результате которых развиваются лекарственные осложнения, непосредственно связаны с неадекватным распространением информации о препарате фирмами-производителями, более половины из них являются серьезными. По результатам исследований, проведенных в Голландии, 42% из 161 препарата были признаны проблематичными из-за несоответствий стандартам инструкций по медицинскому применению в следующих разделах: побочные эффекты, противопоказания и предупреждения.

В дополнение к ухудшению физического состояния больного, развитие побочных реакций приводит к существенным финансовым затратам как государства, так и больного. Стоимость осложнений лекарственной терапии в США оценивается в 4,2 млрд. долл. ежегодно, в Швейцарии – 70-100 млн. швейцарских франков. По данным исследования Moore N.D. и соавт., затраты, связанные с лекарственными осложнениями, составляют 5,5-17% общих затрат на здравоохранение. В среднем возникновение лекарственных осложнений удлиняет срок госпитализации от 1,7 до 2,2 суток. Затраты, связанные с коррекцией осложнений неблагоприятных лекарственных реакций, оцениваются в 3 200 долл. на одного пациента. По данным американских исследований, средняя длительность пребывания пациента с побочным эффектом в стационаре составляет 10,6 суток против обычного показателя – 6,8 суток; полная стоимость госпитализации только

одного пациента с лекарственным осложнением составляет 22 775 дол., в то время как средняя стоимость лечения благополучного больного – 17 292 дол./чел.

Таким образом, сокращение сроков пребывания лекарственных средств с неблагоприятным со-

отношением эффективность/безопасность на фармацевтическом рынке возможно только благодаря активизации внедрения программ фармакологического надзора и активному участию в мониторинге побочных реакций медицинских и фармацевтических работников, пациентов.

ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

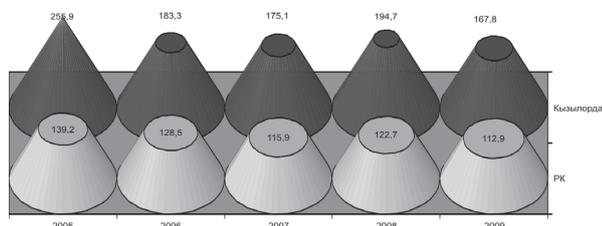
Тастайбекова М.М.

ОПТД Кызылординской области, г. Кызылорда

В Кызылординской области в течение пяти лет отмечается тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков.

По сравнению с 2005 годом темп снижения заболеваемости составил среди детей 57,4%, среди подростков 34,4%.

Показатель заболеваемости среди подростков по Кызылординской области

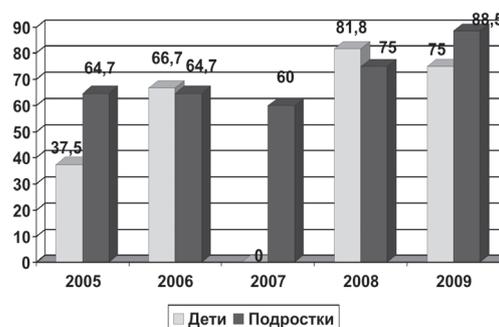


Но эпидемиологическая ситуация в области обостряется с ростом резистентных форм туберкулеза среди всего населения. Так, количество зарегистрированных больных с мультирезистентной формой в 2005 году составляло 303 больных, в 2009 году их стало 341.

Такая ситуация отражается на клинических формах заболевания и росту лекарственно-устойчивых форм туберкулеза у детей и подростков.

С целью уточнения динамики первичной лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди детей и подростков был проведен анализ частоты лекарственной устойчивости по области за 5 лет. Установлено, что за период с 2005г. по 2009г. отмечается рост первичных лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

Рис №3 - Процент выявления лекарственной устойчивости у детей и подростков в Кызылординской области



Если в 2005г. среди детей с положительными результатами посева у 37,5% были выявлены лекарственно-устойчивые формы туберкулеза, то в 2009 году они составляли 75,0%, среди подростков частота выявления выросла от 64,7% до 88,5%. При определении у первичных больных устойчивости к количеству препаратов первого ряда было доказано, что у детей чаще регистрируются первичные полирезистентные формы туберкулеза, чем моно- или мультирезистентные.

Частота выявления первичной лекарственной устойчивости у детей в Кызылординской области

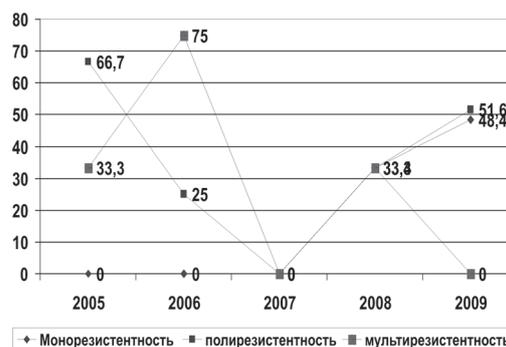




Таблица 1

Любая резистентность к препаратам первого ряда

Препараты 1 ряда/ годы	Дети					Подростки				
	2005	2006	2007	2008	2009	2005	2006	2007	2008	2009
H	100	100	100	66,7	-	78,6	81,2	86,7	61,5	60,9
R	33,3	75,0	100	33,3	16,7	35,7	72,7	66,7	34,6	47,8
E	-	25,0	50,0	66,7	100	42,9	45,4	40,0	80,7	95,6
S	100	100	100	77,8	60,0	85,7	90,9	80,0	65,4	87,0

По области процент резистентности к этим препаратам выше чем по Республике (по данным НЦПТ за 2008 г., процент резистентности составлял к этамбутолу-25,0%, к стрептомицину-46,%).

Рост лекарственно-устойчивых форм туберкулеза среди первичных больных доказывает факт заражения устойчивыми штаммами микобактерии туберкулеза.

Основной причиной заболевания лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза является тесный и длительный контакт с больными туберкулезом, из них в 66,7% случаев больными с

У подростков отмечается рост как полирезистентных, так и мультирезистентных форм туберкулеза.

При определении первичной резистентности к каждому препарату отдельно было выявлено, что за анализируемый период (2005-2009г.г) выросла устойчивость к этамбутолу, сохраняется высокая резистентность к изониазиду, стрептомицину.

резистентными формами туберкулезом, 8,3% случаев больными, у которых не установлена лекарственная устойчивость, в 25,0% случаев источник заболевания был не известен.

С целью повышения эффективности лечения туберкулеза и снижения процента хронизации процесса каждым годом увеличивается процент охвата лечением ПВР среди детей и подростков.

За 5 лет в Кызылординской области был зарегистрирован 21 ребенок в 4 категории с МЛУ ТБ, из них 77,8% выпадает на долю новых случаев. Лечение в режиме DOTS plus было охвачено 85,7% детей

Таблица 2

МЛУ ТБ среди детей и охват лечением ПВР

годы	МЛУ ТБ	Из них							
		Подтвержденный МЛУ		Полирезист ТБ		Клинический МЛУ		Охват ПВР	
		абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
2005	2	1	50,0	-	-	1	-	-	-
2006	3	2	66,7	1	33,3	-	-	2	66,7
2007	6	6	100	-	-	-	-	6	100
2008	6	4	66,7	1	16,7	1	16,6	6	100
2009	4	3	75,0	1	25,0	-	-	3	75,0
Всего	21	16	76,2	3	14,8	2	9,5	18	85,7

Среди подростков за аналогичный период было зарегистрировано 61 случаев, из них охвачено

лечение в режиме DOTS plus 83,6% подростков.

Таблица 3

МЛУ ТБ среди подростков и охват ПВР

годы	МЛУ ТБ	Из них							
		Подтвержденный МЛУ		Полирезист ТБ		Клинический МЛУ		Охват ПВР	
		абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
2005	2	2	100	-	-	-	-	1	50,0
2006	10	6	60,0	1	10,0	3	30,0	8	80,0
2007	12	8	66,7	-	-	4	33,3	10	83,3
2008	22	14	63,6	2	9,1	6	27,6	18	82,0
2009	15	9	100	3	-	3	-	14	93,3
Всего	61	39	64,0	6	9,8	16	26,2	51	83,6

В интенсивной фазе в режиме DOTS-plus дети и подростки области получали лечение 6 месяцев в условиях детско-подросткового отделения НЦПТ, затем в поддерживающей фазе продолжали его в местном детско-подростковом санатории.

В результате своевременного охвата лечением в режиме DOTS- plus и постоянного медицинского контроля за приемом лекарств у детей и подростков, получавших лечение за период 2005-2007г.г. средняя продолжительность курса лечения составила 18 месяцев, с исходом «вылечен» - 60,0%, «лечение завершено» - 40,0% больных.

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные анализа за 2005-2009 годы по лекарственно-устойчивым формам туберкулеза среди детей и подростков. Проанализированы 82 амбулаторные карточки диспансерных больных, из них 25,6% составляют детей, 74,4% подростки. Анализ показал, что за последние 5 лет в Кызылординской области лекарственно-

зистентные формы туберкулеза среди подрастающего поколения имеют тенденцию к росту. Основной причиной роста является первичное заражение устойчивыми штаммами МБТ.

ТҰЖЫРЫМ

Соңғы 5 жылдың ішінде облыс көлемінде балалар мен жасөспірімдер арасында туберкулездің төзімді түрінің тіркелуі жоғарлап келеді. Оған алғаш рет туберкулез таяқшасының төзімді түрінің жұғуы себеп екені дәлелденіп отыр.

SUMMARY

Data over 2005-2009 on drug resistant TB forms among children and adolescents were analyzed. The medical card out-patient of patients notified, children out of them were 25.6%, adolescents were 74.4% . tendency to growing drug resistant Tb forms among young generation is revealed. The main reason of that is the primary infecting with resistant M. tuberculosis strains.

**ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА
В РАЙОННОМ ТУБДИСПАНСЕРЕ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

Узбекова Г.А.

Туберкулезный кабинет Илийского района, Алматинская область

Несмотря на положительные сдвиги и стабилизацию некоторых показателей, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в районе остается сложной и напряженной. Остаются высокими по-

казатели распространенных клинических форм, таких как инфильтративный туберкулез (29,5%) и происходит нарастание удельного веса хронических и резистентных форм туберкулеза. Хронические

формы туберкулеза чаще приводят к неэффективности лечения, в результате чего увеличивается контингент лиц, являющихся основным резервуаром туберкулеза. Выявление особенностей контингента больных, страдающих хроническим туберкулезом, представляется актуальным, и оно послужило целью исследования.

Материалом для анализа послужили данные, полученные с 2007 по 2009 годы.

В таблице 1 представлены клинические формы туберкулеза. Из таблицы видно, в 2007 году что наблюдается высокий процент распространенного инфильтративного туберкулеза (70,7%) и фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (26,8%). В

2008-2009 годах наблюдается тенденция к снижению фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (26,6% и 18% соответственно), росту инфильтративного туберкулеза легких (70% и 78,8% соответственно). Данные свидетельствуют об активизации процесса выявления, благодаря лечению по международному стандарту и своевременной организации лечения в районе.

Хронические формы туберкулеза органов дыхания в 33,8% сопровождались осложненным течением, проявлялись в виде легочно-сердечной недостаточности, кровохарканья, легочного кровотечения, спонтанного пневмоторакса. Осложнения усугубляли течение хронического туберкулеза.

Таблица 1

Клинические формы туберкулеза

Клинические формы	2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	11	26,8	16	26,6	11	18,0
Инфильтративный туберкулез легких	29	70,8	42	70	48	78,8
Туберкулез костей	1	2,4				
Диссеминированный туберкулез легких			1	1,7		
Туберкулез кишечника			1	1,7	1	1,6
Милиарный туберкулез					1	1,6
Всего	41	100	60	100	61	100

Из таблицы 2 видно увеличение числа больных, находящихся на лечении препаратами 2 ряда с 2007 по 2009 годы (20, 30, 53 соответственно). Увеличение контингента больных, лечащихся препаратами 2

ряда, связано с исходами «рецидив» (7, 21 и 15 соответственно), «неудача лечения» (6, 6, 14 соответственно), «переведенные» (10, 12, 12) и миграцией населения.

Таблица 2

Число больных, получавших препараты 2 ряда из общего

2007 г.		2008 г.		2009 г.	
Контингент	Получающие препараты 2 ряда	Контингент	Получающие препараты 2 ряда	Контингент	Получающие препараты 2 ряда
41	20	60	30	61	53

Среди больных, зарегистрированных с лекарственно- устойчивой формой туберкулеза легких, взятых на лечение в 2007 году, мужчин было 28 (68%), женщин - 13 (32%), в 2008 году мужчин - 37 (61,7%), женщин - 23 (38,3%), в 2009 году мужчин - 25 (41%), женщин - 36 (59%). Среди больных туберкулезом органов дыхания основную долю составили мужчины.

По характеру типа больных с лекарственно-

устойчивыми формами туберкулеза в 2007 году «новый случай» зарегистрирован в 11 случаях, «рецидив» - 7, «неудача лечения» - 6, «переведенный» - 10, другие - 7; в 2008 году «новый случай» наблюдался в 14 случаях, «рецидив» - 21, «неудача лечения» - 6, «переведенный» - 12, другие - 7; в 2009 году «новый случай» - в 13 случаях, «рецидив» - 15, «неудача лечения» - 14, «переведенный» - 12, другие - 7. По характеру типа больных с лекарственно-

устойчивыми формами туберкулеза наблюдается тенденция к увеличению исходов «рецидив».

За 2007 год из 41 больного с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза было 2 подростка. Вылечено 10 (24,4%) больных. За 2008 год из 60 больных – 1 подросток, вылечено 8 (13,3%) больных. За 2009 году из 61 больного – 1 подросток, вылечено 13 (21,3%) больных.

В настоящее время в Илийском районе получают препараты резервного ряда на поддерживающей фазе 32 больных. Выделен санитарный транспорт для химизаторов, проводящих контролируемое лечение. В 2010 году в районе выделены квартиры 3 больным, из них 2 больным с множественной лекарственной устойчивостью.

Туберкулез является распространенным и серьезным инфекционным заболеванием. Борьба с туберкулезом имеет первоочередное значение для лечебных учреждений всех профилей в проведении профилактических мероприятий по предотвращению заражения туберкулезом населения.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада ААТД Алматы облысының Іле ауданының 2007 – 2009 жылдар аралығындағы сараптама мәліметтері ұсынылған. Туберкулездің клиникалық түрінің анықталуы, жүргізілген емнің тиімділігі және туберкулез жағдайын жақсарту шаралары жайлы сөз етілген.

SUMMARY

Data over 2007 -2009 served as the material to be analyzed. Growing in number of patients treated with anti-TB of the second line is due to the relapses, treatment failure, transferred patients and migrants. At present in Ilijskiy rayon 32 patients are treated with anti-TB drugs of the second line. Fighting against TB is of the priority importance for the medical institutions of all profiles including the rayon' TB room, for conducting prophylaxis activities to prevent the spread of TB infection among population.

МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

*Хауадамова Г.Т., Ракишева А.С., Коккозов Т.М., Мясникова Г.А., Сабитова З.Р.
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, Алматы*

Рецидивы туберкулеза являются маркером предыдущих стандартов лечения. В Республике Казахстан отмечается повсеместный рост показателя рецидивов туберкулеза легких [1-4]. Обращает на себя внимание то, что за последнее время возросла частота рецидивов у больных, пролеченных по DOTS-стратегии [5,6]. Ряд российских авторов утверждает, что после коротких курсов химиотерапии риск возникновения рецидивов в 10 раз выше, чем при длительных курсах. Увеличение темпов роста рецидивов туберкулеза позволяет судить о несостоятельности нынешних подходов к лечению больных [7]. Ряд авторов считает, что основными причинами развития рецидива туберкулеза являются медицинские факторы: недостаточное лечение исходных форм; большие остаточные изменения после излеченного

туберкулеза, психические травмы, беременность, роды, аборт, длительный контакт с бациллажными больными; сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, а также сахарный диабет, грипп, хронические неспецифические заболевания легких [8, 9, 10].

Следовательно, в современных условиях актуальным является изучение факторов развития рецидивов и формирование новых эффективных методов лечения и наблюдения за больными туберкулезом на всех этапах.

Цель исследования: Выявить факторы, влияющие на возникновение рецидивов туберкулеза легких у взрослых.

Задачи исследования

1. Проанализировать динамику рецидивов туберкулеза

беркулеза в Республике Казахстан за 1999-2009гг.

2. Установить корреляционную взаимосвязь рецидивов от ряда эпидемиологических показателей.

Материалы и методы исследования

Нами изучена корреляционная и детерминационная зависимость между показателем рецидивов и основными показателями противотуберкулезной службы по Республике Казахстан за 1999-2009 годы. Данные были обработаны при помощи математического анализа с использованием программы «STATISTICA 6.0».

Результаты и обсуждение

В современных условиях коренным образом изменились подходы к диагностике и лечению туберкулеза. С момента внедрения DOTS-стратегии на всей территории Казахстана приоритет в выявлении различных форм туберкулеза отдавался бактериоскопическому методу диагностики. В связи с этим в

республике образовался огромный резервуар больных с распространенными формами туберкулеза, существенным образом влияющими на патоморфоз туберкулеза и его эпидемиологию. Показатель рецидивов является своеобразным индикатором качества не только предыдущих курсов химиотерапии, но и ряда медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение жизни граждан Казахстана. Такой рост предполагает взаимосвязь со многими эпидемиологическими показателями противотуберкулезной службы.

За последнее 10 лет контингент больных с рецидивами туберкулеза вырос на 16,6%. В диаграмме отражена кривая зависимости между ростом интенсивного показателя рецидивов туберкулеза легких и динамикой заболеваемости туберкулезом населения Республики Казахстан за последнее десятилетие. Период с 1999 по 2009 г.г. представлен на рисунке 1:

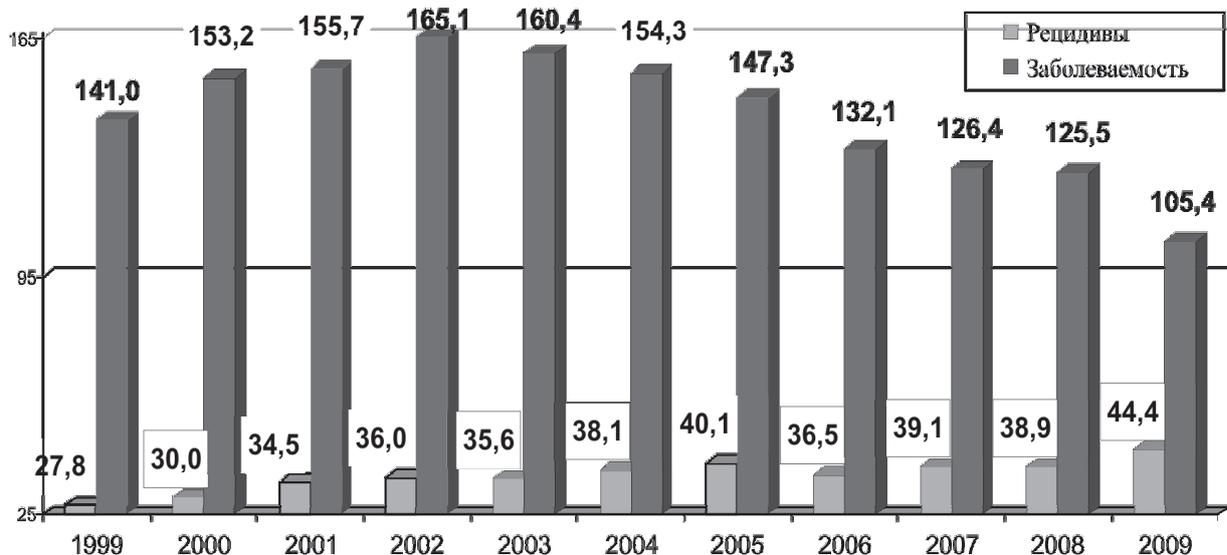


Рисунок 1 - Динамика показателя заболеваемости и рецидивов туберкулеза в Республике Казахстан за 1999-2009гг. (на 100 тыс. населения)

Таким образом, из данной диаграммы 1 видно, что несмотря на снижение заболеваемости со 141,0 в 1999г. до 105,2 в 2009г., показатель рецидивов дал неуклонный рост в течение последних 5 лет более, чем в 1,3 раза и на конец 2009г. составил 44,4 по сравнению в 1999г., когда уровень был 27,8 на 100 тыс. населения. Следовательно, существующие подходы к выявлению и лечению больных с впервые выявленным туберкулезом несовершенно и требуют кардинальных перемен. В связи с этим нами была проведена выборка ряда предполагаемых эпидеми-

ологических показателей, влияющих на формирование и рост рецидивов туберкулеза легких.

В таблице 1 вариант 1 представлен интенсивным показателем рецидивов на 100 тысяч населения. Данная переменная была протестирована на предмет влияния на нее ряда других переменных – варианты II-IX. В таблице представлены основные статистические показатели противотуберкулезной службы за период с 1999-2009 годы, от которых предположительно зависел рост рецидивов:

Таблица 1

Основные статистические показатели по туберкулезу за период с 1999-2009гг. с предполагаемой зависимостью рецидивов

Варианты	Показатели	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
I	Рецидивы (на 100 тыс. населения)	27,8	30,0	34,5	36,0	35,6	38,1	30,0	36,5	36,0	38,9	44,4
II	Абсолютное число больничных коек	13350	13490	13522	13525	13977	14169	14700	14885	14895	14685	14663
III	Физические лица врачей - фтизиатров	1318	1305	1346	1379	1436	1509	1529	1452	1899	1859	1495
IV	Выполнение плана ревакцинаций БЦЖ, (%)	61,7	65,8	88,6	95,2	96,0	14,6	91,6	95,0	93,6	93,8	90,2
V	Охват населения (%): - профосмотрами - флюорографией	26,4	26,2	34,9	44,6	48,7	52,5	58,9	57,1	60,5	57,7	58,7
		27,3	26,8	33,7	45,8	48,9	55,3	59,3	57,5	62,3	59,7	60,1
VI	Среднее число бактериологических посевов на 1 больного	5,5	6,9	5,0	4,2	4,9	6,4	7,8	8,2	12,2	8,7	26,9
VII	Охват больных лечением (%): - санаторным - стационарным	8,4	7,4	6,9	6,9	6,7	6,0	6,7	-	-	-	-
		72,2	75,7	69,4	65,1	61,6	55,7	64,8	-	-	-	92,0
VIII	Средние сроки пребывания в стационаре	94,3	86,4	91,8	92,9	94,0	97,8	99,9	103,9	103,9	104,4	104,1
IX	Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции (госпитализация бактериовыделителей (%))	85,5	85,4	82,3	80,7	77,5	69,7	79,1	-	90,7	97,0	96,8

Для доказательства взаимосвязи между ними все варианты были подвергнуты корреляции. Итоговые данные корреляционной решетки представлены в таблице 2. Анализ некоторых статистических по-

казателей за период с 1999-2009 годы выявил выраженную количественную взаимосвязь рецидивов от различных факторов.

Таблица 2

Степень корреляционной зависимости рецидивов с ожидаемым коэффициентом корреляции при заданном отношении

Переменная	Степень корреляции
2	3
Число бак.посевов на 1 больного	-0,8776
Средние сроки пребывания в стационаре	-0,8484
Абсолютное число больничных коек	-0,7532
Охват населения флюорографией, %	-0,1588
Охват населения профосмотрами, %	-0,1341
Охват больных санаторным лечением, %	-0,1226
Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции (госпитализация БК+, %)	0,43303
Выполнение плана ревакцинаций БЦЖ, %	0,5774
Охват больных лечением стационарным, %	0,7299
Физические лица врачей-фтизиатров (абс. число)	0,7555

При анализе таблицы 2 установлено, что качество лечения зависит, прежде всего, от стационарного этапа лечения. Неслучайно первой тестируемой зависимой переменной является абсолютное число больничных коек (II). В данном случае наблюдается отрицательная корреляция между количеством больничных коек и интенсивным показателем рецидивов. Коэффициент корреляции равен -0,75. Это свидетельствует о том, что, чем меньше стационарных коек, тем выше число рецидивов. Согласно математическому моделированию, увеличение длительности пребывания больных на больничных койках сокращает уровень рецидивов приблизительно на 5%.

Одних стационарных коек недостаточно для эффективного лечения больных туберкулезом. Необходим определенный штат фтизиатров для оказания квалифицированной медицинской помощи. Поэтому второй тестируемой переменной является количество врачей-фтизиатров (III). В разрезе десятилетнего периода данная зависимая переменная имеет положительную корреляцию с уровнем рецидивов. Общий коэффициент корреляции равен +0,75. Качество лечения зависит от количества квалифицированных кадров (врачей-фтизиатров) в расчете на одного больного, что, в свою очередь, влияет на снижение рецидивов туберкулеза.

Третьей тестируемой переменной является показатель выполнения плана ревакцинаций (IV). Общий коэффициент корреляции имеет положительное значение и равен +0,57.

Четвертая и пятая тестируемые переменные отражают процент охвата населения Казахстана профилактическими и флюорографическими осмотрами. Коэффициенты корреляции составляют -0,13

и -0,15 соответственно. Эти данные не позволяют судить о наличии прямой или обратной зависимости между двумя переменными ввиду низких коэффициентов корреляций.

В этом случае зависимость рецидивов, в большей степени, будет проявляться опосредованно - через активное выявление впервые выявленных больных туберкулезом. Чем раньше будет выявляться специфический процесс в легких, тем качественнее и эффективнее будет его лечение, тем меньше будет рецидивов.

От лабораторной диагностики зависит верификация диагноза и подбор эффективной терапии. Следующая переменная отражает показатель числа бактериологических посевов на 1 больного. Этот показатель имеет выраженную обратную зависимость с независимым показателем (рецидивом). В данном случае коэффициент корреляции равен -0,87. То есть, чем меньше количество бактериологических исследований на 1 больного, тем выше показатель рецидивов. Увеличение количества бактериологических посевов мокроты при выявлении рецидивов туберкулеза легких на 1 единицу позволит сократить их уровень на 8%. Следовательно, при определении сроков продления интенсивной фазы химиотерапии необходимо отдавать предпочтение бактериологическим методам исследования как главному индикатору стерилизации мокроты больного туберкулезом.

Следующая переменная отражает процент охвата больных туберкулезом стационарным лечением. Данный показатель имеет выраженную прямую зависимость с независимой переменной, а коэффициент корреляции составляет 0,72. Эта переменная прямо пропорциональна среднему сроку

пребывания на стационарном лечении в днях.

Следующая переменная отражает охват больных санаторным лечением. Коэффициент корреляции составляет $-0,12$. Данный показатель не позволяет делать выводы относительно характера зависимости, не является свидетельством ее наличия и еще раз показывает, как важен стационарный этап лечения активных форм туберкулеза.

Следующая переменная – средний срок пребывания на стационарном лечении в днях. Коэффициент корреляции данной зависимой переменной составляет $0,84$, что свидетельствует о высоком уровне обратной зависимости, согласно математическому моделированию, увеличение срока пребывания в стационаре на 20 дней позволяет сократить уровень рецидивов на 3,5%.

Следующая переменная – противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции. В данном случае будем рассматривать вакцинацию здоровых лиц и изоляцию бациллярного больного из очага. Данный показатель имеет коэффициент корреляции $+0,43$, что свидетельствует о невысоком уровне положительной зависимости. Но в соответствии с представленными данными можно сделать вывод о том, что риск дальнейшего распространения инфекции выше там, где отсутствует изоляция больного, а вакцинация БЦЖ в очагах действующей туберкулезной инфекции не сможет предупредить развитие новых случаев туберкулеза.

Таким образом, для исследуемого нами десятилетнего периода характерным является факт, что рассматриваемая нами независимая переменная – интенсивный показатель рецидивов - имеет выраженную обратную зависимость от показателя абсолютного числа больничных коек, показателя среднего пребывания в стационаре и показателя бактериологических посевов на 1 больного ($-0,75$; $-0,84$ и $-0,87$ соответственно). Прямая зависимость наблюдается от показателей количества врачей-фтизиатров, процента охвата стационарным лечением и выполнения плана ревакцинаций ($0,75$; $0,72$ и $0,57$ соответственно).

После установления коэффициента корреляции он был проанализирован при помощи детерминационной зависимости. Согласно математическому расчету, выявлено, что увеличение количества больничных коек на 20 единиц сокращает уровень рецидивов приблизительно на 5%; увеличение срока пребывания в стационаре на 20 дней позволит сократить уровень рецидивов на 3,5%; увеличение

количества бакпосевов на 1 больного на 1 единицу позволит сократить уровень рецидивов на 8%. Подводя итог, можно отметить причинно-следственную взаимосвязь между различными показателями, где наличие или отсутствие того или иного фактора рождает другой.

На основании вышеизложенного сделаны следующие выводы:

Данным исследованием нами выявлена медицинская проблема роста рецидивов туберкулеза на современном этапе и установлена высокая корреляционная связь рецидивов с абсолютным числом больничных коек ($-0,75$), средним пребыванием в стационаре ($-0,84$), бактериологическими посевами на 1 больного ($-0,87$), количеством врачей-фтизиатров ($+0,75$), процентом охвата больных стационарным лечением ($+0,72$), выполнением плана ревакцинации ($+0,57$).

РЕЗЮМЕ

Показатель рецидивов является своеобразным индикатором качества не только предыдущих курсов химиотерапии, но и ряда медико-социальных проблем. Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом, показатель рецидивов вырос на 16,6% за последних 10 лет более и на конец 2009г. составил 44,4 по сравнению с 1999г., путем выборки ряда предполагаемых эпидемиологических показателей, влияющих на формирование и рост рецидивов туберкулеза легких, установлен ряд медицинских факторов с высокой корреляционной зависимостью от: средней длительности пребывания больных в стационаре ($-0,84$), бактериологическими посевами на 1 больного ($-0,87$), абсолютным числом больничных коек ($-0,75$); количеством врачей-фтизиатров ($+0,75$), процентом охвата больных стационарным лечением ($+0,72$), выполнением плана ревакцинации ($+0,57$). Следовательно, существующие подходы к выявлению и лечению больных с впервые выявленным туберкулезом недостаточны и требуют неотлагательного решения.

ТҰЖЫРЫМ

Туберкулез рецидивының көрсеткіші тек қана алдыңғы химиялық ем курсының ғана емес, сондай ақ медициналы - әлеуметтік мәселелердің сапалық индикаторы болып табылады. Туберкулезге шалдығу төмендегенімен рецидивтық көрсеткіш соңғы 10 жылда 16,6% өскен және 1999 жылы 100 мың тұрғынға 27,8 деңгейде болса 2009 жылдың аяғында 44,4 жетіп

отыр. Біз өкпе туберкулезінің рецидивына әсер етуі мүмкін деген эпидемиологиялық көрсеткіштерді таңдау арқылы жоғарғы корреляциялық тәуелдіктегі медициналық факторларды анықтадық: науқастардың ауруханада орта ұзақтылығымен жатуы (-0,84); науқасқа бактериологиялық себінді (-0,87); абсолютты сандағы ауруханалық төсек (-0,75); фтизиатр – дәрігерлердің саны (+0,75); науқастарды ауруханалық еммен қамту (+0,72); ревакцинациялау жоспарын орындау (+0,57). Осыған байланысты, алғаш анықталған туберкулез науқастарын анықтап емдеудің қазіргі жолдары жеткіліксіз әрі жедел шешімін талап етеді.

SUMMARY

The profile of TB relapses is the remarkable indicator of quality of not only previous courses of chemotherapy, but the number of medical and social problems. Despite of decrease in TB incidence indicator of TB relapses increased by 16.6% during last 10 years and by the end of 2009 constituted 44.4% compared with that of 1999 when the rate was 27.8 per 100.000 of population. There were stated by us, through selection of some suggested epidemiological indicators influencing on formation and growth of pulmonary TB relapses, number of medical factors with high correlative dependence on: middle terms of inpatient staying (-0,84); number of culture investigations per one patient (-0,87); absolute number of hospital beds (-0,75); number of therapists-phthisiaters (+0,75); percentage of patients covered with clinical therapy (+0,72%); implementation of planned re-vaccination (+0,57%). Therefore, the approaches existing for

detection and treatment of patients with newly registered tuberculosis are insufficient and needed in urgent decision.

Литература

1. Сидоренко О.А., Жангиреев А.А., Ильина Т.Я. и др. // Новые диагностические и образовательные технологии во фтизиатрии и пульмонологии: Материалы Международного конгресса. - Алматы, 2003. - С.22-23.
2. Сидоренко О.А., Ильина Т.Я., Жангиреев А.А. и др. // Фтизиопульмонология. - 2003. - № 1 (3). - С.97-100.
3. Бекмагамбетов О.А. и др. // Актуальные вопросы фтизиатрии. - Алматы. - 2002. - С.54-56.
4. Лысов А.В., Мордык А.В., Плеханова М.А. и др. // Международное общество по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (IUATLD), 3-й Конгресс Европейского Региона. Росс. Респираторное Общество. 14-й Национальный Конгресс. - М., 2004. - 1527. - С.404.
5. Максимова О.М. и др. // Международный союз по борьбе с туберкулезом и легочными заболеваниями (IUATLD), 3-й Конгресс Европейского Региона. Росс. Респираторное Общество. 14-й Национальный Конгресс. - 2004. - 1529. - С.405.
6. Максимова О.М. Особенности развития и течения рецидивов туберкулеза легких: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. - М., 2004. - 22с.
7. Ракишева А.С. // Вестн. КазНМУ. - 2002. - № 1 (5). - С.32-35.
8. Жестовских С.Н., Мишин В.Ю. // Туберкулез сегодня: Материалы VII Российского съезда фтизиатров. - М., 2003. - С.127.
9. Петренко В.М., Турченко Л.В., Пархоменко С.И. и др. // Пробл. туб. - 1990. - № 10. - С.47-48.
10. Бурухина Л.В., Золотовская Е.А., Прудникова З.А. и др. // Пробл. туб. - 1995. - № 3. - С.29-31.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ БАКТЕРИОВЫДЕЛЕНИЯ И ЕГО УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Шихлинская М. А.

*1-й городской противотуберкулезный диспансер
Баку, Азербайджан*

Повсеместный рост заболеваемости туберкулезом (ТБ) и его распространенность, учащение тяжелых прогрессирующих форм заболевания, нарастание полирезистентности возбудителя заставляют анализировать причины этих явлений. Несмотря на

глобальность проблемы, основными и первоначальными направлениями являются активные и пассивные методы выявления случаев туберкулеза.

При нормальном функционировании противотуберкулезной программы, когда имеются соот-

ветствующие возможности для лабораторной диагностики, больные ТБ легких с бактериовыделением составляют не менее 70% от общего числа взрослых больных ТБ и не менее 50% от общего числа больных ТБ. В плане «Остановить ТБ» для 18 наиболее приоритетных стран Европейского Региона ВОЗ на 2007-2015 гг. особый акцент поставлен на страны, входящие в эпидемиологический субрегион Восточной Европы, включая закавказские республики: Азербайджан, Армению и Грузию. В этом же плане на 2010 год намечено к выполнению шесть задач, первой из которых является повышение показателя выявления новых инфекционных случаев с положительными мазками мокроты ТБ, как минимум, на 73%. Однако в указанных регионах пассивное выявление туберкулеза еще далеко от ожидаемого результата.

Для решения этой проблемы современная медицина располагает многочисленными методами диагностики и их различными модификациями. К их числу относятся микроскопический, рентгенографический метод и туберкулинодиагностика [1,2,3]. Кроме того, существуют и иные методы, применяемые при выявлении и диагностике туберкулеза, которые не всегда можно назвать «ранними», но использование их нередко позволяет впервые установить диагноз туберкулеза. Сюда относятся некоторые более сложные рентгенологические методы, например, компьютерная томография, а также культуральная бактериологическая диагностика, анатоми-гистологическое обследование, применяемое при инструментальных исследованиях и операциях; анкетный опрос и врачебный осмотр, проводимые при некоторых обстоятельствах в отдельных регионах; иммунологические методы, не получившие еще широкого распространения.

С целью увеличения рентабельности пассивного и активного выявления туберкулеза необходимо провести обследование среди групп повышенного риска заболевания туберкулезом. В прошлом веке многочисленными исследованиями установлены группы повышенного риска заболеваемости туберкулезом с целью повышения рентабельности микроскопической и лучевой диагностики [4,5].

Исходя из установленных групп риска, в минимальных методах обследования с целью выявления туберкулеза нуждается 80-85% населения.

Поэтому необходим дифференцированный подход для выявления активного туберкулеза среди указанного населения, то есть определение групп риска, нуждающихся в первоочередном обследо-

вании. Естественно, при этом необходимо выяснить эпидемиологически более опасные группы больных, которые являются бактериовыделителями, особенно мульти- и полирезистентных форм [6, 7,8].

Целью настоящего исследования является определение факторов риска, влияющих на развитие бактериовыделения и его резистентных форм у туберкулезных больных, обследовавшихся в первичном медицинском звене.

Материалы и методы

За 2006 год по городу Баку интенсивный показатель туберкулеза у больных туберкулезом легких с деструкцией составлял 12,9, а у больных ТБ с положительными мазками - 14,1 при заболеваемости ТБ 37,6. То есть, удельный вес туберкулеза с бактериовыделением и деструкцией в г. Баку равен соответственно 37,6 и 34,3%. Таким образом, эти данные подтверждают низкий уровень пассивного выявления ТБ. Одна из основных причин такого явления объясняется неправильным отбором больных для микроскопии. Несомненно, кадровая политика тоже имеет большое значение. Поэтому, с целью повышения рентабельности микроскопического исследования, мы сочли необходимым на первом этапе отобрать и обследовать эпидемиологически более опасные группы больных ТБ, то есть отобрать случаи ТБ с повышенным риском бактериовыделения.

Нами использована теория последовательного статистического математического прогнозирования по А. Валду и разработана математическая модель. Сущностью этой модели является определение фактора риска развития бактериовыделения, резистентных форм ТБ с дальнейшим определением диагностического коэффициента (ДК) для каждого признака. Для определения фактора риска ретроспективно проанализирована медицинская документация 6213 больных активным туберкулезом, находившихся на стационарном лечении в первом городском противотуберкулезном диспансере г Баку. На каждого больного заполнялась карта «К-5» с двухрядной перфорацией по краю для ручной обработки материала. В перфокарте отмечены факторы риска: пол, возраст, место проживания, социальный статус, состав семьи, профессия, сопутствующие заболевания, клинические формы туберкулеза, распространенность специфического процесса, размер деструкции, массивность бактериовыделения, эффективность лечения, рецидивы, патогенетическая терапия, хирургическое лечение и др. При анализе особое внимание уделено методу

определения микобактерий (кратности сбора материалов для микроскопии).

Применяя последовательный анализ, с учетом независимости признаков, мы вычислили диагностические коэффициенты (баллы признаков):

$$DK(x_1), DK(x_2), \dots, DK(x_n)$$

$$DK(x_1) = 10 \lg (p(x_1/A_1)/p(x_1/A_2))$$

Где $x_1, i=1, 2, \dots, n$ – рассматриваемые признаки; A_1 – больные бактериовыделители; A_2 – больные, у которых бактериовыделение отсутствует, $p(x_i/A_j)$ – частота признаков x_i в $A_j, j=1, 2$. Определены пороги риска развития бактериовыделения (порог A) или отсутствия бактериовыделения (порог B).

$$A = 10 \lg ((1-\alpha)/\beta) - 10 \lg (p(A_1)/p(A_2))$$

$$B = 10 \lg (\alpha/(1-\beta)) - 10 \lg (p(A_1)/p(A_2))$$

Где α – ошибка первого рода, то есть больные с бактериовыделением, которые принимались как обычный активный ТБ без бактериовыделения. β – ошибка второго рода, то есть больные активным туберкулезом без бактериовыделения принимались как бактериовыделители. Разумеется, ошибка первого рода более опасна, чем ошибка второго рода. Поэтому мы приняли $\alpha=0,01\%$, $\beta=0,05\%$, которые обычно применяются в медицинской биологии.

$P(A_j)$ априорная A_j (доли A_j среди A_1+A_2). $J=1, 2$.

Для каждого признака, кроме ДК, была определена его информативность, которая вычислялась по математической статистической формуле Кульбака.

$$r(x_1) = (P(A_1)P(x_1/A_1) - P(A_2)P(x_1/A_2)) / 5 \lg (P(x_1/A_1) / (x_1/A_2))$$

$r(x_1)$ – информативность признака x_1

Таким образом, с помощью теории Валда определены верхние и нижние пороги риска развития бактериовыделения и его резистентных форм.

$$A = 10 \lg (1-0.01) / 0.05 = 10 \lg 0.99/0.05 = 13$$

$$B = 10 \lg 0.01 / (1-0.05) = 10 \lg 0.01/0.95 = -20$$

Итак, с помощью последовательного статистического анализа были определены диагностические коэффициенты признаков, на основании которых составлены таблицы диагностических коэффициентов, позволяющие определить риск развития или отсутствие бактериовыделения. При составлении таблиц одной из главных задач был выбор информативных признаков.

Определение информативности каждого признака и таблиц имеет значение, поэтому составленные таблицы диагностических коэффициентов проанализированы по степени информативности. При этом следует отметить, что если абсолютное чис-

ло диагностического коэффициента (ДК) признака равно или приближается к нулю, он не может рассматриваться при определении риска развития бактериовыделения. Показатель информативности может иметь небольшое значение даже при высоком показателе ДК, если частота регистрации данного признака незначительна.

Группа однородных признаков может приниматься во внимание при определении риска развития бактериовыделения лишь в том случае, если сумма информативности этой группы признаков имеет значение, отличное от 0. Таким образом, при первичном отборе факторов риска оказалось 93, а при определении ДК информативными оказались лишь 79.

Если сумма полученных диагностических коэффициентов достигнет и преодолет порог A , тогда у данного больного имеется высокий риск развития бактериовыделения и, наоборот, если сумма полученных диагностических коэффициентов достигнет и преодолет порог B , тогда у данного больного риск возникновения бактериовыделения отсутствует.

Результаты и обсуждение

Для каждого из факторов риска определен ДК и его информативность. При этом оказалось, что количество проводимых микроскопических исследований имеет большое значение при определении бактериовыделения. Среди впервые выявленных больных туберкулезом легких при трехкратном исследовании мокроты методом микроскопии определено 47,7% больных с бактериовыделением (при первой микроскопии – 16,9%, второй – 20,1%, при третьем исследовании – 10,7%). Необходимо отметить, что после двухнедельного неспецифического лечения и двукратного сбора суточной мокроты на БК было выявлено еще 24,0% больных с бактериовыделением. (При первом суточном анализе – 10,0%, при втором суточном анализе – 14,0%)

Культуральный метод оказался эффективным для выявления бактериовыделения еще у 28,3% больных. Таким образом, проведенный нами анализ результатов микроскопии показал, что для определения бактериовыделения у впервые выявленных больных туберкулезом легких необходимо трехкратное микроскопическое исследование мокроты, двукратный суточный анализ мокроты и культуральный метод исследования.

Составлены таблицы диагностических коэффициентов и их информативности, факторов, влияющих на развитие бактериовыделения, а также резистентных форм по однородным группам туберкулеза (Таблица 1).

Таблица 1

Таблица диагностических коэффициентов и информативности факторов по однородным группам, оказывающих влияние на развитие бактериовыделения и его резистентных форм у больных туберкулезом.

№	Факторы риска	МБТ		Резистентные формы	
		ДК	информативность	ДК	информативность
	Распространенность туберкулеза и размеры деструкции				
1	Поражен 1 сегмент	-5.67	1.63	10.79	4.57
2	Поражен 2 сегмент	-3.52	0.68	10.80	4.57
3	Поражено 3 и более сегментов	3.56	0.69	1.37	0.10
4	Отсутствует "св"	-30.00	14.97		
5	Диаметр "св" до 1 см	0.72	0.01	∞	∞
6	Диаметр "св" 1-2 см	0.21	0.00	1.76	0.18
7	Диаметр "св" 2-3 см	2.53	0.36	2.13	0.26
8	Диаметр "св" 3 и более см	10.07	4.13	5.11	1.35
	Итого информативность		21,81		11.03
№	Род занятий				
1	0-17 лет	-11.86	5.20	-3.01	0.50
2	Студенты	-2.92	0.47	-6.48	2.05
3	Военнослужащие	-3.34	0.61	-5.67	1.63
4	Рабочие	-4.30	0.98	0.89	0.05
5	Служащие	2.57	0.37	-2.88	0.46
6	Сельскохозяйственные труженики	-5.12	1.36	-3.39	0.63
7	Пенсионеры	12.37	5.51	2.80	0.44
8	Домохозяйки	8.67	3.30	5.43	1.51
	Итого		17.80		7.27
№	Клинические формы туберкулеза				
1	Внелегочная форма	-26.58	13.23		
2	Очаговая	-5.67	1.63	10.7	4.56
3	Инфильтративная	0.53	0.02	-2.12	0.25
4	Диссеминированная	-1.07	0.13	14.77	6.91
5	Кавернозная	2.70	0.41	0,04	0,01
6	Фиброзно-кавернозная	7.02	2.35	9.93	4.05
	Итого информативность		17.77		15.78
№	Сопутствующие интеркуррентные заболевания				
1	Отсутствуют сопутствующие заболевания	-0.98	0.05	-0.57	0.02
2	Сахарный диабет	0.41	0.01	5.51	1.55
3	Язва желудка и 12 п. кишки	-3.80	0.78	-3.68	0.74
4	Алкоголизм	7.17	2.61	2.51	0.35
5	Наркомания	5.94	1.76	9.64	3.87
6	Психические нарушения	-3.77	0.77	-∞	∞
7	Обострение хронической пневмонии	-2.69	0.40	-7.50	2.61
8	Воспаление верхних дыхательных путей	-2.89	0.46	-4.72	1.17
9	Хронический бронхит с частыми обострениями	-3.68	0.74	-5.24	1.41
10	Ферментопатия (талассемия)	0.00	0.00	-∞	∞
11	Сердечно-сосудистые заболевания	0.86	0.042	-1.42	0.19
12	Гепатит «С»	3.42	0.64	10.00	3.03
13	Беременность	-8.75	3.35	-∞	∞
14	Злокачественные болезни	-6.66	2.15	-∞	∞
15	Аллергические болезни (лица, долго получавшие стероидные гормоны, коллагенозы и др.)	3.14	0.54	2.26	0.29
	Итого информативность		14.67		15.23*)
№	Возраст				
1	0-3	-∞	∞		
2	4-6	-∞	∞		
3	7-12	-10.20	4.21		
4	13-14	-8.45	3.17		
5	15-17	-10.54	4.42	3.01	0.05
6	18-29	0.20	0.40	-3.48	0.07
7	30-39	0.00	0.00	2.82	0.44

Из таблицы 1 видно, что при распространенной форме туберкулеза, когда поражается 3 и более сегмента, а также при большом размере деструкции (2 и более см в диаметре) определяется высокий риск выявления микобактерий и их резистентных штаммов. По группам «род занятий» домохозяйки, пенсионеры и служащие являются группами высокого риска развития бактериовыделения и его резистентных форм. При определении фактора риска развития бактериовыделения и его резистентных форм по клинической структуре туберкулеза оказалось, что внелегочные формы туберкулеза и очаговый туберкулез оказались в группе факторов низкого риска бактериовыделения. Однако при очаговой форме монорезистентность имела высокий уровень ДК и его информативности. Из таблицы видно, что при хроническом течении туберкулеза уровень ДК по бактериовыделению и его резистентным формам является высоким. Кроме этого, при диссеминированных формах туберкулеза по резистентным формам МБТ - уровень ДК и его информативность оказались также высокими. Таким образом, стало ясно, что при хронических и распространенных формах туберкулеза высок риск выделения резистентных микобактерий (при ограниченных очаговых формах туберкулеза в основном определяется монорезистентность при низком уровне выявляемости МБТ). Видно, что к группам высокого риска по определению выявления микобактерий и их резистентных форм причисляются лица с сопутствующими заболеваниями: алкоголизм, наркомания, гепатит «С», аллергические болезни, сахарный диабет, коллагенозы (у лиц, долго получавших стероидные гормоны и др.).

По возрастным особенностям у лиц в возрастных группах 0-3 и 4-6 лет бактериовыделение не отмечается. Также в возрастных группах 7-12 и 13-14 лет имеем отрицательные ДК. В группе 30-39 лет ДК и его информативность равны 0. Высоким оказался риск бактериовыделения и его резистентных форм среди возрастных групп 18-29, 40-49 и 60-69 лет. Однако возраст 18-29 лет для резистентных форм не является фактором высокого риска. Семейные люди, причем если в семье имеется более 3-х детей, также представляют высокий фактор риска бактериовыделения и его резистентных форм. Причем мужчины имеют положительный ДК против отрицательного ДК у женщин. Оказалось, что больные, лечившиеся не по методическим рекомендациям, лица, у которых к концу основного курса лечения бактериовыделение прекратилось, но деструкция сохранялась,

лица, имеющие контакты с МЛУ ТБ, больные с рецидивами и отказывающиеся от лечения, имеют высокий фактор риска выявления микобактерий туберкулеза и их резистентных форм. Определено, что и у больных АВ (IV) группы крови фактор риска по бактериовыделению высок. А по резистентным формам фактор высокого риска имеют больные с положительным резусом. При определении зависимости бактериовыделения и его резистентных форм оказалось, что фактором высокого риска по бактериовыделению оказалось проживание в III зоне - горные и предгорные местности более 700м над уровнем моря (высокогорные - свыше 1800 м, среднегорные - 1200-1800м., низкогорные - 700-1200м). А по определению устойчивых штаммов к группам высокого риска относились жители I зоны - низменные индустриально-городские - до 400м над уровнем моря. Жители II зоны - предгорные и низменные - от 400-700м над уровнем моря - имеют положительный ДК по бактериовыделению. Высокий уровень ДК и резистентные формы определяются среди беженцев и лиц, находившихся в заключении, не знавших о наличии заболевания туберкулезом. У больных, лечившихся в пенитенциарной системе, и мигрантов имеется большой риск заболевания резистентными формами туберкулеза.

Выводы

Методом последовательного статистического математического прогнозирования по А.Валду определены следующие факторы высокого риска по бактериовыделению и его резистентным формам: широко распространенный специфический процесс (с поражением 1 и более сегментов); туберкулез легких с деструкцией диаметром более 2-х см; пенсионеры и домохозяйки; хронически текущие формы туберкулеза (кавернозный, фиброзно-кавернозный); больные, имеющие сопутствующие заболевания: алкоголизм, наркоманию, гепатит «С», аллергические болезни; лица, длительно получавшие стероидные гормоны (с коллагенозами, полиартритами и др.), сахарный диабет; возрастные группы 18-29 и 40-49 лет; мужчины; лица, проживающие в семье с наличием более 3-х детей и подростков; больные, лечившиеся не по методическим рекомендациям; больные, у которых к концу основного курса лечения бактериовыделение прекратилось, но деструкция сохранялась; лица, прервавшие курс лечения; больные, которые имели контакты с МЛУ ТБ; рецидивы; больные с группой крови АВ (IV), Rh (+); лица, про-

живающие в III зоне - горно-предгорных и среднегорных регионах; беженцы; лица, находившиеся в заключении, которые не знали о наличии у них туберкулеза; лица, находившиеся в заключении, которые лечились по поводу туберкулеза. Также определены следующие факторы низкого риска по бактериовыделению и его резистентным формам: отсутствие каверны или каверны до 1 см, студенты, военнослужащие, сельскохозяйственные труженики, внелегочные формы туберкулёза, очаговая форма туберкулёза, язва желудка и 12-перстной кишки, психические нарушения, воспаление верхних дыхательных путей, злокачественные болезни, возраст 0-17, холостяки, резус-отрицательные Rh (-), группа крови O (I), B (III).

РЕЗЮМЕ

С целью повышения эффективности методом пассивного выявления туберкулёза ретроспективно проанализирована медицинская документация на 6213 больных активным туберкулёзом, находившихся на стационарном лечении в первом городском противотуберкулёзном диспансере № 1 г. Баку за период 1993-2002 гг. При анализе медицинской документации на указанных больных с помощью перфокарты К-5 с двухрядной перфорацией по краю, отмечены факторы риска развития бактериовыделения и его резистентных форм у больных туберкулёзом лёгких. Такими факторами оказались: распространённость специфического процесса и размер деструкции, род занятий; клинические и лечебные факторы; группа крови и резус-факторы; зона проживания; жилищно-бытовые условия. С целью определения степени влияния этих факторов на развитие бактериовыделения и его устойчивых форм использовался метод последовательного статистического математического прогнозирования по А.Валду, с последующим определением диагностического коэффициента для каждого фактора. Определен уровень высокого (+13) и низкого (-20) риска развития бактериовыделения и его резистентных форм среди указанных больных.

SUMMARY

There were analyzed the medical documents of

6213 patients with tuberculosis detected by of passive method treated in the clinics at Baku' TB dispensary N 1 over 1993-2001 years in order to improve the effectiveness of TB cases detection. Factors of development of bacterium excretion and its resistant forms detected in patients with pulmonary TB through analysis of medical documentation of patients with C-5 punch card of two line and marginal perforation were determined such as:

Prevalence of of specific process and destruction size, social status, clinical and medical factors types, concomitant diseases, age, sex and marital status, blood group and rhesus factor, place of residence, living conditions etc. Method of statistic mathematical prognostic analysis by A. Vald was used to determine their influence degree on development of bacterium excretion and its forms with following determination of the diagnostic coefficient is determined for every factor. Level of the high (+13) and low (-20) risk for development of bacterium excretion and its resistant forms among detected patients was determined.

Литература

1. Боровков А.А. Математическая статистика. - М. 1984, 50 с.
2. Березовский Б.А. Солобай Р.Ю., Марчак В.В. и др. //Пробл. туб.-1991.- №12.-С. 3-5.
3. Валд А. Последовательный анализ. М. -1960.- С. 66-68.
4. Ширяев А.Н. Статистический последовательный анализ. Оптимальные правила остановки.- М., 1969.-С. 44-49.
5. Шихалиев Я.Ш. Совершенствование методов выявления и лечения рецидивов туберкулеза: Автореф. дис.... д-ра мед. наук.-М.- 2001.- 32 с.
6. Шихалиев Я.Ш., Мамедбеков Э.Н., Мамедьярова Ф.А. и др. //Новые диагностические и образовательные технологии во фтизиатрии и пульмонологии: Материалы междунар. конф.- Алма-Ата, 2003 .- С. 11.
7. Юкелис Л.И. и др. //Проб. туб.- 1991.- №2.- С.13-15.
8. Ильина Т.Я. и др. // Туберкулёз и болезни лёгких.- 2009.- № 12.- С. 38-45.

ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА (ОБЗОР)

Аленова А.Х.

Национальный центр проблем туберкулеза, г. Алматы.

Непрямой твердофазный иммуноферментный анализ (ELISA) является одним из наиболее распространенных высокочувствительных методов оценки ряда показателей иммунитета в сыворотках крови больных инфекционными заболеваниями. В то же время, первоначально этот метод был разработан для гистохимических исследований, но, начиная с середины 70-х годов, он стал использоваться для количественного определения антигенов и антител в биологических жидкостях. Высокий уровень чувствительности анализа обеспечивается возникновением энзим-субстратного комплекса с последующим высвобождением продуктов реакции. Количество специфических антител в сыворотках пропорционально количеству гидролизованного субстрата и оценивается фотометрически на полуавтоматических и автоматических анализаторах.

Благодаря развитию новых рекомбинантных технологий и генной инженерии, на сегодняшний день на основе иммуноферментного анализа возможно определение уровня различных иммуноглобулинов, белков специфических антител к различным компонентам клеточной оболочки микобактерий туберкулеза (МБТ), различных цитокинов: ИЛ-1, ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИФН- γ , ФНО- α и, следовательно, возможна оценка с одной стороны активности, специфичности и направленности туберкулезного процесса, и с другой - эффективности лечения.

Эти целенаправленные работы были начаты на базе Центрального института туберкулеза РФ в начале 80-годов и позволили по-иному взглянуть на иммунопатологические изменения при туберкулезном процессе [1].

В результате многолетних исследований российских и зарубежных ученых были выявлены основные закономерности антителообразования и эффективности серологической диагностики туберкулеза: чем комплекснее антиген, тем выше чувствительность и ниже специфичность тестов. В тоже время специфичность метода различается в разных странах в зависимости от инфицированности населения *M. tuberculosis* и нетуберкулезными бактериями и от проведения вакцинации БЦЖ и т.д.

У детей информативность серодиагностики оказалась ниже, чем у взрослых. При первичном ту-

беркулезе более информативно определение противотуберкулезных антител класса IgM, при вторичном - IgG. Чувствительность метода ИФА составила 70%.

Наибольшую эффективность метод ИФА, по данным ряда научных работ ЦНИТ МЗ РФ, имеет в диагностике туберкулезного менингита при исследовании спинномозговой жидкости. В этом случае чувствительность анализа составляет 82-85%, а специфичность - 97-98% [2].

Для повышения специфичности ИФА продолжают поиски более специфичных антигенов, в том числе получаемых генно-инженерным путем: ESAT-6 и др. Применение строго специфичных антигенов (38 кДа, ESAT) повышает специфичность, но значительно уменьшает чувствительность анализа [2].

В процессе клинико-иммунологического наблюдения за беременными больными туберкулезом установлено, что глубина нарушений иммунитета, клиническое течение специфического процесса коррелируют с титром ПТА, но не с кожными пробами и РТМЛ, последнее обусловлено клеточной энергией. У этого же контингента лиц со скрытой активностью туберкулезного процесса, а также с последующей реактивацией заболевания после родов, уже в период беременности имело место повышение уровня гаптоглобина, церулоплазмينا и L-1 гликопротеина и С3 компонента комплемента, определенных в ИФА, по сравнению с аналогичными значениями у женщин без реактивации заболевания после родов. Было также установлено, что дети раннего возраста, родившиеся от больных туберкулезом женщин, относятся к группе риска не только по туберкулезу, но и по неспецифической заболеваемости в связи с подавлением у них клеточного и гуморального иммунитета (достоверно снижен IgG в в 5-7 дней и 6 месяцев), неспецифические факторы защиты (С3 компонент комплемента с рождения и до 2-х лет) [3]. Иммуноферментный анализ можно эффективно использовать в дифференциальной диагностике заболеваний легких, одновременно определяя содержание ряда онкомаркеров и уровень противотуберкулезных антител [4,5].

Исследования Вахидовой Г.А. и Кульберг А.Я. [6] показали, что у больных туберкулезом легких

интенсивность катаболического распада клеточных рецепторов повышена и зависит от активности процесса, клинической формы, фазы и характера течения заболевания. Высокое содержание R-белков и естественных антител к эритроцитам барана характерны для больных туберкулезом с распространенными и деструктивными процессами в легких.

Известно, что туберкулез относится ко вторичным иммунодефицитам, но благодаря исследованиям на основе иммуноферментного анализа определена прямая корреляционная связь между тяжестью туберкулезного процесса и уровнем антител к пептидам тимуса и обратная - с содержанием СД 3 и СД-4 лимфоцитов [7].

В связи с ростом заболеваемости внелегочными формами туберкулеза Матусевич В.Г. [8] рекомендует шире использовать иммуноферментный анализ, так как эта категория больных практически не выделяет микобактерии туберкулеза, а по титру антител можно опосредованно судить о специфическом антителообразовании к микобактериям туберкулеза, находящихся в лимфоузлах, макрофагах костной системы и т.д. Это позволило бы избежать формирования запущенных и осложненных форм экстрапульмональных форм туберкулеза.

Научные проспективные исследования на базе костно-хирургического отделения НЦПТ МЗ РК у 156 женщин репродуктивного возраста позволили разработать комплекс методов, дающих возможность своевременно выявить у них туберкулезный процесс, в том числе в послеродовом периоде. В частности, применение ИФА и ПЦР у больных костно-суставным туберкулезом позволило выявить специфичность процесса в активной стадии туберкулезного спондилита с осложненным течением в 100% и 42,9% случаев; в активной стадии тубспондилита без осложнений - в 41,6% и 37,5%, а при туберкулезе мелких костей и суставов - в 40,0% и 22,2 % случаев соответственно.

Комплексное использование КТ, МРТ, ИФА и ПЦР дало возможность в 53,2% случаев диагностировать костно-суставной туберкулез у женщин репродуктивного возраста на начальной стадии заболевания; из них в 4,9 % случаев в фазе первичного остита, что способствовало излечению по I типу. Комплексная и своевременная диагностика начальных форм туберкулезного спондилита позволила в 3,9 раз уменьшить число больных первой группы инвалидности [9].

Хан О.Е. [10] на большом контингенте больных костно-суставным туберкулезом показала воз-

можность применения уровня содержания иммуноглобулинов в дифференциальной диагностике заболевания. В частности, была установлена гипорепродукция иммуноглобулинов класса А у лиц, страдавших специфическим процессом.

Иммуноферментный анализ позволяет проводить дифференциальную диагностику плевритов на основе сравнения уровня противотуберкулезных антител, как в периферической крови, так и в плевральной жидкости. Исследованиями установлено, что титр противотуберкулезных антител (ПТА) у больных с туберкулезной этиологией экссудативного плеврита был достоверно выше ($0,476 \pm 0,04$ ед.о.п.) нежели при опухолевых ($0,228 \pm 0,02$ ед.о.пл.) и неспецифических выпотах ($0,300 \pm 0,04$ ед.о.пл) [11]. Отмечена тенденция повышения титра противотуберкулезных антител как в сыворотке крови, так и в выпоте больных в 1,2 раза в зависимости от длительности заболевания. Это объяснимо большим антигенным раздражением иммунокомпетентных клеток микобактериями туберкулеза по мере прогрессирования заболевания, синтезом всех типов антител в процессе пролонгированного иммунного ответа. Если средние значения ПТА в сыворотке крови больных с длительностью заболевания до 1 месяца составили $0,42 \pm 0,04$ ед.о.п., то у лиц с давностью процесса 3 месяца - $0,54 \pm 0,06$ ед.о.п [12].

Важную роль в противотуберкулезной защите играют цитокины, согласно морфогенезу туберкулеза, в местах размножения микобактерий образуется гранулема, состоящая главным образом из макрофагов и лимфоцитов. Однако, если макрофаги не получают должной поддержки от иммунной системы, Т-лимфоцитов, цитокинов, то не происходит защитной локализации туберкулезной инфекции и наблюдается дальнейшее распространение туберкулеза [13].

В диссертационном исследовании Зетова А.Ш. [14], показано, что по содержанию цитокинов в крови и плевральной жидкости в комплексе с другими методами можно судить об этиологии плевритов. В частности, наиболее высокие средние значения показателей IL2 были обнаружены в сыворотке крови здоровых лиц $413,5 \pm 31,2$ пг/мл, у больных с туберкулезным плевритом их содержание было в 2,6 раза ниже; корреляция с титром ПТА чаще была обратной. Содержание IFN- γ , IL-1 β в периферической крови и, особенно, в плевральной жидкости больных с экссудативным тубплевритом было достоверно выше, чем у здоровых лиц в несколько раз; корреляция с титром ПТА А, М, G

в сыворотке и экссудате была обратной. Уровень IL-4 в периферической крови больных по сравнению с донорами повышался в 5, 4 раз. Полученные результаты свидетельствуют о гиперпродукции цитокинов: IL1, IL4, IFN- γ и снижении синтеза IL2 у больных с туберкулезом по сравнению с донорами, а также об их активном вовлечении в специфическое туберкулезное воспаление плевры. Изучение уровня цитокинов: IL1, IL2, IL4, IFN- γ наряду с клинической симптоматикой у больных с впервые выявленным туберкулезом легких с прогрессирующим и благоприятным течением позволило разработать критерии диагностики прогрессирования процесса [15].

В силу сложности верификации туберкулезной этиологии заболевания глаз, Исеркеповой Ж.С. [16] проведено изучение результатов ИФА в крови слезной жидкости у больных с туберкулезным и неспецифическим поражением органа зрения. Анализ результатов иммуноферментного анализа показал, что у лиц с туберкулезным поражением глаз имело место достоверное различие средних значений титров ПТА по сравнению с аналогичными у лиц с неспецифическим поражением глаз.

Однако, проводя индивидуальный анализ значений ПТА у больных туберкулезом глаз всех групп по сравнению с отрицательным контролем (0, 188±0,02 ед.о.п.), положительные результаты ИФА достигнуты у больных с кератитом в 51,8% (14 больных) случаев; увеитом – в 60% (24 больных) и нейроретиоретинитом в 52,6% (10 больных) случаев. Это является неплохим показателем, позволяющим в среднем в 54,8% случаев верифицировать туберкулезный генез развившейся патологии глаз для назначения адекватной терапии.

Исследования последних лет свидетельствуют о сложности в интерпретации обычных анализов ИФА, неоднозначной оценке уровня ПТА в качестве маркеров воспаления, так как они представлены различной молекулярной массой, но доминируют в несвязанном состоянии в циркулирующих иммунных комплексах антитела с молекулярной массой в диапазоне 11-20 кДа (у 100% больных) и 41-50 кДа (у 52,9%). Достоверность выявления специфических ПТА может быть существенно повышена при их параллельном выявлении методом иммунного блотинга в свободном и связанном состоянии [17].

Вышеотмеченные обстоятельства отражались и при интерпретации уровня ПТА у больных туберкулезом легких с рецидивами и неудачами лечения. В частности, на умеренное индивидуальное

содержание титра противотуберкулезных антител определенную роль оказывало повышенное содержание Т-супрессоров в начале лечения [18]. Хотя в целом у лиц с высоким антителообразованием (1,109±0,1 ед.оп) наблюдалось более высокое содержание СД-4 (31,1±2,31% против 28,7±1,2 %) по сравнению с группой больных с низким титром антител (0,608±0,03 ед. оп).

Важную роль в оценке эффективности патогенетического лечения у больных туберкулезом отводится комплексной оценке иммунитета с обязательным определением уровня специфических и неспецифических антител на основе ИФА [19, 20, 21].

Выводы

Таким образом, в современных условиях сохраняется актуальность изучения ряда показателей гуморального иммунитета методом ИФА как в целях установления этиологии воспаления, так и для оценки эффективности патогенетического лечения. В то же время, интерпретация уровня противотуберкулезных антител должна проводиться в контексте с состоянием клеточного иммунитета. Достоверность результатов может быть повышена при использовании иммуноблотинга и параллельном выявлении ПТА в свободном и связанном в виде ЦИК состоянии.

Литература

1. Авербах М.М., Литвинов В.И. // Пробл.туб.-1989.-№2. - С.65-69.
2. Перельман М.И. Фтизиатрия: национальное руководство.- М., 2007.- 506 с.
3. Аленова А.Х., Ракишев Г.Б. Туберкулез у женщин.- Алматы, 2004.-С.158.
4. Мороз А.М. Лабораторная диагностика туберкулеза: реальность и перспективы // Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы.- М., 2000.-С.64-65.
5. Суховой Ю.Г., Попов А.В., Матаев С.И. и др. Иммунный статус больных туберкулезом в условиях пенитенциарного учреждения // Туберкулез- старая проблема в новом тысячелетии: Тр. междунар. конф.- Новосибирск, 2002.- С. 162-163.
6. Вахидова Г.А., Кульберг А.Я. // Пробл.туб.-1990.- №8 -С.50-53.
7. Аутеншлюс. А.И., Седова Ю.В., Шкунов А.Н. и др.// Пробл.туб.-2004.-№10 -С.31-36.
8. Матусевич В.Г. Современные методы диагностики внелегочного туберкулеза // Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы.- М., 2000.-С. 146-147.
9. Асемгалиев Д.Ж. Клиника, диагностика и лечение костно- суставного туберкулеза у женщин репродуктивного возраста: Автореф. дис.... канд. мед. наук. -2003.-26с.
10. Хан О.Е. Клинико- иммунологические диф-

ференциально- диагностические критерии костно-суставного туберкулеза: Автореф. дисс.....на соискание ученой степени кандидата медицинских наук.- Алматы, 2000. -25с.

11. Ракишев Г.Б., Аленова А.Х; Чаймерденов С.Ш., и др. Некоторые аспекты диагностики туберкулезных плевритов // Материалы 6 съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана. - Ташкент, 2005 г.- С.83.

12. Аленова А.Х , Чаймерденов С.Ш., Зетов А.Ш , Исмаилова А.Т. Некоторые аспекты диагностики туберкулезных плевритов // Междунар. конгресс пульмонологов Центральной Азии.- Астана, 2004.- С.99

13. Ерохин В.В //Актуальные вопросы фтизиатрии: сб. науч. тр. к 6 съезду фтизиатров РК с международным участием.- Алматы, 2010. - С.179-186.

14. Зетов А.Ш Диагностика и лечение экссудативных плевритов туберкулезной этиологии. Автореф. дис... канди. мед. наук. Алматы, 2006 - 24 с.

15. Alenova A.Ch., Kasaeva L.T. //European Respiratory Society. Annual congress.- 2008, Germany.-S. 1936.

16.Исеркепова Ж.С. Совершенствование диагностики туберкулеза глаз и оптимизация фтизиоофтальмологической помощи населению Республики Казахстан.

Автореф. дис.... канд. мед. наук. - Алматы, 2010.- 26

17. Хаертынова И.М., Валиев Р.Ш., Цибулькин А.П. и др, Особенности формирования гуморального иммунного ответа у больных туберкулезом // Пробл.туб.-2007 -№8 -С.47-50.

18.Аленова А.Х., Хаадамова Г.Т, Мясникова Г.А. Клинико- иммунологические показатели у больных туберкулезом легких при рецидивах и неудачах лечения// Международная конференция , посвященная 80-летию М.М. Авербаха, М., 2010. - С. 45-49.

19.Кноринг Б.Е., Елькин А.В., Смирнов М.Н. Иммунокоррекция Ронколейкином при туберкулезе легких // Пробл.туб.-1999.-№5 -С.26-29.

20. Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л., Аленова А.Х, Шаймуратов Ш.Ш. Опыт применения ронколейкина в комплексном лечении больных с впервые выявленным распространенным туберкулезом легких// Фтизиопульмонология. - 2003. - №2. -С.79 -82.

21.Свистунова А.С.,Пинегин Б.В, Литвинов В.И. и др., Липоид в комплексном лечении больных туберкулезом легких, М., 20005

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ВНЕЛЕГОЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ У ДЕТЕЙ

*Жабаева К.А., Бабасанова А.К., Пивень А.И.,
Зинковская Т.Н. Алифтеннова А.*

Северо-Казахстанский областной противотуберкулезный диспансер, г.Петропавловск

В последние годы продолжается рост числа больных туберкулезом, сохраняется высокая детская заболеваемость, растет заболеваемость детей из туберкулезных контактов и показателей инфицированности детского населения.

Основное внимание фтизиатры, врачи общей лечебной сети обращают на туберкулез органов дыхания как наиболее частую и манифестную форму заболевания. Вместе с тем, несмотря на относительно малую долю в общей структуре заболевания, туберкулез внелегочных локализаций не потерял своего значения.

Внелегочные формы туберкулеза у детей занимают достаточно скромное место в структуре заболеваемости, так, по Северо-Казахстанской области в 2007 году этот показатель составил 9,7 на 100

тыс. населения, в 2009г. 18,8 на 100 тыс.населения. Чаще всего встречается туберкулез периферических лимфоузлов – 58,3% среди всех внелегочных форм туберкулеза у детей, у детей раннего возраста чаще всего встречается туберкулез костей и суставов – 33,3%. У части этих детей отмечается осложненное течение вакцинации БЦЖ.

В связи с рядом клинических особенностей данной патологии, трудностью в диагностике редкой локализации поражения приводим следующие клинические примеры (из родственных семей):

Наблюдение 1.

Больной А., 7 лет, житель города Петропавловска, проживает в общежитии. Находился на стационарном лечении в ОПТД г. Петропавловска с 30.06.06 – по 20.05.07 с диагнозом: Туберкулезный

спондилит L3-L4, ограниченная деструктивная форма. Жалобы при поступлении на незначительные боли в поясничном отделе позвоночника, утомляемость спины при сидении и ходьбе, субфебрилитет.

Анамнез заболевания

Заболел в марте 2006 года, когда появились боли в поясничном отделе позвоночника, лечился амбулаторно у хирурга без эффекта, затем находился на вытяжке в хирургическом отделении областной детской больницы с диагнозом Spina bifida, выписан с улучшением.

С 14.05.06 отмечается подъем температуры, высокое СОЭ, вновь госпитализирован в детскую областную больницу, ревматологическое отделение. 28.05.06 консультирован фтизиоosteологом, а при рентгенографии поясничного отдела позвоночника костных деструктивных изменений не выявлено. В ревматологическом отделении проводилась антибактериальная терапия, больной продолжал лихорадить, выставлен диагноз: Системное заболевание соединительной ткани. Назначен преднизолон в дозе 1 мг/кг, с 4.06.06 по 2 мг/кг. Клинически ребенку после назначения преднизолона стало лучше, боли нет, но субфебрилитет сохраняется. Ребенок направлен и госпитализирован в Научный центр педиатрии и детской хирургии, отделение сердечно-сосудистой хирургии, где находился с 11.06.06 по 18.06.06 с диагнозом: Системное заболевание соединительной ткани для дообследования и уточнения диагноза. Там проведено обследование: рентгенография поясничного отдела позвоночника – признаки спондилита L3-L4, туберкулез?

Проведено компьютерная томография поясничного отдела – деформация и деструкция костной ткани тел позвонков L3-L4. Туберкулезный спондилит, спондилитическая фаза.

Ребенок выписан по настоянию матери для дальнейшего лечения по месту жительства. 30.06.06 ребенок госпитализирован в детское отделение ОПТД г.Петропавловска.

Из анамнеза жизни. Ребенок от первой беременности, первых родов в срок. Рос и развивался соответственно возрасту. Из перенесенных заболеваний отмечалось ОРЗ 2-3 раза в год. У двоюродного брата - туберкулез костей. БЦЖ в роддоме – рубчик 3 мм. Р. Манту от 12 мая 2006 – 10мм.

St. praesens: состояние ребенка средней степени тяжести. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная ЧСС – 84 в минуту.

Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Область почек визуально не изменена. Нарушение функций тазовых органов нет.

St. localis: Небольшая асимметрия плечевого и тазового пояса. Нагрузка по оси позвоночника болезненна. Осанка щадящая: сидит, опираясь руками. Выстояния остистых отростков нет. Пальпаторно и перкуторно болезненность на уровне L3-L4, паравerteбрально – на этом же уровне. Движения в поясничном отделе ограничены.

ОАК от 30.06.06 – Эр. – 3,6*10¹² г/л, Нв – 105 г/л., L – 6,7*10⁹г/л, Э-1, П-1, С-66, М-4, СОЭ – 48 мг/г. ОАМ – от 30.06.06, белок – 0,33 г/л, уд.вес – 1010, эпителий – 2-3 в п/зр., Le – 2-5 в п/зр., Эр. – 0-2 в п/зр. Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях от 17.06.06 – отмечается сужение суставной щели L3-L4. Разрушены частично тела L4, деформация тела L4, структура тела неоднородна, контур замыкательной пластинки L3 на рентгенограмме не нарушен. Анализ мокроты 3-хкратно методом микроскопии от 1,2,5.07.06 МТ-отр. Начато лечение по I кат. DOTS с 22.07.06 интенсивная фаза с 22.07.06 – 20.10.06, Н-0,2, R-0,3, Z-1,0, S-0,5 (2 мес.)

Поддерживающая фаза с 21.10.06 по 13.05.07 210 доз по схеме – изониазид 0,2, рифампицин – 0,3 ежедневно. Также проводилась патогенетическая терапия.

В результате лечения наступило клинкорентгенологическое улучшение, болей в спине нет, объем движений ограничен незначительно. Нагрузку переносит хорошо (в корсете). Выписан под наблюдение фтизиоosteолога.

Наблюдение 2.

Больной Л., 2 года, неорганизованный. Переведен из ДОБ в детское отделение областного противотуберкулезного диспансера 25.05.06 с диагнозом – хронический остеомиелит правой плечевой кости. Туберкулез правого плеча.

Из анамнеза – в феврале 2006 года мама заметила у ребенка опухолевидное образование на правом плече, обратилась к педиатру. Госпитализирована в ДОБ хирургическое отделение. Была вскрыта флегмона, наложен дренаж. Посев гноя от 13.02.06 – МТ+ №884. Направлен в ОПТД для дальнейшего лечения.

Из анамнеза жизни – Ребенок от I беременности и родов. Развивался соответственно возрасту. Перенесенные заболевания – ОРЗ нечасто, о.энтерит. Туб.

контакт – двоюродный брат заболел туберкулезом позвоночника. БЦЖ в роддоме – руб. 3 мм.

Жалобы при поступлении на незначительные боли в области послеоперационной раны, сухой кашель, насморк. При осмотре – St. localis: на верхней трети правого плеча разрез 2 мм, из раны скудное отделяемое в виде творожистого некроза. Пальпируются периферические шейные лимфоузлы I-II размеров на стороне поражения.

Обследован – общий анализ крови, мочи от 26.02.06 без особенностей. Бакпосев (содержимое из раны) МТ+ =3 колон №2359. Рентгенограмма правой плечевой кости от 13.03.06 проекции: в верхней трети правой плечевой кости определяется центрально-расположенный очаг литической деструкции с выраженным склеротическим ободком.

Контур кости четкие.

На основании жалоб, анамнеза, клинкорентгенологических данных выставлен клинический диагноз – А18, 0 Туберкулез верхней трети правой плечевой кости, активная стадия, гнойно-некротическая фаза, осложненный натечным абсцессом.

Проведено лечение согласно I категории DOTS по схеме 4HRZE, 7HR.

Лечение завершено 20.01.06. Выписан ребенок в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, заболеваемость внелегочными формами туберкулеза указывает на ухудшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в целом.

Туберкулез экстраторакальных локализаций может протекать с разнообразными клиническими проявлениями. Своевременно начатое комплексное интенсивное лечение противотуберкулезными препаратами позволяет достигнуть хорошего клинического результата.

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные анализа за 2007-2009гг. по заболеваемости внелегочными формами туберкулеза среди детей по СКО. Этот показатель в 2007г. составил 9,7 на 100 тыс. населения, 2009г. -18,8 на 100тыс. населения. Из всех форм внелегочного туберкулеза чаще встречается туберкулез периферических лимфоузлов - 58,3%. Туберкулез

костей и суставов чаще встречается у детей раннего возраста - 33,3%. Из выше приведенных примеров видно, что туберкулез внелегочных локализаций может протекать с разнообразными клиническими проявлениями, которые создают трудности в диагностике данной патологии. Своевременно начатое комплексное интенсивное лечение противотуберкулезными препаратами позволяет достигнуть хорошего клинического результата.

ТҰЖЫРЫМ

Өкпеден тыс туберкулездің тіркелу пайызының жоғарлауы Петропавл қаласы бойынша туберкулездің індеттік ахуалының күрделі екенін көрсетеді. Бұл көрсеткіш 100 мың адамға шаққанда 2007 жылы - 9,7, 2009 жылы - 18,8 құрап отыр. Клиникалық түрлері бойынша 58,3%-ды мойын, қолтық асты лимфобездерінің туберкулезі құрайды. Сүйек-буын туберкулезі 1 жасқа дейінгі балаларда жиі тіркеледі. Өкпеден тыс туберкулезі ерте анықтау қиын, өйткені олар әр түрлі клиникалық белгілермен кездеседі. Бірақ ерте басталған емнің нәтижесі жоғары.

SUMMARY

In this paper there given the data of analysis over 2007-2009 on incidence of extrapulmonary TB among children. In 2007 this indicator over North Kazakhstan oblast constituted 9.7 per 100.000 while in 2009 it did 18.8 per 100.000. Out of all TB forms of extrapulmonary TB, TB of lymphatic nodes occurred in 58.3%, bone-and-joint TB occurred more frequently among children of earlier age (33.3%). It is seen from above mentioned examples that TB of extrapulmonary location can be accompanied with diverse clinical manifestations which impede in diagnostics of this pathology. The timely started comprehensive treatment with anti-TB drugs allows reaching the successful clinical results.

Литература

1. Васильев В.И. Внелегочный туберкулез: Руководство для врачей – СПб., -2000.- С.207.
2. Ракишев Г.Б. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. – Алматы, 2001.- С.47.
3. Амангали М.Б., Арыстанов Д.Х. Клиника и диагностика туберкулезного спондилита // Фтизиопульмонология.- 2004.-№1.- С.31.

ЧАСТОТА СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Касаева Л.Т., Бекмуратов Е.Б., Таханова Ж.У., Оспанов Н.М., Жорабаева Л.А., Курмансеитова А.М.

ЮКГФА, ОПТС, ОПТД, г. Шымкент

В Казахстане в последнее время отмечается значительное снижение заболеваемости туберкулезом с 160,4 на 100 тысяч населения в 2003 году до 125,5 в 2008 году, а смертности с 22,4 на 100 тысяч до 16,9, соответственно. Но, тем не менее, эпидемиологическая ситуация остается напряженной из-за роста распространенных, мультирезистентных и деструктивных форм туберкулеза легких. Такая эпидемиологическая обстановка способствует прогрессированию туберкулеза легких и низкой эффективности проводимого лечения [1, 2, 3, 4, 5].

Целью настоящей работы явилось изучение частоты и характера сопутствующей патологии у больных с впервые выявленным туберкулезом легких.

В связи с поставленной задачей было проведено наблюдение рандомизированным методом за 225 больными с впервые выявленным туберкулезом легких, находившимися на стационарном лечении в легочно-терапевтическом отделении ОПТД ЮКО.

Нами проведен комплексный анализ клинкорентгенологических и лабораторно-инструментальных данных у всех 225 больных на протяжении 4 месяцев, на основе которого мы сочли возможным подразделить их на 2 основные группы в зависимости от типа течения: благоприятного и прогрессирующего. В I группу включено 174 больных с ограниченным туберкулезным процессом в легких; во II группу - 51 больной с распространенным туберкулезным процессом в легких.

По полу больные распределялись следующим образом: в I группе мужчин было 97 (55,7%), женщин - 77 (44,3%); во II группе мужчин - 28 (54,9%), женщин - 23 (45,1%). Возрастные колебания среди больных составили от 18 до 64 лет. Пациентов I и II групп в возрасте 18-29 лет было соответственно: 89 (51,2%) и 26

(51,0%); 30-39 лет: 46 (26,4%) и 15 (29,4%); 40 - 49 лет: 25 (14,4%) и 7 (13,7%) и старше 50 лет: 14 (8,0%) и 3 (5,9%).

Бактериовыделение отмечено у 121 (69,5%) больного I группы; из них у 15 (12,3%) бактериовыделение носило обильный характер. Посевы на питательные среды позволили обнаружить рост микобактерий у 123 (70,7%) больных.

Методом трехкратной микроскопии мокроты у больных II группы микобактерии туберкулеза были выявлены у 47 (92,2%) больных; у 20 (42,6%) из 47 больных бактериовыделение носило обильный характер.

Посевы на питательные среды позволили обнаружить рост микобактерий у всех больных II группы. Лекарственная устойчивость у больных I группы к препаратам основного ряда выявлена у 11 (8,9%) больных из 123, из них к одному препарату наблюдалась в 9 (81,8%), к двум препаратам - в 2 (18,2%) случаях. Мультирезистентная форма туберкулеза у больных I группы не была диагностирована. У больных II группы лекарственная устойчивость к препаратам основного ряда выявлена у 30 (58,8%) из 51 больных, из них к одному препарату наблюдалась в 9 (30%), к двум препаратам - в 12 (40,0%), к трем - в 6 (20,0%), к четырем - в 3 (10,0%) случаях. Мультирезистентная форма туберкулеза у больных II группы диагностирована у 14 больных из 30 (с выросшими устойчивыми культурами) 46,7% и в пересчете на общее количество больных второй группы - в 27,4% (14 из 51 больных) случаев.

Полости распада в легких наблюдались у 149 (85,6%) лиц I группы и у всех больных II группы.

По клиническим формам туберкулеза легких больные распределились следующим образом (Табл. 1):

Таблица 1

Распределение больных по клиническим формам туберкулеза органов дыхания в двух сравниваемых группах

Клинические формы туберкулеза легких	Группы больных			
	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Инфильтративный	172	98,8	47	92,2
Казеозная пневмония	-	-	4	7,8
Очаговый	2	1,2	-	-
Всего	174	100	51	100

Ключевое место уделялось томографическому исследованию органов грудной клетки. В результате было обнаружено, что в I группе поражение только 1 сегмента было в 1 (0,6 %) случае, верхних долей - в 158 (90,8 %), нижних – в 15 (8,6%) случаях. Во II группе имело место поражение одного легкого у 33

(64,7%) больных и двустороннее - у 18 (35,3%).

Проведен анализ сочетания туберкулеза у впервые выявленных больных обеих групп с сопутствующей патологией, где последние были диагностированы у 73 (41,9%) больных первой группы и у 32 (62,7 %) больных второй группы (рис 1).

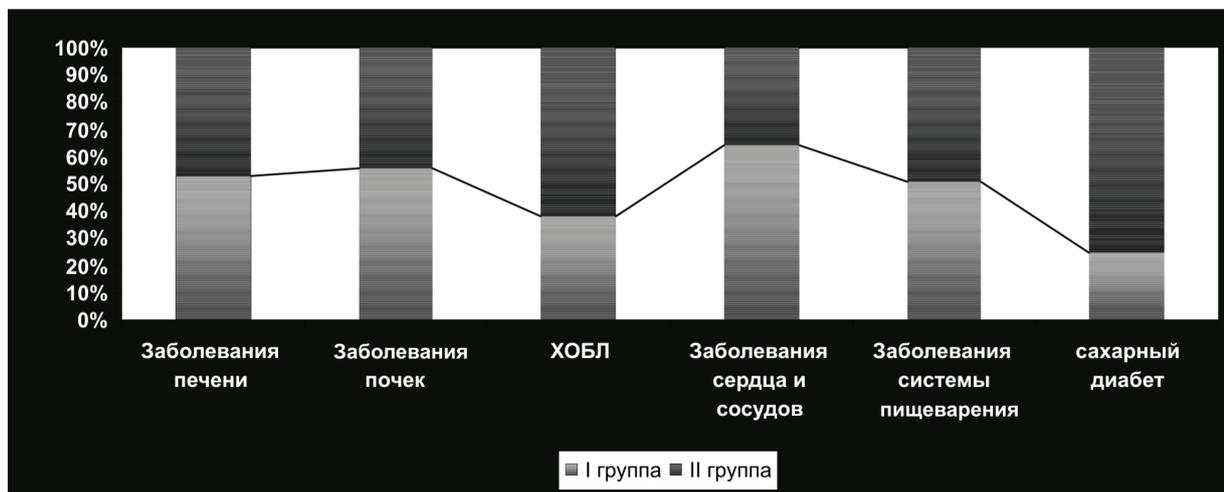


Рисунок 1 - Сопутствующие заболевания у больных туберкулезом легких обеих групп

Из рисунка 1 видно, что наиболее часто у больных I группы встречались заболевания печени и желчевыводящих путей (42,5%), почек (23,3%). Значительно реже наблюдались сердечно-сосудистые заболевания (10,9%), патология ЖКТ (9,6%), ХОБЛ (9,6%) и сахарный диабет (4,1%).

У больных II группы также наиболее часто встречались заболевания печени (37,5%), почек (18,8%). Значительно реже наблюдались сердечно-сосудистые заболевания (6,2 %), патология ЖКТ (9,4%), сахарный диабет (12,5%) и ХОБЛ (15,6%). Но в сравнительном аспекте у лиц II группы почти в 3 раза чаще туберкулез сопровождался сахарным диабетом.

С целью диагностики, при наличии показаний, больным проводили фибробронхоскопическое (ФБС) исследование, которое выявило специфическое поражение бронхов у больных первой группы в 10,3% (18 чел.) случаев и в 37,3% (19 чел.) второй.

Выводы

1. Клиническое течение и эффективность проводимого лечения у больных с впервые выявленным туберкулезом легких находятся в прямой зависимости от характера сопутствующих заболеваний.

2. Сопутствующие заболевания ряда жизненно важных органов служат главенствующим фактором, способствующим прогрессированию туберку-

лезного процесса.

3. При планировании лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких, а также с сопутствующими заболеваниями необходимо учитывать важность дополнительного финансирования на проводимое лечение сопутствующей патологии.

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные клинического течения и эффективности проводимого лечения у больных с впервые выявленным туберкулезом легких, находящихся в прямой зависимости от характера сопутствующих заболеваний. Сопутствующие заболевания, такие как заболевания печени, почек, желудка, сердечно-сосудистой системы и сахарный диабет, служат главенствующим фактором, способствующим прогрессированию туберкулезного процесса. Установлено, что при планировании лечения больных с впервые выявленным туберкулезом легких, а также с сопутствующими заболеваниями необходимо учитывать важность дополнительного финансирования на проводимое лечение сопутствующей патологии.

ТҰЖЫРЫМ

Алғаш рет анықталған өкпе туберкулезінің шектелген және жайылмалы түрлерінде науқастардың қосарланған ауруларын байқау мақсатында анықталды: алғаш рет анықталған өкпе

туберкулезінің жайылмалы түрінде науқастарда шектелген түрімен салыстырғанда ең жиі бауыр аурулары, бүйрек аурулары, жүрек-тамыр аурулары, ас қорыту жолдарының патологиясы, өкпенің созылмалы бейспецификалық аурулары және қант диабеті. Бұл жағдайлар қосарланған аурулардың алғаш рет анықталған өкпе туберкулезінің таралуы мен өршуіне себеп болады. Сонымен қатар, осы жағдай алғаш рет анықталған өкпе туберкулезімен науқастарда қосарланған ауруларды дер кезінде емдеуді талап етеді.

SUMMARY

As a result of studying of frequency and character of the intercurrent pathology in patients with limited and advanced forms in patients with newly detected pulmonary tuberculosis; in the patients with advanced tuberculosis process in lungs compared with limited forms the following diseases occurred more frequently: those of liver and biliary ways (42,5% versus 37,5%) kidneys (23,3% versus 18,8%) cardiovascular diseases (10,9% versus 6,2%) the pathology of the cholelithic

tract (9,6% versus 9,4%), Chronic obstructive lungs diseases (15,6% versus 9,6%) and diabetes mellitus (12,5% versus 4,1%). It is of evidence that the presence of intercurrent pathology promotes the course of advanced and progressing forms of newly detected pulmonary tuberculosis at the same time, that it is necessary to conduct the timely treatment of intercurrent diseases for patients with newly detected pulmonary TB.

Литература

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан /Под ред. Исмаилова Ш.Ш. - Алматы, 2009.- 68с.
2. Хоменко А.Г. //Рус. мед. журн.-1998.-№ 5.- С.121-125.
3. Стрелис А.К., Янова Г.В., Петрова Л.Е. и др. // Пробл. туб. –1999.- № 2.- С.5-7.
4. Мишин В.Ю., Чуканов В.И. // Рус.мед.журн.- 2002.-№ 5.- С.13-17.
5. 5 Белова Е.С., Жумабаева Ш.К., Сыздыкова Н.С. и др. //Вопросы туберкулеза и других инфекционных заболеваний: сб. тр. - Алматы, 2000.- ч.2.- С.26-28.

ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Нургалиев С.С.

ОПТД Алматинской области, г. Талдыкорган

Туберкулез мозговых оболочек или туберкулезный менингит является наиболее тяжелой локализацией туберкулеза. В зависимости от преимущественной локализации различают 3 клинические формы туберкулеза мозговых оболочек [1-4]:

1. Базилярный (базальный) туберкулезный менингит.

2. Туберкулезный менингоэнцефалит.

3. Туберкулезный менингоэнцефаломиелит.

Зачастую туберкулезный менингит представляет большие трудности в диагностике, особенно у пациентов с невыясненной локализацией туберкулеза. К поздней диагностике приводит также атипичное течение менингита и его сочетание с прогрессирующими формами легочного и внелегочного туберкулеза. Особенностью развития туберкулезного менингита у детей являются случаи начала острого заболевания (у 40% больных). По данным Елуфимовой Л.Ф. (2005), туберкулезным менингитом заболевают не привитые БЦЖ дети раннего возраста у

которых в анамнезе семейный контакт, и зачастую они из асоциальных семей.

Цель исследования: проанализировать случаи туберкулезного менингита, диагностированные в ОПТД Алматинской области.

Материалы и методы

Проведен анализ 17 случаев туберкулезного менингита, получавших лечение в ОПТД Алматинской области в 2007-2009 гг.

Результаты

Как показывают данные проведенного анализа, в большинстве случаев заболевание начиналось с продромального периода, который составлял 1-3 недели: общее недомогание, повышенная утомляемость, головная боль. Зачастую студенты связывали это с большой нагрузкой – сессией. В последующем головная боль усиливалась, температура повышалась до 39-40 градусов, появлялись менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, рефлекссы Бабинского, Оппингейма, Гордона. В ликворе от-

мечался выраженный лимфоцитоз более чем в 70% случаев, понижение сахара, хлоридов, отмечалось выпадение фибриновой пленки.

По данным специалистов в этой области, абсолютным диагностическим критерием является обнаружение микобактерий туберкулеза в СМЖ, в сочетании экспресс методов иммуноферментного анализа (ИФА) с полимеразной цепной реакцией (ПЦР). Но в нашем исследовании ни одного случая роста МБТ отмечено не было.

Дополнительным эффективным методом диагностики является компьютерная томография головного мозга, которая определяет состояние вещества мозга, его оболочек, субарахноидальное пространство, выраженность отека мозга. По данным исследований Лазаревой О.Л. (2002г), компьютерная томография позволила определить наличие гидро-

цефалии в 90,6% случаев, отек мозга - в 78,7%, наличие очаговых изменений в мозге и установить их локализацию - в 71%, т.е. высока информативность метода.

Кроме того, в комплекс методов обследований входило рентгенографическое обследование черепа в 2-х проекциях, грудной клетки.

Комплексное дифференцированное обследование 21 больного с подозрением на туберкулезный менингит позволило верифицировать диагноз. 4-м больным был снят диагноз туберкулезного менингита, после чего они были направлены в инфекционную больницу с диагнозами гнойного или серозного менингита.

17 больных туберкулезным менингитом были распределены по возрасту. (таблица)

Таблица

Распределение больных тубменингитом по возрасту

0-1	1-10	10-20	30-40	50-60	60 и выше
2	2	4	8	1	-

В 11,8% случаев это были дети до 1 года и в аналогичном проценте случаев – в возрасте до 10 лет. У детей раннего возраста менингит развился из-за близкого контакта с больными туберкулезом родственниками и в одном случае - из-за поздней вакцинации БЦЖ.

Распределение по клиническим формам выглядело следующим образом: в 2 случаях из 17 это был туберкулезный менингит и в 15 туберкулезный менингоэнцефалит.

Кроме туберкулезного менингита, у больных был отмечен туберкулез других органов. Так, милиарный туберкулез отмечался у 2 пациентов, первичный туберкулезный комплекс - в 1 случае, туберкулез легких – у 12, туберкулез костно-суставной системы – у 2 больных.

В нашей практике лечения больных туберкулезом центральной нервной системы наряду со специфической терапией применялась неспецифическая антибактериальная терапия цефалоспорином и карбомопенами, в сочетании с активаторами аэробного энергообмена клеток – актовегином, осмодиуретиками и седативными препаратами.

Исходы лечения таких больных были следующими: в 3 случаях был исход летальным, что составило 17,7% от всех пролеченных больных. А во всех остальных – с той, или иной степенью инвалидизации.

Таким образом, туберкулезный менингит оста-

ется грозным заболеванием, которое приводит к гибели больного или к инвалидизации. В этой связи очень важным является вопрос проведения своевременной диагностики и лечения больных туберкулезом центральной нервной системы.

Проанализировав данные литературы и истории болезни больных, получавших лечение на нашей базе мы предлагаем следующий объем исследования больных с подозрением на туберкулезный менингит:

- тщательный сбор анамнеза: упоминание о перенесенном туберкулезе, наличие контакта с туберкулезными больными;
- диагностическая спинномозговая пункция с проведением биохимического и цитологического исследования пунктата на микобактерии туберкулеза, определением уровня белка, сахара и хлоридов, соотношение лимфоцитов к лейкоцитам;
- в тех учреждениях, где имеется возможность, проводить ПЦР и ИФА;
- рентгенография черепа в 2-х проекциях, грудной клетки, других органов по показаниям;
- КТ головного мозга.

Литература

1. Беркос К.П. Царева Т.И. Туберкулезный менингит у детей. - Ташкент 1965. - С.12
 2. Елуфимова Л.Ф. //Пробл. туб.- 2005.- № 1.- С.3-10.

3. Лазарева О.Л. Особенности диагностики, течения и лечения туберкулезного менингита у взрослых. - М., 2002. - С.24

4. Ракишев Г.Б., Абдукаримов Х.Х., Бочаров С.А. и др. Интенсивная терапия туберкулеза мозговых оболочек и ЦНС: пособие для врачей . - Алматы, 2007 -32с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ДЕТЕКЦИИ МИКОБАКТЕРИЙ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ НА АППАРАТЕ ВАСТЕС MGIT 960

*Сарсенова А.К., Сақыбаева С.А., Утегенова Н.Т.
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент*

Введение

Достоверно подтвердить туберкулезную природу заболевания и изучить чувствительность выделенных микобактерий – это важное преимущество культурального метода. Широкое применение метода ограничивает техническая сложность и дороговизна, а также медленное размножение микобактерий туберкулеза, что не дает возможности оперативно использовать полученные результаты в разделении потоков больных при госпитализации и назначении им адекватного лечения.

С целью быстрого разделения потоков больных, нами проводились исследования по детекции МБТ и постановки теста на лекарственную чувствительность исследования мокроты на аппарате Вастес MGIT 960.

В последние годы произошло увеличение числа популяций высокожизнеспособных МБТ [1]. Жизнеспособность МБТ оценивается по скорости роста и массивности роста. При детекции на аппа-

рате Вастес MGIT 960, в отличие от классического метода, сроки роста МБТ сокращаются в 2 и более раз. Массивность роста при детекции на аппарате Вастес MGIT 960 не учитывается по причине инкубации на жидкой среде.

Материалы и методы

Нами проанализированы результаты бактериологического исследования мокроты на аппарате Вастес MGIT 960 у 83 впервые выявленных больных легочным туберкулезом из Южно – Казахстанской области, получивших лечение в областном противотуберкулезном диспансере за 8 месяцев в 2010 году.

Результаты и обсуждение

При изучении жизнеспособности МБТ по скорости роста штаммов при ускоренной инкубации на аппарате Вастес MGIT 960 установлено, что МБТ с жизнеспособностью высокой степени растут в течение 3-21 дней, МБТ с низкой жизнеспособностью растут в течение 21-42 дней).

Таблица 1

Структура лекарственной резистентности у больных с МБТ по скорости роста на аппарате ВАСТЕС.

	МБТ растущие в теч 3-21 дн	МБТ растущие более 21 дн	ИТОГО
H	4		4
R	2		2
S	3	2	5
HS	6	1	7
HES	1	1	2
HE	3		3
RE	1		1
RS	4	1	5
ES	2	1	3
HR	3		3
HRE	1		1

HRS	9	2	11
HRSE	13	2	15
ЧУВ	9	7	16
ШЛУ	5		5
ВСЕГО	66	17	83

Данные таблицы 1 свидетельствуют об увеличении резистентных форм (MDR, XDR и др.) в группе больных с высокой скоростью роста МБТ по сравнению с группой больных с низкой жизнестойкостью МБТ.

Сокращение сроков роста МБТ позволяет своевременно разделить потоки больных, адекватно

начать лечение больным с МЛУ ТБ, тем самым предупредить передачу нозокомиального туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью и распространение резистентного туберкулеза среди населения.

Таблица 2

Лекарственная чувствительность и структура лекарственной резистентности у больных с МБТ с быстрой и медленной скоростью роста при ускоренной инкубации на аппарате ВАСТЕС

Скорость роста МБТ	Кол-во больных	Лекарственно-чувствительные штаммы	Лекарственная устойчивость						
			ШЛУ ТБ		Полирезистентность			МЛУ	
Быстрая	66	9	13,6	5	7,6	16	24,2	26	39,4
Медленная	17	7	41,2	0	0,0	4	23,5	4	23,5

Из таблицы 2 следует, что у больных с МБТ с высокой скоростью роста мультирезистентность встречается в 39,4% случаев, полирезистентность – в 24,2% случаев, широкая лекарственная устойчивость – в 7,6% случаев (из-за отсутствия чистых субстанций препаратов второго ряда проведено мало исследований), а удельный вес чувствительных

штаммов - в 3 раза ниже, чем у МБТ с медленной скоростью роста.

Вышеуказанные данные подтверждают увеличение популяций МБТ с высокой жизнестойкостью, большую вероятность развития у них лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Полученные результаты согласуются с данными других авторов [2,3].

Таблица 3

Сравнительная характеристика туберкулезного процесса у взрослых больных с высокой и низкой скоростью роста МБТ на аппарате ВАСТЕС

Клинические формы туберкулеза легких	Больные с высокой скоростью роста МБТ		Больные с низкой скоростью роста МБТ.	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Диссеминированная	5	7,6	0	0,0
Инфильтративная	55	83,3	16	94,1
ФКТ	6	9,1	1	5,9
Всего	66	100,0	17	100,0
Из них с поражением обоих легких	15	22,7	2	11,8

При анализе клинических форм легочного туберкулеза у первичных больных с МБТ различной степени жизнеспособности установлено, что вместе с лекарственной устойчивостью МБТ высоко жизнеспособные штаммы МБТ отягощают клиническую структуру легочного туберкулеза у первичных больных и существенно снижают эффективность лечения. У них в 2 раза чаще регистрировался двусторонний процесс, в 5 раз выше удельный вес диссеминированного туберкулеза.

Выводы

1. Преимуществами ускоренной инкубации микобактерий на автоматизированном комплексе Вастес MGIT 960 являются:

- снижение сроков диагностики туберкулеза по сравнению с классическим методом посева в 2 и более раз;
- своевременное назначение адекватной противотуберкулезной терапии препаратами 2 ряда и снижение общебольничных затрат на лечение;

- своевременное разделение потоков больных с целью снижения формирования резистентных форм туберкулеза;

- обеспечение безопасности медицинского персонала.

2. Множественная и широкая лекарственная устойчивость почти в 2 раза чаще развивается в популяциях МБТ с высокой жизнестойкостью, чем у больных с МБТ с низкой жизнеспособностью.

Литература

1. Король О.И., Лозовской. Туберкулез у детей и подростков (Спутник врача). - СПб, 2005. - 23 с.

2. Ткачук В.Н. и др. Туберкулез мочеполовой системы: Руководство для врачей. -СПб, 2004. - С. 17- 18.

3. Скребцов Б.А., Сарсенова А.К., Култасова С.С. и др. Фтизиопульмонология.-2008. - №1 (13).-С. 62-64.

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

*Еримбетов К.Д., Зетов А.Ш., Фирсов В.И., Абдуллина А.Г.,
Ахметов С.Ж., Малбасканов А.Д., Бектурсинов Б.У.*

НЦПТ, г. Алматы

Ситуация по туберкулезу в государстве является серьезной проблемой, в соответствии с этим был определен ряд мероприятий, составляющих Национальную Программу борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан [1].

Существующей проблемой, отягощающей ситуацию по стране, является большой резервуар больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ).

Эти проблемы связаны прежде с неполным охватом и недостаточностью качества культурального исследования мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) с определением лекарственной устойчивости, некорректным отбором больных на лечение в режиме ДОТС-плюс.

При росте контингента больных с мульти- и полирезистентностью микобактерий туберкулеза к химиопрепаратам не всегда удается достичь стабилизации процесса [2].

Поэтому в данном случае наиболее приемлемым и оправданным является хирургический метод лечения [3, 4].

Цель работы: Повышение эффективности хирургических методов лечения больных с мультирезистентной формой туберкулеза легких.

Материалы и методы исследования

Анализируются результаты лечения 277 больных с МЛУ ТБ.

Первую (основную) группу составили 159 больных, оперированных на фоне химиотерапии противотуберкулезными препаратами второго ряда в стандартном режиме.

Во вторую (контрольную) группу включены 67 больных, оперированных на фоне химиотерапии противотуберкулезными препаратами первого ряда.

В третью (контрольную) группу отнесен 15 пациент, получивший консервативную терапию

в условиях терапевтического отделения Национального центра проблем туберкулеза за период 2005-2008 годы.

Количество женщин в I группе составило 59 (37,1%), а мужчин 100 (62,9%) соответственно.

В контрольных группах число мужчин во II и в III группах составило 45 (67,2%) и 33 (64,7%), а женщин 22 (32,8%) и 18 (35,3%).

Во всех группах преобладали лица молодого возраста. В возрастном интервале с 21 года до 30 лет в I группе было 85 (53,4%) больных, во II группе – 30 (44,8%) и в III группе – 23 (45,0%) случая.

Впервые выявленный туберкулез легких установлен в 36 (22,6%) случаях первой группы, в 16 (23,9%) – второй и в 5 (9,8%) случаях третьей групп.

Рецидивы заболевания отмечены у 55 (34,6%) лиц первой группы, у 28 (41,8%) – второй и у 21 (41,2%) больных третьей группы.

Неудачи лечения больных туберкулезом легких были в 68 (42,7%), 23 (34,3%) и 25 (49,0%) случаях в первой, во второй и третьей группах соответственно.

Результаты

По структуре клинических форм во всех группах больных доминирующим был фиброзно-кавернозный туберкулез легких: в первой группе - 121 (76,1%) случай, во второй группе – 31 (46,3%) и в третьей 51 (100,0%) случаев (таблица 1).

Далее по удельному весу в I группе преобладали туберкуломы – 20 (12,6%) случаев, во II группе их было 5 (7,4%).

Наличие инфильтративного туберкулеза легких с легочным кровотечением отмечено в I группе у 12 (7,5%) больных, во II группе – у 29 (43,3%).

Таблица 1

Клинические формы больных с МЛУ ТБ

Группы	Инфильтративный туберкулез с осложнением		Кавернозный туберкулез		Фиброзно-кавернозный туберкулез		Туберкулома	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
I (n=159)	12	7,5	6	3,8	121	76,1	20	12,6%
II (n=67)	29	43,3	2	3,0	31	46,3	5	7,4
III (n=51)	-	-	-	-	51	100,0	-	-

В остальных случаях был кавернозный туберкулез, у 6 (3,8%) и 2 (3,0%) больных I и II групп.

При поступлении методом микроскопии в мокроте у больных первой группы МБТ обнаружены в 60 (37,7%) случаях, во второй группе бациллоделителями были 34 (50,7%) больных. У 46 (90,2%) пациентов третьей группы результаты микроскопии мокроты на МБТ были положительными ($\chi^2 = 42,514$; $df = 2$; $p < 0,001$).

Культуральное исследование мокроты на МБТ дало положительный результат в первой группе у 81 (51,0%) лиц, во второй – у 57 (85,0%) и в третьей – у 48 (94,1%) больных. ($\chi^2 = 45,504$; $df = 2$; $p < 0,001$).

При анализе лекарственной устойчивости МБТ у больных всех трех групп отмечено наличие сложного спектра лекарственной устойчивости к препаратам второго ряда.

В динамике лечения перед оперативным вмешательством конверсия мокроты по микроскопии достигнута у 149 (93,7%) и 57 (85%) больных I и II групп.

Критерий χ^2 в данном случае неприменим, так как 71,4% ячеек имеют ожидаемую частоту меньше, чем 5 и минимальная ожидаемая частота = 0,18. По методу нормированных остатков в первой группе оперированных больных достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречались отрицательные результаты мазка мокроты (н.о. = 2,1; $p < 0,05$).

Культуральное исследование мокроты показало

наличие конверсии в 128 (80,5%) и 30 (44,8%) случаях обеих групп ($\chi^2 = 170,723$; $df = 12$; $p < 0,01$).

В первой группе оперированных больных достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречались отрицательные результаты посева мокроты (н.о. = 2,7; $p < 0,01$); в группе оперированных на фоне нерациональной химиотерапии достоверно чаще по сравнению с ожидаемым интервалом встречались положительные результаты посева мокроты (н.о. = 4,6; $p < 0,001$).

В третьей группе достижение конверсии мазка больных прослежено по месяцам. Большая часть больных – 18 (35,3%) абациллированы в первый месяц лечения, что подтверждено микроскопией мазка. При культуральном исследовании в 18 (35,3%) случаях конверсия достигнута на втором месяце лечения (н.о. = -2,5; $p < 0,05$).

В последующем на 3, 4, 5 и 6 месяцах у больных наступала конверсия мазков мокроты. Микроскопически в 5 (9,8%) и культуральным методом в 6 (11,8%) случаях не установлена конверсия мокроты (н.о. = -2,3; $p < 0,05$).

Проведены следующие оперативные вмешательства (таблица 2).

Хирургическое лечение применено на фоне интенсивной фазы в 78,0% и 92,5% случаев I и II групп соответственно. В остальных случаях операции были выполнены во время поддерживающей фазы лечения.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств больным I и II групп

Характер операции	I группа (n=159)		II группа (n=67)	
	абс	%	абс	%
Атипичная сегментарная резекция	40	25,1	7	10,4
Лобэктомия	61	38,4	14	20,9
Пневмонэктомия	36	22,6	4	6,0
Комбинированная резекция	3	2,0	1	1,5
Торакомиопластика	12	7,5	39	58,2
ТТОГБ	5	3,1	2	3,0
Турникетная перевязка	2	1,2	-	-
Всего	159	100	67	100

В ближайших послеоперационных периодах послеоперационные осложнения в виде свища культи бронха и эмпиемы плевры отмечены в I группе в 4 (2,5%) случаях против 13 (19,4%) случаев II группы.

Внутриплевральное кровотечение и остаточная плевральная полость наблюдались у 4 (2,5%) и 5 (3,1%) больных I группы.

Во второй группе оперированных больных достоверно чаще возникли послеоперационные осложнения в виде развития пострезекционных свищей (н.о.=3,5; $p<0,001$), в первой группе оперированных больных данное осложнение было достоверно реже (н.о.=-2,3; $p<0,05$).

После торакомиопластики послеоперационных осложнений не было.

Проведен когортный анализ исследуемых больных (таблица 3).

Успешное лечение, суммируя исходы «вылечен» и «лечение завершено», отмечено в 98,0% случаев I группы. Во II группе данный показатель составил 53,7%.

Удельный вес больных с успешным лечением в III группе был 74,4%.

Неудача лечения зарегистрирована в 0,6%, 28,3% и 19,6% случаев в соответствующих группах.

Умерли 1 (0,6%) больной из первой группы, 5 (7,5%) из второй и 3 (5,9%) из третьей.

Следует отметить, что в первой группе среди больных, которым были выполнены торакомиопластика, умер 1 (0,6%) пациент, в остальных случаях зарегистрирован исход «вылечен».

Таблица 3

Исходы лечения больных исследуемых групп

Исходы	I группа n=159		II группа n=67		III группа n=51	
	абс	%	абс	%	абс	%
Вылечен	148	93,0	17	25,4	27	52,9
Лечение завершено	8	5,0	19	28,3	11	21,5
Неудача лечения	1	0,6	19	28,3	10	19,6
Нарушение режима	1	0,6	2	3,0	-	-
Умер	1	0,6	5	7,5	3	5,9
Переведен в категорию IV	-	-	5	7,5	-	-

Во второй группе в 22 (61,1%) случаях из 36 (53,7%) благоприятный исход на фоне химиотерапии противотуберкулезными препаратами первого ряда достигнут после коллапсохирургических методов лечения.

В первой группе достоверно чаще отмечалось наличие исхода «вылечен» - 93,1% (н.о. = 3,6; $p<0,001$), «лечение завершено» составило 5% (н.о.=-3,0; $p<0,01$); «неудача лечения» - достоверно реже (н.о.=-3,9; $p<0,001$).

Во второй группе достоверно чаще отмечен исход «неудача лечения» (н.о. = 4,4; $p<0,001$) и реже «вылечен» (н.о.=-4,3; $p<0,001$). Таким образом, рациональная химиотерапия, применение хирургических методов позволили достигнуть эффективности лечения у больных I группы в 98,0% случаев, что оказалась выше в 1,8 раза и в 1,3 раза результатов II и III группы.

Несмотря на химиотерапию противотуберку-

лезными препаратами первого ряда во II группе констатирован 61,1% случай успешного лечения, благодаря применению коллапсохирургических методов.

В отдаленные периоды у больных I группы в 4 (2,5%) случаях отмечен рецидив заболевания через 1 год.

Во II группе у 13 (19,4%) больных наблюдался рецидив заболевания через 1 год после завершения лечения, что в 7,7 раза больше случаев рецидива в первой группе.

И в III группе рецидивы отмечены у 7 (13,7%) пациентов (в 5,4 раза больше случаев первой группы). В 3 (5,9%) случаях через 1 год, в 1 (2,0%) – через 2 года, в 2 (3,9%) – через 3 года, в 1 (2,0%) – через 4 года.

По H-тесту Крускалла – Уоллиса наименьшее количество рецидивов имеет первая группа оперированных больных (средний ранг = 132,33); на 2-м месте – третья группа неоперированных больных

(средний ранг = 141,86); на 3-м месте – вторая группа оперированных (средний ранг = 152,66) ($2 = 14,179$; $df = 2$; $p < 0,01$).

Таким образом, комплексное лечение, включающее рациональную химиотерапию и хирургическое вмешательство, позволяет уменьшить удельный вес рецидива заболевания в отдаленные сроки в 5,4-7,7 раза ($p < 0,01$).

Выводы

Эффективность хирургического лечения мультирезистентного туберкулеза легких у больных на фоне химиотерапии препаратами второго ряда составила 98,0%, что оказалось выше в 1,8 раза, чем у оперированных больных на фоне химиотерапии препаратами первого ряда ($p < 0,01$).

Изучение отдаленных результатов хирургического лечения показало, что через год после завершения лечения рецидивы заболевания достоверно чаще отмечались у больных с МЛУ ТБ, получавших препараты первого ряда (19,4% против 2,5% в основной группе).

РЕЗЮМЕ

Анализируются результаты лечения 277 больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью. Эффективность хирургического лечения больных с ТБ МЛУ на фоне химиотерапии препаратами второго ряда составила 98,0%, что было выше в 1,8 раза, чем у оперированных больных на фоне химиотерапии препаратами первого ряда ($p < 0,01$). В отдаленном периоде после завершения лечения рецидив заболевания достоверно чаще отмечался у оперированных больных с МЛУ ТБ, получавших препараты первого ряда ($p < 0,05$).

ТҰЖЫРЫМ

Өкпе туберкулезінің көп дәріге төзімді түріне шалдыққан 277 науқастың емінің нәтижесі сарапталды. ТБ ҚДТ түрінің екінші кезектегі препараттармен химиялық ем жүргізуде хирургиялық емнің тиімділігі 98,0% құрады, бұл бірінші кезектегі препараттармен ($p < 0,01$) химиялық ем қабылдаушы ота жасалынған науқастармен салыстырғанда 1,8 есеге жоғары болып отыр. Ем аяқталғаннан кейінгі кезеңде аурудың қайталануы бірінші кезектегі препараттар қабылдап, ота жасалынған ТБ ҚДТ түрінің науқастарында жиірек кездесетіндігі ($p < 0,05$) анықталып отыр.

SUMMARY

In this paper there are analyzed the outcomes of treatment of 277 patients with pulmonary MDR TB. The effectiveness of the surgical treatment of patients with MDR TB against the background of chemotherapy with anti-TB drugs of the second line constituted 98.0% that was by 1.8 times more than in operated patients received the chemotherapy with anti-TB drugs of the first line ($p < 0.01$). During the following-up period relapses of TB disease were marked reliably more frequently among operated patients with MDR TB treated with anti-TB drugs of the first line ($p < 0.05$).

Литература

- 1 Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан // Под ред. Т.Ш. Абилдаева. – Алматы, 2010. - 68 с.
- 2 Хоменко А.Г., Чуканов В.И., Корнеев А.А. // Пробл. туб. – 1996. - №6. - С.42-44.
- 3 Перельман М.И. Хирургия туберкулеза легких // Пробл. туб. – 1998. - №3. - С.27-32.
- 4 Шулутко М.Л., Зислин Б.Д., Мотус И.Я. и др. 45-летний опыт хирургического лечения больных туберкулезом легких // Грудная и сердеч.-сосудистая хирургия. – 2000. - №4. - С.37-44.

ФИЗИОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Кулекешов Н. С.

Областной противотуберкулезной диспансер, г. Актау

В настоящее время, благодаря успехам химиотерапии и связанному с этим благоприятному течению туберкулезного процесса стало возможным более широкое применение физиотерапии при лечении больных туберкулезом.

Физиотерапию рекомендуется проводить в условиях стационаров или санаториев в комплексе с общим противотуберкулезным лечением на фоне применения антибактериальных препаратов при различных формах легочного и внелегочного туберкулеза. В активную фазу процесса (инфильтрация, распад, обсеменение) физиопроцедуры назначаются не раньше чем через 1-2 месяца после начала лечения, когда прекращаются острые проявления туберкулезной интоксикации. При этом учитывается состояние больного, а также то, какой физический фактор и какая методика воздействия используются.

Физиотерапия проводится в специально оборудованном кабинете в соответствии с правилами техники безопасности. Медицинская сестра, работающая в таком кабинете, должна иметь специальную подготовку как по физиотерапии, так и по туберкулезу.

Роль и ответственность медицинской сестры физиотерапевтического кабинета велики, особенно в небольших больницах и санаториях, где нет врачей-физиотерапевтов. Медицинская сестра не только проводит процедуру, но и наблюдает за больным в течение всего курса лечения, следит за реакцией на действие физического фактора, а также фиксирует жалобы больного, изменения температуры после процедуры, при необходимости измеряет артериальное давление, считает пульс.

Прежде чем приступить к выполнению процедуры, необходимо справиться у больного, как он перенес предыдущую, как себя чувствовал накануне. После каждой физиотерапевтической процедуры, особенно тепловой или ультразвуковой, больному туберкулезом необходимо рекомендовать 30-минутный отдых в постели. Не следует проводить процедуры в день рентгенологического обследования, бронхоскопии, а у женщин - в менструальный период. Следует помнить, что общие реакции в виде слабости, сонливости, повышения температуры могут

появиться в начале курса в ответ на тепловые воздействия, воздействия током высокой частоты, ультразвуком у лиц пожилого возраста и при наличии тяжелых сопутствующих заболеваний. При возникновении у больного жалоб и при появлении местных реакций медицинская сестра должна рекомендовать больному сделать перерыв в лечении на 1-2 дня; если жалобы приобретают упорный характер, необходимо сообщить об этом врачу-физиотерапевту, при отсутствии его - лечащему врачу.

При лечении последствий перенесенного туберкулеза физиотерапия активизирует обмен веществ в тканях, препятствует развитию дегенеративно - дистрофических процессов, способствует рассасыванию рубцов и спаек.

Физиотерапевтические процедуры повышают общую сопротивляемость организма больных туберкулезом, нормализуют функциональное состояние нервной системы, часто применяются в предоперационном периоде для быстреего исчезновения перифокального воспаления и улучшения трофики тканей в области предполагаемой операции. Она является одной из составляющих частей комплексного лечения больных туберкулезом и проводится только в сочетании с антибактериальными препаратами.

Лекарственный электрофорез

Лекарственный электрофорез – это комплексный метод лечения, сочетающий воздействие на организм больного постоянного тока и введенных при его помощи лекарственных веществ.

Показания к электрофорезу

- инфильтративно-ателектатические изменения;
- плеврит (спаечный, сухой, экссудативный);
- кашель, астмоидный синдром;
- вялое течение туберкулезного процесса;

Противопоказания к электролечению:

- прогрессирующие формы туберкулеза легких
- новообразования
- подозрение на:
 - острые и гнойные воспалительные процессы;
 - системные заболевания крови;
 - недостаточность кровообращения 2Б-3 степени;
 - гипертоническая болезнь 3 стадии;
 - распространенные экземы, дерматит, пиодермия;
 - нарушения целостности кожного покрова;

- индивидуальная непереносимость тока.

Ультравысокочастотная (УВЧ) терапия

Ультравысокочастотная (УВЧ) терапия – метод электролечения, при котором на организм больного воздействуют переменным электрическим полем ультравысокой частоты (27,12 МГц), подводимым с помощью конденсаторных пластин.

При туберкулезе легких УВЧ-терапия способствует повышению концентрации противотуберкулезных препаратов в очаге поражения и ограничивает избыточное коллагенообразование. Она применяется с первых дней пребывания в стационаре как компонент комплексной терапии различных форм туберкулеза легких на высоте симптомов интоксикации.

Показания к УВЧ-терапии:

- туберкулез легких с преимущественно экссудативным характером воспаления
- туберкулез периферических лимфатических узлов в активной фазе
- туберкулезные свищи
- Сопутствующие туберкулезу заболевания (по показаниям).

Противопоказания к УВЧ-терапии:

- злокачественные новообразования или подозрение на них
- кровохарканье, кровотечение
- системные заболевания крови
- легочно-сердечная недостаточность
- гипотония: аневризма аорты, инфаркт миокарда
- выраженный тиреотоксикоз
- беременность

Ультразвуковая терапия

Ультразвуковая терапия - применение с лечебной целью энергии ультразвука.

Терапевтическое влияние оказывают небольшие дозировки, особенно в импульсном режиме.

Показания к ультразвуковой терапии:

- остаточные полости распада (до 3 см в диаметре), не поддающиеся химиотерапевтическому лечению в течение 3-6 мес, без выраженных инфильтративных и фиброзных изменений легочной ткани;
- вялотекущий очаговый, инфильтративный и диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации;

- бронхоспастические явления;
- «блокированные» каверны;

Противопоказания к ультразвуковой терапии:

- прогрессирование туберкулезного процесса;
- распространенные формы туберкулеза лег-

ких с грубыми фиброзными изменениями;

- полости распада более 4 см в диаметре;
- легочно-сердечная недостаточность 2Б-3 стадии;
- неустановленный оптимальный режим антибактериальных препаратов;
- сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые заболевания в стадии декомпенсации, тиреотоксикоз 2-3 степени, неврозы, беременность, органические поражения ЦНС, сахарный диабет);
- индивидуальная непереносимость ультразвуковой терапии.

Аэрозольтерапия

Аэрозольтерапия - ингаляционный метод введения антибактериальных, противовоспалительных и бронхолитических средств, широко применяется во фтизиатрии. Целенаправленное подведение туберкулоstaticов к легким ускоряет инволюцию экссудативного компонента туберкулезного воспаления: прекращает бациллообразование, способствует быстрейшему закрытию полостей распада, снижает риск развития распространенного пневмосклероза и грубых фиброзных изменений в легочной паренхиме; мобилизует иммунную систему.

Для достижения противовоспалительного эффекта применяют ингаляции:

- 1% раствора фурагина;
- Раствор фурацилина в разведении 1:5000;
- 1% раствор диоксидина;
- 10% раствор тиосульфата натрия;
- 1% раствор хлорофиллипта.

Для устранения бронхоспазма применяют смесь бронходилататоров:

0,5 мл 2% раствора эфедрина + 0,5 мл 2,4% раствора эуфиллина + 0,5 мл 1% раствора платифиллина + 0,5 мл 1% раствора эуспирана.

При наличии вязкой, трудноотделяемой мокроты рекомендуется ингаляции с протеолитическими ферментами: химотрипсином, химопсином, пепсином, рибонуклеазой, дезоксирибонуклеазой. У больных, не отделяющих мокроту, для проведения бактериологических исследований, проводятся провोकционные ингаляции с 15% раствором хлорида натрия в 2% растворе бикарбоната натрия.

Показания к аэрозольтерапии:

- рентгенологически определяемый выраженный экссудативный компонент воспаления;
- фиброзные изменения в легких, препятствующие поступлению химиопрепаратов к очагам туберкулезного поражения при внутримышечном и

энтеральном их назначении

- гиповентиляция легких и ателектазы;
- туберкулез трахеи и бронхов;
- определение в мокроте больного устойчивых к изониазиду и стрептомицину МБТ;
- лекарственная непереносимость стрептомицина и изониазида при внутримышечном и пероральном применении;
- сочетание туберкулеза органов дыхания с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Противопоказания к аэрозольтерапии:

- кровотечение и кровохарканье
- бронхиальная астма
- атрофические изменения слизистой оболочки трахеобронхиального дерева
- возраст больного старше 50 лет
- психосоматические заболевания
- выраженный склероз сосудов головного мозга
- жизненная емкость легких (ЖЕЛ) ниже 1800-2000 мл
- одышка более 28-30 дыхательных движений в минуту

Эффективность используемого метода

Квантовая терапия в сочетании с аэрозольтерапией, являясь патогенетическим методом лечения больных с бронхолегочной патологией, усиливает эффект химиотерапии туберкулеза легких. При туберкулезе бронхов и легких наиболее эффективным методом терапии в сочетании с традиционной противотуберкулезной терапией становится небулайзерная аэрозольтерапия, доставляющая лечебный препарат в виде мелкодисперсных аэрозолей непосредственно в слизистую бронхов и бронхиол, в легочную ткань и область поражения легкого туберкулезным процессом. Сочетанное применение с небулайзерной аэрозольтерапией аппарата РИКТА способствует более быстрому всасыванию химиопрепарата, улучшая реологические свойства крови, благоприятно влияя на легочный кровоток, гуморальный и клеточный иммунитет.

Все это дает возможность в более короткие сроки достичь лечебного эффекта и абациллирования больных туберкулезом легких, по сравнению с традиционными методами химиотерапии с применением перорально и внутримышечно или внутривенно противотуберкулезных препаратов, использование метода квантовой терапии в сочетании с аэрозольтерапией сокращает сроки купирования гипертермии, достигается санация бронхов, очагов

деструкции, нормализация формулы крови и значительное улучшение общего состояния больных за счет уменьшения и даже ликвидации последствий интоксикации.

Следует отметить, что квантовые аппараты серии РИКТА и компрессорные небулайзерные ингаляторы широко применяются не только в больничных, поликлинических, диспансерных, но и в домашних условиях по рекомендациям и под наблюдением врачей.

Квантовая терапия при туберкулезе легких и пневмониях

Многолетний опыт ЦНИИТРАМН по применению лазеротерапии у больных с различными формами туберкулеза легких позволил нам сформулировать ряд принципиальных положений по использованию квантовой терапии в комплексе с этиотропной патогенетической терапией туберкулеза легких. Квантовая терапия при очаговых и инфильтративных поражениях легких проводится с трех основных зон, соответствующих зонам рентгенологической проекции поражения легких по парастернальной, паравертебральной и аксиллярной линиям.

В своей многолетней практике применения квантовой терапии у больных с бронхолегочной патологией мы использовали различные аппараты: МИЛТА, РИКТА-04М.

Эффективность используемого метода

Квантовая терапия в сочетании с аэрозольтерапией, являясь патогенетическим методом лечения больных с бронхолегочной патологией, усиливает эффект химиотерапии туберкулеза легких. При туберкулезе бронхов и легких наиболее эффективным методом терапии в сочетании с традиционной противотуберкулезной терапией становится небулайзерная аэрозольтерапия, доставляющая лечебный препарат в виде мелкодисперсных аэрозолей непосредственно в слизистую бронхов и бронхиол, в легочную ткань и область поражения легкого туберкулезным процессом. Сочетанное применение с небулайзерной аэрозольтерапией аппарата РИКТА способствует более быстрому всасыванию химиопрепарата, улучшая реологические свойства крови, благоприятно влияя на легочный кровоток, гуморальный и клеточный иммунитет.

Все это дает возможность в более короткие сроки добиться лечебного эффекта и абациллирования больных туберкулезом легких по сравнению с традиционными методами химиотерапии с применяемыми перорально и внутримышечно или внутри-

венно противотуберкулезными препаратами. Использование метода квантовой терапии в сочетании с аэрозольтерапией сокращает сроки купирования гипертермии, достигается санация бронхов, очагов деструкции, нормализация формулы крови и значительное улучшение общего состояния больных за счет уменьшения и даже ликвидации последствий интоксикации.

Следует отметить, что квантовые аппараты серии РИКТА и компрессорные небулайзерные ингаляторы широко применяются не только в больничных, поликлинических, диспансерных, но и в домашних условиях по рекомендациям и под наблюдением врачей.

РЕЗЮМЕ

Сочетанное применение небулайзерной аэрозольтерапии с аппаратом РИКТА способствует более быстрому всасыванию химиопрепарата, улучшая реологические свойства крови, благоприятно влияя на легочный кровоток, гуморальный и клеточный иммунитет. Все это дает возможность в более короткие сроки добиться лечебного эффекта и абациллирования больных туберкулезом легких по сравнению с традиционными методами химиотерапии с применяемыми перорально и внутримышечно или внутривенно противотуберкулезными препаратами. Используя метод квантовой терапии в сочетании с аэрозольтерапией сокращает сроки купирования гипертермии, достигается санация бронхов, очагов деструкции, нормализация формулы крови и значительное улучшение общего состояния больных за счет уменьшения и даже ликвидации последствий интоксикации. Следует отметить, что квантовые аппараты серии РИКТА и компрессорные небулайзерные ингаляторы широко применяются не только в больничных, поликлинических, диспансерных, но и в домашних условиях по рекомендациям и под наблюдением врачей.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада жүзеге асырылған жағдай Небулайзерлі аэрозольді терапияны РИКТА құрылығысын қолданған кезде химиялық

препараттардың тез сіңірілуін, қанның реологиялық құрылымының жақсаруына және өкпенің қан айналымына, гуморалды және жасушалы иммунитетке әсері етеді. Аталғандардың барлығы қолданыстағы әдістермен салыстырғанда өте қысқа мерзімде емнің тиімділігі мен өкпе туберкулезі науқастарынан бактерия бөлінуін тоқтатуға мүмкіндік береді. Ауыз арқылы бұлшықет және тамыр арқылы қолданылатын туберкулезге қарсы препараттардың аэрозольді - квантты терапиялық әдістер негізінде қолдануының үйлесімділігі мерзімінде гипертермияның тоқтауына және кеңірдектің жазылуына, ошақтардың деструктивті болуына, қанның құрылымының жақсаруына және ағзаның улануын тоқтатуына байланысты науқастардың жалпы жағдайының жақсаруына ықпал етеді. Сондай ақ РИКТА кванттың құрылғылар мен небулайзерлі ингаляторларды тек ауруханалық, емханалық, диспансерлік жағдайда ғана емес арнайды дәрігердің ұсынуымен және бақылауымен үйде де қолдануға болады.

SUMMARY

The combined use of the device RICTA with nebulization aerosol therapy leads to faster absorption of a specific drug improving the rheological blood properties favoring to the blood stream, humoral and cellular immunity. All this gives the possibility, in the shortened terms, to reach the medicinal effect and sputum smear negativation in patients with pulmonary tuberculosis. Compared with conventional methods of chemotherapy with per os, intramuscular or intravenous implementation of anti-TB drugs using methods of quantum therapy combined with aerosol therapy shortens the terms of hyperthermia cutting, leads to the sanitation of bronchi and destruction injury locations, blood count normalization through decrease or, yet, liquidation of consequences of intoxication. It should be noted that the quantum devices RICTA and compression nebulizing inhalators are widely implemented not only in hospitals, polyclinics, dispensaries, but in domestic conditions prescribed by therapists and under their observation.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И РЕЦИДИВАМИ В ОБЛАСТНОМ ТУБДИСПАНСЕРЕ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2007-2009 ГГ.

Садыкаева Г.К.

ОПТД, г.Тараз

В последние годы эпидемиологическая ситуация по туберкулезу как в целом по РК, так и в Жамбылской области характеризуется значительным улучшением за счет снижения количества впервые выявленных больных и смертности. Однако увеличение на этом фоне числа больных с резистентными формами заболевания настораживает и заставляет искать причины этого явления.

С этой целью мною проанализированы результаты лечения по 2-ому терапевтическому отделению областного противотуберкулезного дис-

пансера за последние три года (2007-2009г.г). Отделение развернуто на 105 коек и в нем находятся все зарегистрированные больные новые случаи и рецидивы, случаи лечения после перерыва с МБТ (+) по г.Тараз и близлежащих районов (Байзакский, Жамбылский и Жуальинский районы). Всем больным до начала лечения проводилось рентгенологическое исследование грудной клетки, бактериоскопическое и культуральное исследование с определением лекарственной чувствительности к ППР.

Таблица 1

Анализ работы коечного фонда 2-ому терапевтическому отделению за 3 года

годы	количество выписанных больных				Среднее пребывание	Оборот койки	Работа койки
	всего	типы					
		НС (1кат)	Рецидивы (2кат)				
2007	300	123	96	58	126,0	336,0	333,7
2008	385	183	56	39	124,0	336,9	252,7
2009	301	161	74	46	125,0	330	252,0

Анализ показал, что при ежегодной тенденции к увеличению числа госпитализированных больных с впервые выявленным процессом (123; 183 и 161 человек соответственно), отмечается увеличение

госпитализированных больных - новых случаев с 2007г. по 2009г., количество рецидивов незначительно уменьшилось в течение 3-х лет.

Таблица 2

Распределение больных по возрастным группам с 2007-2009гг.

Возрастные группы	Всего больных		Из них:	
	абс.ч.	%	Мужчины	Женщины
до 20 лет	94	9,5	60	34
с 21-30 лет	319	32,5	213	106
с 31-40 лет	257	26,1	165	92
с 41-50 лет	184	18,7	109	75
с 50 и старше	127	12,9	76	51
Всего	981		623	358

Из таблицы видно, мужчин было 623 (63,5%), женщин - 358 (36,4%), до 20 лет был 91 пациент (9,5%), с 21-30 лет - 319 (32,5%), с 31-40- 257 (26,1%), с 41-50 - 184 (18,7%), старше 50 лет - 127

(12,9%) больных. Наибольший процент (32,5%) туберкулеза встречается в репродуктивном молодом возрасте с 21 по 30 лет.

Таблица 3

Распределение больных по клиническим формам

Клинические формы	Количество больных	Процент
фиброзно-кавернозный	160	16,3
инфильтративный	794	81,0
диссеминированный	27	2,7

При распределении по клиническим формам: ФКТ отмечался у 160 больных (16,3%), ИТЛ - у 794 (81%), диссеминированный туберкулез у 27 (2,7%) больных. Наибольший процент среди клинических форм приходится на инфильтративный туберкулез (81,0%).

Таблица 4

Сроки конверсии мокроты, закрытия полости деструкции и перевод в 4 кат (МЛУ ТБ)

Категории	Всего	Конверсия мокроты, мес.						Результаты лечения	
		абс. чис.	%	2	3	4	5	Всего деструкций	Перевод в 4 кат.
		закрытие	%						
1	467		85		25 - 63%	8 - 20,3%		382	
			60						
	360 - 91%						192	50,2%	117 = 25,0%
2	385								
				58 - 25%	34	352	107	30,3%	190 = 49,3%
				140 - 60%					
Всего	852				15%				

Из 467 больных, взятых на лечение по 1 категории, конверсия мазка наступила через 2 мес у 360 больных (91%), через 3 мес у 25 больных (6,3%), через 4 мес у 8 (20,3%). Из 369 больных, взятых на лечение по 2 кат., конверсия мазка наступила через 3 мес у 140 больных (60%), через 5 мес - у 34 больных (35,2%).

Из 382 больных с полостью деструкции по 1 кат. закрытие достигнуто у 201 больных (52,6%), оперативным путем - у 9 больных.

Из 352 больных с полостью деструкции по 2 кат. закрытие достигнуто у 117 больных (33,2%), оперативным путем - у 10 больных.

Причинами низкого процента показателя закрытия полости деструкции являются распространенные двусторонние процессы, запущенные случаи, отказы больного от оперативного лечения и наличие противопоказаний из-за сопутствующих заболеваний.

Таблица 5

Характеристика сопутствующих заболеваний у всех пролеченных больных по отделению

Сопутствующие заболевания	Число случаев	%
Алкоголизм и наркомания	240	28,1
Поражение печени	172	20,1
Заболевание ЖКТ	131	15,3
Заболевание сердечно-сосудистой системы	40	4,6
Сахарный диабет	130	15,2
ХНЗЛ	140	16,4
Всего	853	86,9

При анализе сопутствующие заболевания были у 853 больных, что составило 86,9 %, из них алкоголизм и наркомания у 28,1% больных, поражение печени у 20,1%, заболевания ЖКТ у 15,3% больных, заболевание сердечно-сосудистой системы у 4,6%, сахарный диабет у 15,2%, ХНЗЛ у 16,4%.

Выводы

1. Отмечается незначительный рост из года в год пролеченных новых случаев по отделению, количество рецидивов остается на одном уровне.

2. Туберкулез в большинстве случаев встречается в молодом репродуктивном возрасте с 21-40 лет (32,5 %), чаще у мужчин (66,7%).

3. Среди клинических форм туберкулеза преобладает инфильтративный туберкулез легких (81%).

4. Высок процент МЛУ ТБ среди повторных случаев - 49,3%.

5. При анализе сопутствующих заболеваний преобладают алкоголизм и наркомания – 28,1%, поражение печени - 20,1%, ХНЗЛ – 16,4%, сахар-

ный диабет - 15,2%.

РЕЗЮМЕ

В статье представлен анализ эффективности лечения больных по 2-ому терапевтическому отделению областного противотуберкулезного диспансера для новых случаев и рецидивов и больных, прервавших лечение, за период 2007-2009гг., результаты лечения (конверсия мокроты, показатель закрытия полости деструкции). Приведены данные по возрастной категории пролеченных больных, по сопутствующим заболеваниям, по клиническим формам туберкулеза.

SUMMARY

In this paper it is presented the analysis of treatment effectiveness of patients from 2nd Unit of therapy for new cases, and relapses, and defaulters over 2007-2009, treatment outcomes (sputum smear conversion, indicator of destruction cavity closing). Data are given by age category of patients treated, by concomitant diseases, by clinical TB forms.

ПРИМЕНЕНИЕ ГРАНДАКСИНА В КОРРЕКЦИИ ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Смаилова Г.А., Истелюева М.Б., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш.

Национальный центр проблем туберкулеза, г. Алматы, Казахстан

Лечение больных туберкулезом зачастую проводится без учета психологических особенностей личности. Общеизвестно, что для излечения специфического заболевания требуется 6-8 месячный курс химиотерапии. Эффективное лечение возможно только при условии адекватного отношения больного к своей болезни и активного сознательного участия в лечении совместно с лечащим врачом (1; 2). Одним из часто встречающихся нарушений эмоциональной сферы у больных ТБ являются непсихотические психические расстройства,

проявляющиеся неврозоподобной симптоматикой, общей чертой которой является наличие тревоги, которая клинически проявляется неосознанным, беспредметным чувством внутреннего напряжения, беспокойством, неуверенностью в себе, бессилием перед внешними факторами. Тревога может сопровождаться и выраженным вегетативным компонентом (учащенным дыханием, бессонницей, сухостью во рту, потливостью, диареей, тахикардией и др.).

Для коррекции таких состояний рекомендуются анксиолитики из группы бензодиазепинов.

Выигрышным в этом плане является грандаксин (тофизолам) фирмы ЭГИС (Венгрия). Это анксиолитик и вегетокорректор для лечения невротических и соматических расстройств. У препарата отсутствует седативный эффект, не наступает физической и психической зависимости, нет влияния на умственную и физическую работоспособность.

Препарат назначался по 1 таблетке (50 мг) 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Целью исследования была оценка эффективности грандаксина в коррекции психовегетативных нарушений у больных с впервые выявленным туберкулезом легких.

В связи с поставленной целью нами на базе терапевтической клиники НЦПТ РК проведено наблюдение за 31 больным с впервые выявленным туберкулезом легких с бактериовыделением, которым в начале химиотерапии по режиму 1 категории был назначен грандаксин по 50 мг 2 раза в день в

течение 2 недель. В контрольную группу вошли 30 больных, идентичных по поло-возрастному составу, клиническому диагнозу, получавших химиотерапию без грандаксина.

Из обследованных больных мужчин было 15 (48,4%), женщин – 16 (51,6%). По возрасту больные распределились следующим образом: 18-29 лет – 18 (58,1%), 30-39 лет – 4 (12,9%), 40-49 лет – 5 (16,1%), 50 и более – 4 (12,9%). У обследованных больных диагностирован инфильтративный туберкулез легких в 29 (93,6%) случаях и фиброзно-кавернозный туберкулез – в 2 (6,4%).

Для оценки тревожного состояния пациентов использована шкала Гамильтона (HARS), согласно которой выраженность 14 симптомов ранжируется от 0 до 4: 0 – отсутствует, 1 – в слабой степени, 2 – в умеренной степени, 3 – в тяжелой степени, 4 – в очень тяжелой степени.

Таблица 1

Оценка тревожного состояния по шкале Гамильтона до и после лечения больных, получавших грандаксин

Симптомы	Степень выраженности симптомов				
	0	1	2	3	4
Тревожное настроение	4/11 12,9/35,5	12/17 38,7/54,8	14/3 45,2/9,7	1/0 3,2/0	0
Напряжение	7/15 22,6/48,4	13/10 41,9/32,2	11/6 35,5/19,3	0/0	0
Страхи	7/14 22,6/45,2	11/12 35,5/38,7	13/5 41,9/16,1	0/0	0
Инсомния	3/15 9,7/48,4	12/10 38,7/32,2	14/6 45,2/19,4	2/0 6,5/0	0
Интеллектуальные нарушения	17/19 54,8/61,3	10/10 32,2/32,2	4/2 12,9/6,4	0/0	0
Депрессивное настроение	8/16 25,8/51,6	15/12 48,4/38,7	7/3 22,6/9,7	1/0 3,2/0	0
Соматические симптомы (мышечные)	9/13 29,0/41,9	14/15 45,2/48,4	7/3 22,6/9,7	1/0 3,2/0	0
Соматические симптомы (сенсорные)	10/13 32,2/41,9	10/14 32,2/45,2	11/4 35,5/12,9	0/0	0
Сердечно-сосудистые симптомы	6/16 19,4/51,6	17/10 54,8/32,2	8/5 25,8/16,1	0/0	0
Респираторные симптомы	9/14 29,0/45,2	13/15 41,9/48,4	8/5 25,8/16,1	1/0 3,2/0	0
Гастроинтестинальные симптомы	10/16 32,2/51,6	15/12 48,4/38,7	5/3 16,1/9,7	1/0 3,2/0	0
Мочеполовые симптомы	20/25 64,5/80,6	7/3 22,6/9,7	4/3 12,9/9,7	0/0	0
Вегетативные симптомы	11/16 35,5/51,6	15/12 48,4/38,7	4/3 12,9/9,7	1/0 3,2/0	0
Поведение при осмотре	12/16 38,7/51,6	15/13 48,4/41,9	4/2 12,9/6,4	0/0	0

* число симптомов до лечения / число симптомов после лечения

В результате проведенного анкетирования больных до начала лечения грандаксином (таблица 1) нами выявлено следующее:

Тревожное настроение (озабоченность, ожидание наихудшего, тревожные опасения, раздражительность) до начала лечения в основной группе отсутствовало в 12,9 % случаев, выраженность симптомов слабой степени – 38,7%, умеренной степени – в 42,5%, тяжелой степени – в 3,2%. После курса лечения грандаксином наличие тревожного настроения снизилось до 35,5%, выраженность симптомов слабой степени – до 54,8%, умеренной степени – уменьшилось до 9,7%, тяжелой степени – отсутствовало.

Напряжение (ощущение напряжения, вздрагивание, легко возникающая плаксивость, дрожь, чувство беспокойства, неспособность расслабиться) до начала лечения в основной группе отсутствовало в 22,6 % случаев, его выраженность была в слабой степени в 41,9%, умеренной – в 35,5%, тяжелой степени не было ни в одном случае. После курса лечения грандаксином отсутствие напряжения отмечено в 48,9%, выраженность симптомов слабой степени уменьшилась до 32,2%, умеренной – до 19,3%, тяжелой степени – отсутствовала.

Страхи (боязнь темноты, незнакомых людей, животных, транспорта, толпы, страх одиночества) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 22,6 % случаях, выражены в слабой степени – в 35,5%, умеренной – в 41,9%, тяжелой степени – ни в одном случае. После курса лечения грандаксином отсутствие страхов отмечалось в 45,2%, выраженность симптомов слабой степени возросла до 38,7%, умеренной – уменьшилась до 16,1%.

Инсомния (затрудненное засыпание, прерывистый сон, не приносящий отдыха сон с чувством разбитости и слабости при пробуждении, кошмарные сновидения) до начала лечения в основной группе отсутствовала в 9,7 % случаев, выражена в слабой степени – в 38,7%, умеренной – в 45,2%, тяжелой степени – в 6,5%. После курса лечения грандаксином отсутствие инсомнии увеличилось до 48,4%, выраженность симптомов слабой степени уменьшилась до 32,2%, умеренной – до 19,4%, тяжелой степени – отсутствовала.

Интеллектуальные нарушения (затрудненная концентрация внимания, ухудшение памяти) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 54,8 % случаев, выражены в слабой степени – в 32,2%, умеренной – в 12,9%, тяжелой степени – ни

в одном случае. После курса лечения грандаксином отсутствие интеллектуальных нарушений зафиксировано в 61,3%, выраженность депрессии слабой степени осталась на прежнем уровне, умеренной степени – уменьшилась до 6,4%.

Депрессивное настроение (утрата привычных интересов, утрата чувства удовольствия от хобби, подавленность, раннее пробуждение, суточные колебания состояния) до начала лечения в основной группе не отмечалось в 25,8 % случаев, депрессия слабой степени была выражена в 48,4%, умеренной – в 22,6%, тяжелой степени – в 3,2%. После курса лечения грандаксином депрессивное настроение не наблюдалось в 51,6%, депрессия слабой степени была выражена в 38,7%, умеренной – в 9,7%, тяжелой степени – отсутствовала.

Мышечные симптомы (боли, мышечные подергивания, напряжение, миоклонические судороги, «скрипение зубами», срывающийся голос, повышенный тонус) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 29,0 % случаев, их выраженность слабой степени отмечена в 45,2%, умеренной – в 22,6%, тяжелой степени – отсутствовала. После курса лечения грандаксином отсутствие мышечных симптомов отмечалось в 41,9%, выраженность симптомов слабой степени несколько возросла до 48,4%, умеренной степени – упала до 9,7%, тяжелой степени – исчезла.

Сенсорные симптомы (звон в ушах, нечеткость зрения, приливы жара или холода, ощущение слабости и покалывания) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 32,2 % случаев, их выраженность слабой степени отмечалась в 32,2%, умеренной – в 35,5%, тяжелой степени – отсутствовала. После курса лечения грандаксином отсутствие сенсорных симптомов отмечено уже в 41,9%, выраженность симптомов слабой степени несколько увеличилась до 45,2%, умеренной – уменьшилась до 12,9%, тяжелой степени – исчезла.

Сердечно-сосудистые симптомы (тахикардия, сердцебиение, боль в груди, пульсация в сосудах, чувство слабости, частые вздохи, диспноэ) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 19,4 % случаев, выражены в слабой степени в 54,8%, умеренной – в 25,8%, тяжелой степени – ни в одном случае. После курса лечения грандаксином сердечно-сосудистые симптомы исчезли в 51,6%, их выраженность слабой степени несколько уменьшилась до 32,2%, умеренной степени – уменьшилась до 16,1%.

Респираторные симптомы (чувство давления или сжатия грудной клетки, ощущение удушья, частые вздохи, диспноэ) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 29,0 % случаев, были выражены в слабой степени в 41,9%, умеренной – в 25,8%, тяжелой степени – в 3,2%. После курса лечения грандаксином респираторные симптомы исчезли в 45,2%, их выраженность в слабой степени несколько увеличилась до 48,4%, умеренной – уменьшилась до 16,1%, тяжелой степени - исчезла.

Гастроинтестинальные (затрудненное глотание, метеоризм, боль в животе, изжога, чувство переполнения желудка, тошнота, рвота, урчание в животе, диарея, снижение веса тела, запоры) симптомы до начала лечения в основной группе отсутствовали в 32,2 % случаев, выражены в слабой степени – в 48,4%, умеренной – в 16,1%, тяжелой степени – в 3,2%. После курса лечения грандаксином гастроинтестинальные симптомы исчезли в 51,6%, их выраженность слабой степени уменьшилась до 38,7%, умеренной – уменьшилась до 9,7%, тяжелой степени - исчезла.

Мочеполовые симптомы (учащенное мочеиспускание, сильные позывы на мочеиспускание, аменорея, меноррагия, фригидность, преждевременная эякуляция, утрата либидо, импотенция) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 64,5 % случаев, выражены в слабой степени – в 22,6%, умеренной – в 12,9%, тяжелой степени – ни в одном случае. После курса лечения грандаксином мочеполовые симптомы исчезли в 80,6%, их выраженность слабой степени уменьшилась до 9,7%, умеренной – уменьшилось до 9,7%.

Вегетативные симптомы (сухость во рту, по-

краснение или бледность кожи, повышенное потоотделение, головные боли с чувством напряжения) до начала лечения в основной группе отсутствовали в 35,5 % случаев, их выраженность слабой степени отмечена в 48,4%, умеренной – в 12,9%, тяжелой степени – в 3,2%. После курса лечения грандаксином вегетативные симптомы исчезли в 51,6%, их выраженность слабой степени уменьшилась до 38,7%, умеренной – до 9,7%, тяжелой степени – не отмечена.

Симптомы поведения при осмотре (ерзание на месте, беспокойная жестикуляция или походка, тремор рук, нахмуривание бровей, напряженное выражение лица, вздохи или учащенное дыхание, бледность лица, частое сглатывание слюны) до начала лечения в основной группе не отмечены в 38,7 % случаев, выражены в слабой степени в 48,4%, умеренной – в 12,9%. После курса лечения грандаксином симптомы поведения при осмотре не были выражены в 51,6%, выражены в слабой степени в 41,9%, умеренной – присутствовали только в 6,4%.

В связи с вышесказанным, следует сказать, что при лечении грандаксином отмечается положительная динамика вышеназванных симптомов в виде их исчезновения или уменьшения степени выраженности. В контрольной же группе указанные симптомы сохранялись более длительное время (таблица 2).

Статистическая обработка материала проводилась в программе SPSS15.0 для Windows, метод отношения шансов. Для определения достоверности разности сравниваемых групп полученные результаты считали незначимыми.

Таблица 2

Оценка тревожного состояния по шкале Гамильтона больных, не получавших грандаксин (контрольная группа)

Симптомы	Степень выраженности симптомов				
	0	1	2	3	4
Тревожное настроение	5/12 16,6/40,0	11/15 36,6/50,0	14/3 46,6/10,0	0	0
Напряжение	9/15 30,0/50,0	13/13 43,3/43,3	9/2 30,0/6,6	0	0
Страхи	8/14 26,6/46,6	10/13 33,3/43,3	12/3 40,0/10,0	0	0
Инсомния	4/15 13,3/50,0	12/9 40,0/30,0	14/6 46,6/20,0	0	0
Интеллектуальные нарушения	19/23 63,3/76,6	10/7 33,3/23,3	1/- 3,3/-	0	0
Депрессивное настроение	9/16 30,0/53,3	14/12 46,6/40,0	7/2 23,3/6,6	0	0

Соматические симптомы (мышечные)	10/15 33,3/50,0	13/12 43,3/40,0	7/3 23,3/10,0	0	0
Соматические симптомы (сенсорные)	9/13 30,0/43,3	10/9 33,3/30,0	11/8 36,6/26,6	0	0
Сердечно-сосудистые симптомы	7/17 23,3/56,6	16/10 53,3/33,3	7/3 23,3/10,0	0	0
Респираторные симптомы	10/14 33,3/46,6	12/10 40,0/33,3	8/6 26,6/20,0	0	0
Гастроинтестинальные симптомы	10/15 33,3/50,0	13/12 43,3/40,0	7/3 23,3/10,0	0	0
Мочеполовые симптомы	22/26 73,3/86,6	7/4 23,3/13,3	1/- 3,3/-	0	0
Вегетативные симптомы	13/15 43,3/50,0	11/10 36,6/33,3	6/5 20,0/16,6	0	0
Поведение при осмотре	13/16 43,4/53,3	14/12 46,6/40,0	3/2 10,0/6,6	0	0

Из критериев эффективности химиотерапии взят основной из них - конверсия мазка. На 2-м месяце от начала лечения конверсия мазка наблюдалась в 85,7% случаев, в контрольной группе – в 73,3%.

Переносимость грандаксина была хорошей, ни в одном случае не отмечено его отмены.

Таким образом, грандаксин может быть рекомендован в комплексном лечении больных с впервые выявленным туберкулезом легких.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл зерттеуде грандаксинді туберкулезі алғаш рет анықталған науқастарда қолдана отырып психовегетативті бұзылыстарға коррекция жасалынуы тексерілген. Осыған орай туберкулезі алғаш рет анықталған 31 науқастарға (негізгі топ) грандаксин препаратын 2 апта бойы күніге 50 мг x 2 рет химиотерапиямен бірге берілген. Бақылау тобына 30 науқас химиотерапияны грандаксинсіз қабылдаған. Науқастарда қорқыныш белгілерін Гамильтон шкаласы арқылы 14 симптомына 0-ден 4-ке дейін дәрежесі анықталған. Зерттеу қорытындысы бойынша грандаксинді қолданғанда оң динамика, яғни, қорқыныш симптомдары жойылғаны немесе төмендегені анықталған. Ал, бақылау тобында бұл сезімдер ұзақ сақталған. Науқастар грандаксинді жақсы көтерді, жанама әсері болған жоқ.

SUMMARY

Evaluation of effectiveness of Grandaxin in

the correction of psycho-vegetative disturbances in patients with newly detected tuberculosis was conducted by us.

In connection with target posed it was conducted the observation of 31 patients with newly detected pulmonary tuberculosis with positive sputum smears which were administrated Grandaxin in a dose of 50 mg at the beginning of the treatment by 2 times daily during 2 weeks. The control group included 30 patients treated by chemotherapy regimen without Grandaxin To evaluate the patient anxiety state it was used the Hamilton' scale (HARS) in accordance with which expressiveness of 14 symptoms is ranged from 0 to 4: 0 – absent, 1st – a light degree, 2nd - a moderate degree, 3rd – a heavy degree, 4th - an extreme degree. As a result, the treatment with Grandaxin gives the positive dynamics in above mentioned symptoms in term of their disappearance or expressiveness degree decrease. Those symptoms were kept in the control group for a long time. The tolerance of Grandaxin was good, not one cancellation was done.

Литература

1. Валиев Р.Ш. // Пробл. туб. - 1999. - № 2. - С.27-31.
2. Идрисова М.Ш., Аденов М.М., Алтаева А.М. и др. //Контроль над лекарственноустойчивым туберкулезом в Казахстане: Сб. науч. работ.- Алматы, 2001.- С.34-35.
3. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating //Brit. J. Med. Psychol. - 1959.-№ 32.- P.50-55.

ФАРМАКОКИНЕТИКА ИЗОНИАЗИДА И РИФАМПИЦИНА В РЕЖИМАХ ХИМИОТЕРАПИИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

*Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л., Шаймуратов Ш.Ш., Ошакбаева К.А.
Национальный центр проблем туберкулеза РК, г. Алматы*

Общеизвестно, что одним из ключевых элементов DOTS-стратегии являются режимы краткосрочной химиотерапии, которая предусматривает непосредственное наблюдение за приемом больными препаратов. Следует отметить, что больной должен полностью пройти весь курс лечения, как интенсивную, так и поддерживающую фазы. При перерывах в лечении возникает рецидив процесса, в дальнейшем это влечет за собой распространение штаммов МБТ, обладающих устойчивостью к ПТП. Одной из альтернатив профилактики лекарственной резистентности является использование комбинированных препаратов с фиксированными дозами (КПФД), которые содержат 2 или большее число противотуберкулезных препаратов в одной таблетке. Применение КПФД снижает риск развития лекарственной резистентности у микроорганизмов, облегчает контроль полихимиотерапии, уменьшает затраты времени медицинского персонала, идеально для работающих больных. Кроме того, поставка рифампицина только в виде комбинированных таблеток поможет уменьшить использование этого препарата на «черном рынке» для лечения других инфекций. Вместе с тем, при использовании многокомпонентных препаратов упрощается схема приема лекарств больными, которые принимают меньше таблеток, в связи с чем больные реже прерывают курс лечения, улучшается переносимость препаратов.

Таким образом, анализ литературных данных по применению КПФД позволяет сделать заключение, что ряд вопросов решен недостаточно полно, что требует дальнейших исследований в этом направлении.

Целью нашего исследования было изучение фармакокинетики основных противотуберкулезных препаратов изониазида и рифампицина в лечении больных по режиму 1 категории.

В связи с поставленной целью нами на базе легочно-терапевтического отделения №3 Национального центра проблем туберкулеза РК проведено наблюдение за 90 больными с впервые выявленным туберкулезом легких, которым в интенсивную фазу

химиотерапии проводилось лечение 4-мя ПТП (изониазид+рифампицин+пиразинамид+этамбутол) по режиму 1 категории. Больные были разделены на три группы: в 1 группу вошло 30 пациентов, которые получали монокомпонентные препараты в таблетированной форме; во 2-ю – 30 пациентов, получавших монокомпонентные препараты парентерально (рифампицин внутривенно капельно, изониазид – внутримышечно). В контрольную группу вошло 30 больных, получавших КПФД, в частности, римстар. Данный препарат в одной таблетке содержит активные вещества: рифампицин - 150 мг, изониазид - 75 мг, пиразинамид - 400 мг, этамбутол – 275 мг.

Из них мужчин было 40 (44,4%), женщин – 50 (55,6%). По возрасту больные распределились следующим образом: 18-29 лет – 44 (48,9%), 30-39 лет – 20 (22,2%), 40-49 лет – 10 (11,1%), 50 лет и более – 16 (17,8%). Инфильтративная форма туберкулеза легких диагностирована у 70 больных (77,8%), фиброзно-кавернозная – у 12 (13,3%), диссеминированная – у 8 (8,9%). Двусторонний процесс наблюдался у 36 (40,0%) больных, односторонний – у 54 (60,0%). Сопутствующие заболевания отмечены в 50 (55,5%) случаях, из которых наиболее часто встречался сахарный диабет (15 – 30,0%), ХОБЛ (15- 30,0%), заболевания печени и желчевыводящих путей (10 - 20,0%) и ЖКТ (10- 20,0%).

Критериями эффективности химиотерапии являлись: сроки исчезновения симптомов интоксикации, прекращение бактериовыделения и закрытие полости распада, фармакокинетика рифампицина и изониазида в крови (метод высокоэффективной жидкостной хроматографии).

Все медицинские и индивидуальные данные больных вводились в Microsoft Excel. Статистическая обработка материала проводилась в программе Microsoft Excel.

Повышение температуры, кашель, хрипы в легких наблюдались у 76 больных. Динамика исчезновения симптомов интоксикации представлена в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1

Динамика исчезновения симптомов интоксикации у впервые выявленных больных туберкулезом легких

Группы больных	Из них с интоксикацией	Исчезновение интоксикации, дни			
		10	20	30	Всего
1 группа (30)	27 90,0	18 66,7	7 25,9	2 7,4	27 100,0
2 группа (30)	25 83,3	20 80,0	5 20,0	-	25 100,0
Контрольная (30)	24 80,0	16 66,7	6 25,0	2 8,3	20 100,0
	p 1	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
	p 2	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Интоксикационный синдром исчез у всех трех больных к окончанию 1 месяца от начала химиотерапии. Темпы исчезновения симптомов интоксикации были ускоренными – так, к 10 дню интоксикация купирована у 18 (66,7%) больных 1 основной группы, у 20 (80,0%) больных 2 основной группы и 16 (66,7%) контрольной; к 20 дню – соответственно у 7 (25,9%) больных 1 группы, 5 (20,0%) 2 группы и 6 (25,0%) контрольной группы; к 30 дню – у 2 (7,4%) больных 1 группы и 2 (8,3%) контрольной. Несмотря на наличие достоверной разницы при сравнении 1 и 2 основных групп с контролем, следует отметить, что у больных, принимавших ПТП парентерально, интоксикация была устранена к 20 дню от начала лечения, тогда как

при приеме таковых в таблетированной форме как отдельно, так и в форме КПФД, - к 30 дню.

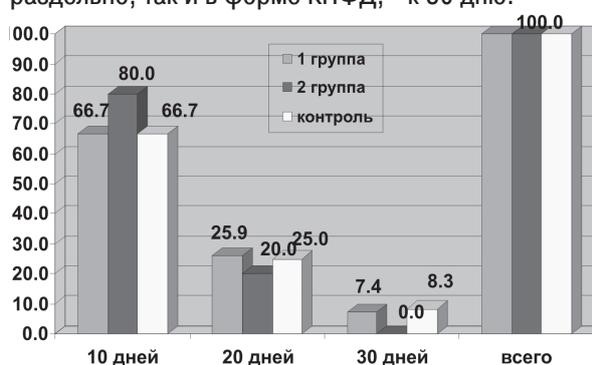


Рис.1 Динамика исчезновения симптомов интоксикации у впервые выявленных больных туберкулезом легких

Таблица 2

Конверсия мазка у впервые выявленных больных туберкулезом легких

Группы больных	Число больных с БК+ до лечения	Конверсия мазка по месяцам	Число больных с БК+ после лечения
		2	
	3		
	4		
	Всего		
1 группа	30	19	

Как видно из таблицы 2, негативация мокроты в целом наступила у больных 1 группы в 28 (93,3%) случаях, у больных 2 и контрольной групп - в 27 (90,0%). При анализе темпов конверсии мазка нами выявлено, что последняя наступила преимущественно ко 2 месяцу от начала химиотерапии – соответственно в 19 (63,3%) случаях 1 группы, 22 (73,3%) случаях 2 группы ($P_2 < 0,05$) и 18 (60,0%) контрольной группы. К 3 месяцу прекращение бактериовыделения соответственно констатировано в 26,7%, 16,7% ($P_2 < 0,05$) и 23,3% случаев. К 4 месяцу конверсия мазка отмечена в 3,3% случаев 1 группы ($P_1 < 0,05$) и в 6,7% контрольной группы.

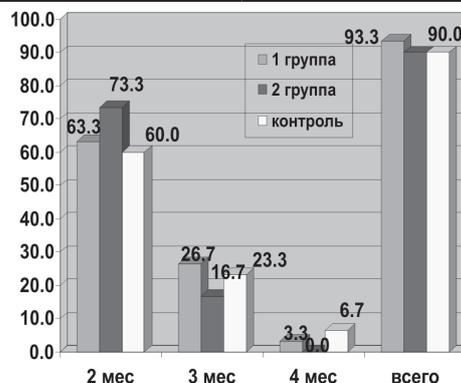


Рис.2. Динамика сроков негативации мокроты у больных с впервые выявленным туберкулезом легких

Наличие полости распада наблюдалось у всех больных. Сроки закрытия деструктивных изменений представлены в таблице 3 и рисунке 3.

Таблица 3 - Закрытие полости распада у впервые выявленных больных туберкулезом легких

Группы	Число больных с CV+ до лечения	Закрытие полости распада в месяцах	Число больных с CV + после лечения
		2	
	3		
	4		
	Всего		
1 группа	30	-	3
10,0	4		

Согласно таблице 3, закрытие полости распада в целом к окончанию интенсивной фазы лечения деструкции рентгенологически констатировано у 7 (23,3%) больных 1 и 2 основных групп и у 8 (26,7%) больных контрольной. Ко 2 месяцу полость деструкции во всех группах не отмечена ни у одного больного. К 3 месяцу – у 3 (10,0%) больных 1 группы, у 1 (3,3%) больного 2 группы ($P < 0,05$) и у 10 (3,3%) контрольной группы. К 4 месяцу – соответственно в 4 (13,3%), в 6 (20,0%) и в 5 (16,7%) случаях.

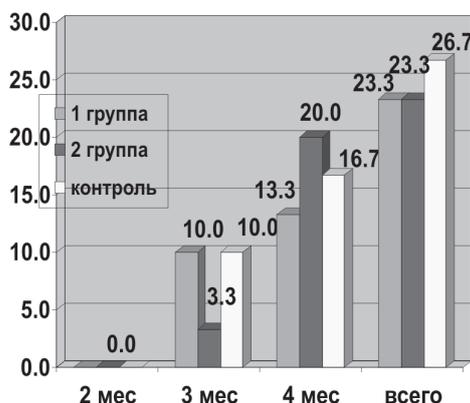


Рис. 7. Сроки закрытия полости деструкции у впервые выявленных больных туберкулезом легких

Анализ концентрации двух основных противотуберкулезных препаратов рифампицина и изониазида методом хроматографии показал следующее: при приеме изониазида концентрация последнего в 1 и 2 основных группах через 3 часа после приема была достоверно в 1,7 и 5,2 раза выше, чем в контрольной и составила соответственно 1,03 мкг/мл и 3,0 мкг/мл (контрольная группа - 0,58 мкг/мл). Однако следует отметить, что концентрация изониазида при приеме препарата внутрь достоверно и через 12 часов сохранялась на высоком уровне и составила 1,0 мкг/мл, тогда как при приеме парентерально уменьшилась в 5 раз и составила 0,55 мкг/мл, в контроле она снизилась незначительно и составила 0,51 мкг/мл. К 24 часам концентрация изониазида в 1 основной группе была выше, во 2 основной группе - ниже, чем в контроле и составила соответственно 0,033 и 0,05 мкг/мл.

Таблица 4

Суточная концентрация изониазида в крови при применении внутрь

Группы больных	время				
	8-00	11-00	14-00	20-00	8-00
1 группа	1,03	1,5	1,0	0,41	0,11
2 группа	3,0	1,55	0,55	0,2	0,033
контрольная	0,58	1,38	0,51	0,18	0,05
P1	<0,001	>0,05	<0,001	<0,001	>0,05
P2	<0,001	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

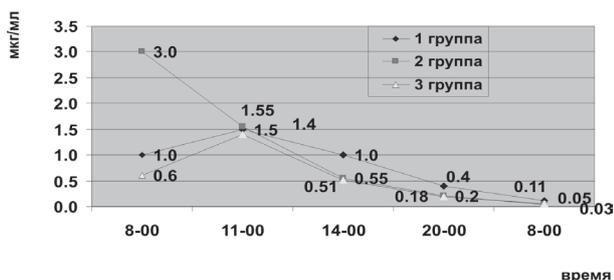


Рис.4 - Динамика суточной концентрации изониазида в крови(мг/мл)

Таким образом, на основании полученных результатов исследования посуточной концентрации

изониазида в крови следует отметить, что лечение монокомпонентными препаратами в таблетированной форме наиболее стабильно в течение суток, т.е. препарат на высоких дозах сохраняется в крови более длительное время (до 6 часов) по сравнению с введением изониазида внутримышечно, при котором наиболее высокий пик концентрации приходится на 3 часа, а потом резко в 5 раз уменьшается к 6 часам. Что касается использования изониазида в виде КПФД, то его концентрация увеличивается через 3 часа и к 6 часам снижается в 2,7 раза.

Таблица 5

Суточная концентрация рифампицина в крови

Противотуберкулезные препараты	время				
	8-00	11-00	14-00	20-00	8-00
1 группа	1,75	3,03	1,61	1,0	0,37
2 группа	6,5	3,31	1,60	0,67	0,23
контрольная	1,46	2,38	1,21	0,68	0,18
P1	>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05
P2	<0,001	<0,001	<0,001	>0,05	>0,05

Анализ динамики концентрации рифампицина (табл. и рис.5) показал следующее: через 3 часа после приема препарата внутрь в 1 основной группе концентрация препарата составила 1,75 мкг/мл, в контроле - 1,46 мкг/мл; при внутривенном введении во 2 основной группе концентрация препарата достоверно в 4,5 раза превышала уровень рифампицина в составе римстара и составила 6,5 мкг/мл. Через 12 часов уровень препарата в обеих основных группах был достоверно выше, чем в контроле и соответственно составил 1,61, 1,60 и 1,21 мкг/мл.

нию с введением рифампицина внутривенно струйно, при котором наиболее высокий пик концентрации приходится на 3 часа, а потом резко в 4 раза уменьшается к 6 часам. Что касается использования рифампицина в виде КПФД, то его концентрация увеличивается через 3 часа и к 6 часам снижается в 1,9 раза.

Выводы

1. Несмотря на наличие достоверной разницы при сравнении 1 и 2 основных групп с контролем, следует отметить, что у больных, принимавших ПТП парентерально, интоксикация была устранена к 20 дню от начала лечения, тогда как при приеме таковых в таблетированной форме как отдельно, так и в форме КПФД, - к 30 дню.

2. Негативация мокроты в целом наступила у больных 1 группы в 28 (93,3%) случаях, у больных 2 и контрольной групп - в 27 (90,0%). При анализе темпов конверсии мазка нами выявлено, что последняя достоверно наступала преимущественно ко 2 месяцу от начала химиотерапии у больных, получавших ПТП парентерально (в 73,3% случаев), в контрольной группе – соответственно в 60,0%.

3. Закрытие полости распада в целом к окончанию интенсивной фазы лечения деструкции рентгенологически констатировано у 7 (23,3%) больных 1 и 2 основной групп и у 8 (26,7%) больных кон-

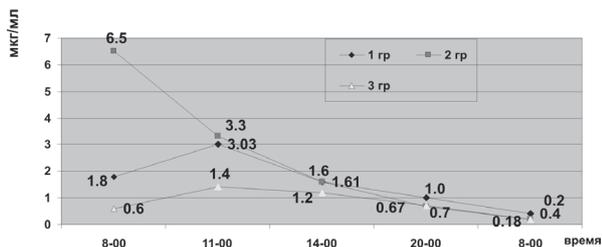


Рис.5 Динамика концентрации рифампицина в крови

Таким образом, на основании полученных результатов исследования посуточной концентрации рифампицина в крови, следует отметить, что лечение монокомпонентными препаратами в таблетированной форме наиболее стабильно в течение суток, т.е. препарат на высоких дозах сохраняется в крови более длительное время (до 12 часов) по сравне-

трольной. Ко 2 месяцу полость деструкции во всех группах не отмечена ни у одного больного.

4. Анализ суточной концентрации изониазида в крови показал, что лечение монокомпонентными препаратами в таблетированной форме наиболее стабильно в течение суток, т.е. препарат на высоких дозах сохраняется в крови более длительное время (до 6 часов) по сравнению с введением изониазида внутримышечно, при котором наиболее высокий пик концентрации приходится на 3 часа, а потом резко в 5 раз уменьшается к 6 часам. Что касается использования изониазида в виде КПФД, то его концентрация увеличивается через 3 часа и к 6 часам снижается в 2,7 раза.

5. Анализ суточной концентрации рифампицина в крови показал, что лечение монокомпонентными препаратами в таблетированной форме наиболее стабильно в течение суток, т.е. препарат на высоких дозах сохраняется в крови более длительное время (до 12 часов) по сравнению с введением рифампицина внутривенно струйно, при котором наиболее высокий пик концентрации приходится на 3 часа, а потом резко в 4 раза уменьшается к 6 часам. Что касается использования рифампицина в виде КПФД, то его концентрация увеличивается через 3 часа и к 6 часам снижается в 1,9 раза.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл жұмыста ТҚД ішіндегі негізгі препараттар изониазид пен рифампициннің фармакокинетикасы зерттелінді. Осыған орай 1 санат бойынша қарқынды кезеңде ТҚД 4 дәрімен (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) емделген өкпе туберкулезі алғаш рет анықталған 90 науқастарға тексерулер жүргізілді. Олар 3 топқа бөлінді: 1 топқа, монокомпонентті ТҚД таблетка түрінде қабылдаған 30 науқас, 2 шіге - монокомпонентті ТҚД парентеральді (рифампицин-к.т.т., изониазид-б.е). Бақылау тобына 30 науқас көпкомпонентті ТҚД (римстар) қабылдаған. Мұнда 1 таблеткада (R-150 мг, H- 75 мг, Z- 275мг, E- 275мг) бар. Алынған қорытындылар бойынша, изониазидтің қандағы тәуліктік концентрациясы монокомпонентті препаратта таблетка түрінде бірқалыпты, ал, бұлшық етке енгізгенде 6 сағат бойы жоғары болатындығы, яғни, 3 сағатта жоғарғы пикке жететіндігі, 6 сағатта төмендегені байқалды. Ал, римстардағы изониазидтің қандағы тәуліктік концентрациясы 3 сағатта жоғарылап, 6 сағатта 2,7 ретке төмендеді. Ал, рифампициннің қандағы тәуліктік концентрациясы монокомпонентті

препаратта таблетка түрінде бірқалыпты, ал, көк тамырға тамшылы енгізгенде 12 сағат бойы жоғары болатындығы, 3 сағатта жоғарғы пикке жететіндігі, 4 сағаттан кейін, 6 сағатта 4 рет төмендегені байқалды. Ал, римстардағы рифампициннің қандағы тәуліктік концентрациясы 3 сағатта ғана жоғарылап, 6 сағатта 1,9 ретке төмендеді.

SUMMARY

Pharmacokinetics of main anti-TB drugs isoniazid and rifampicin in 90 patients with newly detected TB treated by 1st category was studied. Intensive phase was conducted with 4 drugs (isoniazid+rifampicin)+pyrazinamid+ethambutol). Patients were divided in 3 groups: 1 group – 30 patients received the monocomponent drugs in tablets, 2 group – 30 patients received the drugs parenterally (R-i/v by dropper, H-i/m). The control group-30 patients received fixed doses anti-TB drugs (rimstar: 1 tablet consists from R -150 mg, H-75mg, Z and E by 275gm). As a result analysis of daily blood concentration of H showed that treatment by monocomponent drug in tablets gives the most stable effect during 24 hours, i.e. H is kept in high doses more durably (6 hours) compared with H injected i/m (its concentration peak occurred by 3 hours later with sharp going-down by 5 times by 6 hours). If H is the part of a fixed doses drug its concentration peak increased by 3 hours and decreased by 2.7 times by 6 hours. Analysis of R daily blood concentration during treatment by monocomponent drug in tablets gives the most stable effect during 24 hours, i.e. the drug was kept in higher doses more durably (up to 12 hours if compared with injection by dropper (its peak occurred by 3 hours, its concentration decreased by 4 times by 6 hours. When fixed doses drug used its concentration increased by 3 hours and fell by 1.9 times by 6 hours.

Литература

1. Смаилова Г.А. Пути повышения эффективности лечения впервые выявленного туберкулеза легких в условиях напряженной эпидемиологической ситуации: Дис...д-ра мед.наук. - Алматы, 2001.-237с.
2. Семенова О.В. //Пробл.туб. и болезней легких.- 2003.-№11.-С.22-26.
3. Иванюта О.М., Коваленко Н.Н. // Пробл.туб.- 1983.- №2.- С.40-43.
4. Шуцкая Е.И., Хлебникова Л.А., Дербякова Т.И. и др. // Пробл.туб.- 1980.- №2.- С.41-44.
5. Пострюк М.Г. //Пробл.туб.- 1979.- №1.- С.68-69.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА, ОСЛОЖНЕННЫМ ДЕФОРМАЦИЕЙ

Аманжолова Л.К.

Национальный центр проблем туберкулеза РК, г.Алматы

В послеоперационном периоде реабилитационное лечение при туберкулезном спондилите, особенно у детей с наличием деформации позвоночника, проводится путем применения ортопедических мероприятий, целью которых является разгрузка пораженного отдела и предупреждение или исправление деформации [1,2].

На разных этапах лечения ортопедический режим составляется индивидуально для конкретного больного в зависимости от формы заболевания, вида операции и наличия осложнений. Достигается это в активной стадии болезни, прежде всего, строгим постельным содержанием детей до 14 лет в течение 2-3 месяцев, и при подъеме больного - применением дополнительной иммобилизации и реклинации.

Как показывают литературные данные и клинический опыт в центре, после оперативных вмешательств на позвоночнике в процессе дальнейшего роста детского организма увеличивается кифотическая деформация [2,3].

В целях обеспечения эффективной стабильности оперированного позвоночника, у больных с туберкулезным спондилитом грудно-поясничной и поясничной локализации использован сконструированный нами корсет.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ лечения туберкулезного спондилита у 64 детей (38 мальчиков и 26 девочек). Средний возраст пациентов на момент начала лечения составил $9,4 \pm 3,8$ лет. Длительность процесса лечения составила в среднем $1,4 \pm 0,3$ лет. Для сравнительного анализа результатов ортопедического и восстановительного лечения дети были распределены в следующие группы.

Основная группа – 35-и больным туберкулезным спондилитом, осложненным деформацией позвоночника, был применен фиксационно-реклинирующий корсет. Контрольная группа – 25-и детям с туберкулезным спондилитом, осложненным деформацией позвоночника, применен гипсовый корсет первые 2-3 недели нагрузки, затем текстильный ленинградский корсет.

В группах по локализации процесса в позвоночнике преобладали грудной и грудно-поясничные отделы, больные по уровню поражения распределены следующим образом (рисунок 1).

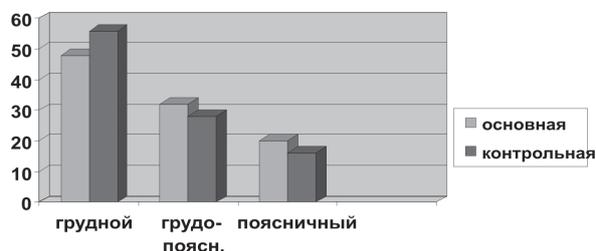


Рисунок 1- Распределение больных в исследуемых группах по локализации процесса в позвоночнике (%)

Из рисунка видно, что доля больных с грудным поражением позвоночника преобладает в обеих группах, что составило в основной - 48,0% (30) и контрольной - 56% (14) пациентов.

Для сравнительного анализа результатов ортопедического и восстановительного лечения дети были распределены в следующие группы.

Основная группа – 35-и больным туберкулезным спондилитом, осложненным деформацией позвоночника, был применен фиксационно-реклинирующий корсет. Контрольная группа – 30-и детям, больным туберкулезным спондилитом, осложненным деформацией позвоночника, применен гипсовый корсет первые 2-3 недели нагрузки, затем текстильный ленинградский корсет.

При анализе ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения больных с угловой деформацией при туберкулезе позвоночника применяли рентгенологические и лучевые методы исследования, а также для оценки динамики болевого синдрома визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). За ближайший послеоперационный период считали сроки от 1 до 6 месяцев после операции, отдаленный – свыше 1 года.

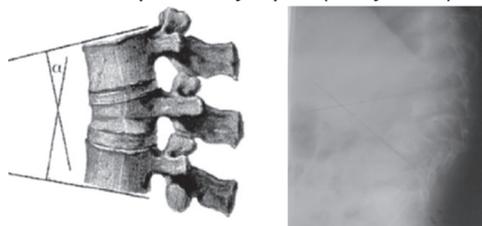
По рентгеноспондилограммам оценивали изменения в позвонках и паравертебральных тканях, анатомо-функциональные изменения, а также все рентгенометрические показатели, и принцип расчета заимствован у Э.В.Ульриха (1985), К.Н.Коваленко (1989) и Першина (2007).

Учетными рентгенологическими признаками, анализируемыми в работе, явились:

- 1.уровень и число пораженных позвонков;
- 2.угловые рентгенометрические показатели:
 - а) величина кифотической деформации;

- б) угол клиновидности костного блока;
- в) длина и глубина кифоза;

Величина кифотического угла и деформации позвоночного канала на рентгенограмме определена по методике Сообу, путем пересечением двух линий, проведенных по оси дисков краниального и каудального колена кифоза, либо восстановленных к этим линиям перпендикуляров (Рисунок 1).



А) Б)

Рисунок 2

Компьютерное (А) рентгенологическое (Б) изображение: измерение кифотического угла при туберкулезном спондилите у детей

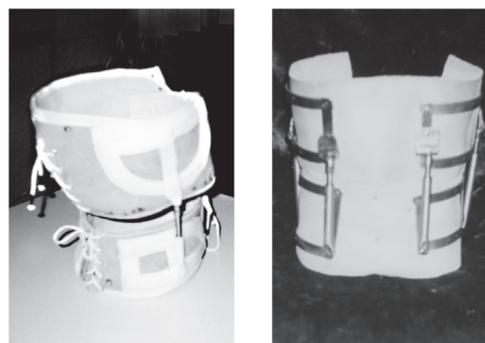
Результаты исследования

Нами предложен функционально-корректирующий корсет. Основное назначение данного корсета - фиксация позвоночника в реклинированном (разогнутом) положении и частичная разгрузка его пораженных отделов. Имобилизация (обездвижение) пораженного отдела позвоночника и его разгрузка обеспечивают удержание позвоночника в требуемом положении и переносят нагрузку с пораженных тел позвонков и межпозвоночных дисков на задние, здоровые, элементы позвонков (задние дужковые части). Это достигается образованием опоры для туловища передней и задней стенками корсета, шинами и головодержателем. Корсет не должен обрывать мышцы туловища и шеи на атрофию. Поэтому он должен минимально ограничивать подвижность частей тела относительно непораженных сегментов (плечевого пояса, конечностей, здоровых отделов позвоночника). Основу корсета составляет металлический каркас из шин, на котором крепится гильза корсета. Гильза корсета изготавливается из кожи (рисунок 2).

Таблица 1

Величина исходных деформаций позвоночника среди исследуемых детей (n=64), отобранных для проведения корсетотерапии (количество детей и градусы).

Угол деформации по Коббу	грудные деформации (n-34)		Груднопоясничные деформации (n-19)		Поясничные деформации (n-11)		Всего n-64	
	Абс.	градусы	Абс.	градусы	Абс.	градусы	Абс.	%
30-40°	20	38,2±5,3	13	37,0±5,1	11	34,5±5,2	44	68,7±5,7
40-49°	10	46,5±6,6	5	41,6 ±5,9	-	-	15	23,4±5,2
свыше 50°	4	50,5±7,2	1		-	-	5	7,9±3,3



а - сбоку б - сзади

Рисунок 3

Фиксационно-реклинующий корсет на груднопоясничный отдел позвоночника

В предложенной нами схеме лечения кифотической деформации позвоночника с использованием корсетотерапии основным показанием для применения является туберкулезный спондилит у детей и подростков, при величинах деформации от 25° до 50°.

При этом в активной стадии разрушенные тела позвонков требуют немедленного начала лечения, даже если деформация не достигает 25°. С момента начала лечения параметры деформации позвоночника контролируют рентгенографическим методом (каждые полгода) и методом измерительных величин. Первые 2-3 месяца - не реже одного раза в 2 недели контролируют величины нагрузки туловища корректором и, при необходимости, осуществляют их коррекцию. В особо тяжелых случаях контроль нагрузок производится каждые недели.

Распределение детей согласно их степени деформаций выглядело следующим образом: деформации позвоночника II степени (30-40°) было 44, III степени (40-49°) - 15 и IV степени свыше 50° - 5 пациентов. Характеристика и средние величины исходных деформаций среди отобранного контингента детей представлены в таблице 1.

Все пациенты получали на фоне полного курса противотуберкулезного лечения дополнительно ЛФК, ортопедический режим, массаж, физиолече-

ние. Результаты лечения пациентов выглядели следующим образом (таблица 2).

Таблица 2

Динамика коррекции деформации позвоночника II степени при корсетотерапии (градусы)

Показатели	Группы (дети) n-40		Взрослые пациенты n-20
	Основная n-20	контрольная n-20	
До операции	37,2±5,9	37,7±5,8	31,3±7,1
После операции	25,9±4,1	25,7±4,0	28,0±6,3
Послеоперационная коррекция	11,6±1,8	11,7±1,6	3,3±0,7 ^а
В период наблюдения (в среднем 1,5 года)	31,0±4,9	34,7±5,5	29,0±6,5
Общая коррекция, (%)	6,2±0,9* (56,0%)	3,0±0,4 (25,6%)	2,3±0,5* (69,0%)

Примечание: * - P<0,05 по сравнению с исходными величинами

Из таблицы 2 среди детей, имеющих грудные деформации, у 24 больных (37,5%) основной и у 20 - контрольной (31,2%) группы в результате корсетотерапии была достигнута стабилизация патологического процесса в оперированном отделе, что позволило уменьшить величину деформации и довести её с $37,5 \pm 5,3^{\circ}$ до уровня $31,5 \pm 4,6$ против с $37,5 \pm 5,3^{\circ}$ до $34,7 \pm 5,0$ (P<0,05) для детей, относившихся к II степени деформации, имевших исходный интервал значений угла по Коббу от 30 до 40°. Результаты между группами отличались статистически значимой разницей относительно исходных величин. Хорошие результаты (на 56,0% от исходной величины) были получены у детей в основной группе с исходными значениями угла по Коббу в диапазоне от 31 до 40° - достигнутая коррекция у большей части этих детей (n=24) составила в среднем $11,6 \pm 2,4^{\circ}$, в последующем общая коррекция составила $6,5 \pm 1,2^{\circ}$ и значимо отличалась от исходных величин (P<0,05) до начала лечения - средняя величина угла деформации была скорректирована на 56%.

В контрольной группе хорошие результаты (25,0% от исходной величины) были получены у детей с аналогичным диапазоном деформации, и достигнутая коррекция в послеоперационном периоде у большей части этих детей (n=20) составила в среднем $11,7 \pm 2,6^{\circ}$, в последующем общая коррекция составила $3,0 \pm 1,2^{\circ}$ и значимо отличалась от исходных величин (P<0,05) до начала лечения - средняя величина угла деформации была сохранена на 25%.

Для наглядности сравнительного анализа взяты результаты исследования среди взрослых с применением фиксационно-реклинирующего корсета, при этом достигнутая коррекция в послеоперационном периоде у большей части (n=20) составила в среднем $3,3 \pm 2,6^{\circ}$, в последующем общая коррекция составила лишь $2,3 \pm 1,2^{\circ}$ и значимо не отличалась от исходных величин (P>0,05) до начала лечения - средняя величина угла деформации была сохранена на 70%. То есть, средняя величина деформации у взрослых была незначительной и в последующем применение корсета не повлияло на коррекцию исходной величины.

Исходя из выше полученных результатов, надо отметить, что у большинства детей в основной группе (n-24) с деформациями позвоночника в исходном интервале 30-40° были получены хорошие результаты - средняя величина коррекции свидетельствовала об уменьшении угла по Коббу практически более чем на 1/3 относительно исходных величин (P<0,05) у 15 пациентов (62,5%), и результат лечения в контрольной группе статистически не отличался от исходных величин, и было констатировано прогрессирование деформаций позвоночника.

У детей с исходной деформацией свыше 40° хорошие результаты лечения были достигнуты в основной группе (n-9) в семи случаях - средняя величина угла по Коббу после проведения корсетотерапии составила $37,7 \pm 8,9 / 7,5 \pm 3,1^{\circ}$ (P<0,05) - в остальных случаях (n=2) прогрессирование деформации остановить не удалось.

Таблица 3

Динамика коррекции III степени (40-49°) деформации позвоночника при корсетотерапии (градусы)

Показатели	Группы (дети) n-19	
	Основная n-9	контрольная n-10
До операции	46,4±10,3	47,3±11,0
После операции	38,0±8,8	39,0±8,7
Послеоперационная коррекция	8,4±1,9	8,7±2,3
В период наблюдения (в среднем 1,5 года)	40,5±9,1	45,5±9,6
Общая коррекция, (%)	5,9* (70,0±8,8%)	2,2* (30,3±10,5%)

У пяти пациентов из группы с исходной деформацией свыше 50° с учетом первоначальной высокой величины деформации, которая сама по себе уже являлась показанием к проведению хирургического лечения, удалось достичь стабилизации специфического процесса. Тем не менее, у 5 (7,8%) детей после коррекции корсетотерапии среднее значение угла по Коббу составило 46,1±7,8° (n=5), величина коррекции на 7,2±4,5° (P>0,05) была достигнута у детей с исходными деформациями в интервале свыше 50°. В отдаленном периоде в данной группе у 2 (3,1%) детей было отмечено дальнейшее прогрессирование кифотической деформации (Рисунок 4).

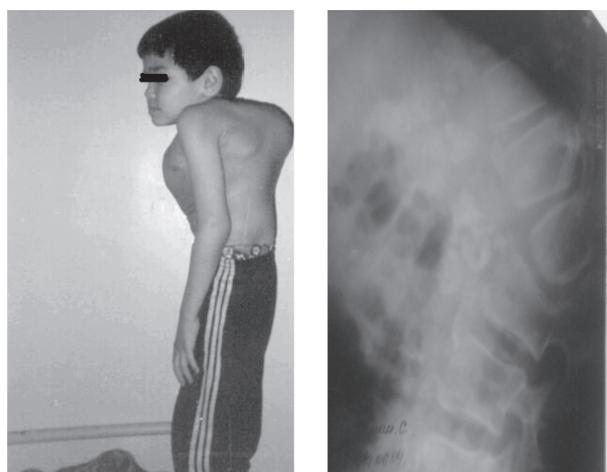


Рисунок 4.

Больной И., 11 лет, после операции через 5 лет, угол кифоза свыше 50°

Таким образом, среди пациентов с деформациями позвоночника, при корсетотерапии после операции полученные результаты распределились следующим образом: у 20 пациентов (31,2%) в основной группе с исходной величиной в 20-30° достигнутая коррекция составила в среднем 6,2±1,2°, что более чем в два раза ниже (P<0,05) исходной средней величины у этих больных. У пациентов (n-9) с начальными значениями деформаций от 30 до 40° (29,6%) результаты консервативного лечения также были

успешными - средняя величина достигнутой коррекции составила в среднем 5,9±1,8°, (P<0,05).

Данные результаты реабилитации детей после операции демонстрируют возможность предупреждения прогрессирования деформации у пациентов с начальными значениями деформаций 30-40° и 40-49°, что можно расценивать как определенный положительный эффект, особенно с учетом того, что деформации в грудном отделе являются одними из наиболее сложных в плане коррекции.

Приводим клиническое наблюдение:

Больная А., 11 лет, поступила в клинику 07.01.2003 г. с диагнозом – туберкулезный спондилит груднопочечных позвонков Th8-Th12, активная стадия, кифотическая деформация позвоночника, состояние после операции.

Давность заболевания - 8 месяцев, через 4 месяца при рентгенологическом обследовании выявлен специфический процесс в нижнегрудном отделе позвоночника.

Операция 03.02.01г. Абсцессотомия, некрэктомия с резекцией тел Th8 – Th9, спондилодез Th8 - Th11 по методике клиника. Операция завершена спондилодезом на уровне Th8 - Th11 из ребра и подвздошной кости.

В послеоперационном периоде через полтора месяца больная нагружена в фиксационно - реклинирующем корсете (Рис.).

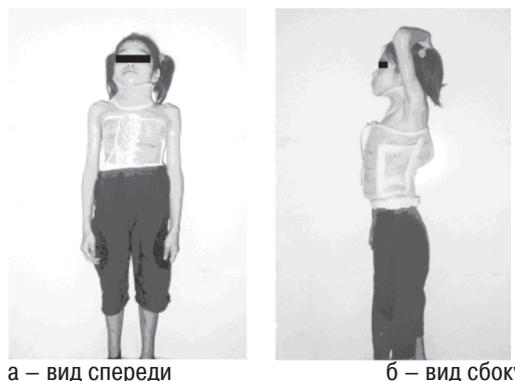


Рисунок 5.

Фиксационно-реклинирующий корсет на больной А, 11 лет, после операции: переднебоковой спондилодез на уровне грудных позвонков.

Нами также был проведен анализ отдаленных результатов лечения у 24 пациентов, средний срок наблюдения которых в отдаленном периоде составил $3,5 \pm 2,4$ лет. Всем им было назначено консервативное лечение с применением корсетотерапии в качестве ортопедического метода лечения.

По итогам наблюдений, у пациентов с исходной величиной деформации в $30-40^\circ$ ($n=14$) и в $40-50^\circ$ ($n=10$), проведенное консервативное лечение с применением корсетотерапии позволило в большей мере скорректировать все основные деформации у пациентов в основной группе, что было отмечено в ходе выполнения рентгенологического и топиического обследования в раннем и в отдаленном периоде наблюдений.

Тем не менее, мы наблюдали некоторую потерю коррекции, по данным исследований пациентов в отдаленном периоде, которая выразилась в усилении угла кифоза, особенно в контрольной группе при нарушении режима и ношении облегченных текстильных корсетов.

Таким образом, после выполнения хирургических вмешательств со спондилодезом ведущими принципами в лечении детей туберкулезным спондилитом является корсетотерапия, с целью предотвращения появления или прогрессирования деформации между остатками оперированных позвонков при продолжающемся росте скелета у ребенка.

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные результатов реабилитации у 64 детей, больных туберкулезным спондилитом, после операции с применением фиксационно-реклинирующего корсета для предупреждения прогрессирования деформации у пациентов с начальными значениями деформаций $30-40^\circ$

и $40-49^\circ$. Полученные результаты распределились следующим образом: у 20 пациентов (31,2%) в основной группе с исходной величиной в $20-30^\circ$ достигнутая коррекция составила в среднем $6,2 \pm 1,2^\circ$, что более чем в два раза ниже ($P < 0,05$) исходной средней величины у этих больных. У пациентов ($n=9$) с начальными значениями деформации от 30 до 40° (29,6%) результаты консервативного лечения также были успешными - средняя величина достигнутой коррекции составила $5,9 \pm 1,8^\circ$, ($P < 0,05$).

SUMMARY

In this paper there are the outcomes of rehabilitation in 64 children with TB spondylitis after operation with implementing the fixing and reclining jacket to prevent the progressing of deformation in patients with initial deformation of $30-40^\circ$ and $40-49^\circ$.

The results obtained were distributed as followed: in 20 patients (31.2%) of the main group with initial value of $20^\circ - 30^\circ$ the correction obtained constituted $6.2 \pm 1.2^\circ$ that is below average of the initial value by more than two times ($P < 0.05$). In patients ($n=9$) with initial value of deformation from 30° to 40° (29.6%) outcomes of the conventional therapy also were successful – the correction obtained was $5.9 \pm 1.8^\circ$ ($P < 0.05$) on average.

Литература

1. Руководство по легочному и внелегочному туберкулезу / Под ред. Ю.Н. Левашева и Ю.М. Репина. - СПб, 2006. - С. 482-487.
2. Мушкин А.Ю. Ортезирование и функционально-восстановительное лечение при костно-суставном туберкулезе // Под ред. Ю.Н. Левашева и А.Ю. Мушкина. - СПб, 2008. - С. 215-225.
3. К.Н.Коваленко Хирургия костно-суставного туберкулеза у детей. //Пробл.туб. - 2001. - №9. - С.45 -47.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДНЕГО УХА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Ташбаев Н.А., Сақыбаева С.А.

Международный Казахско-турецкий университет им.Х.А.Ясави
Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент

При изучении эффективности консервативного лечения и оперативного вмешательства при гнойном воспалении среднего уха мы обращали внимание на частоту поздних рецидивов, а также наличие или отсутствие обострения ушного и основного туберкулезного процесса.

Проводилось обследование больных совместно с фтизиатрами. При этом анализировались отоскопическая картина, состояние слуха, рентгенография грудной клетки и течение основного процесса.

Местное консервативное лечение проводилось 287 больным со специфическим и неспецифическим острым и хроническим гнойным средним отитом, с учетом данных чувствительности микрофлоры среднего уха к антибиотикам сульфаниламидным препаратом. Поскольку у большинства вторичная флора среднего уха была чувствительна к левомицетину, тетрациклину и сульфодимезину, при лечении использовали спиртовой раствор вышеуказанных лекарств, с противотуберкулезными препаратами (стрептомицин, ПАСК) в виде порошка или водного раствора, кроме этого, мы промывали среднее ухо ежедневно жидким озоном.

Перед лечением обращали внимание на со-

стояние носа, носоглотки и слуховых труб, а при наличии патологии были проведены меры, направленные на их ликвидацию. До применения местно различных лекарственных веществ, производили туалет и высушивание барабанной полости от патологического содержимого. Вливание лекарственных веществ проводили 3-4 раза в день, а один раз в день промывали ухо струйно жидким озоном.

Всех больных со специфическим и неспецифическим средним отитом мы разделили на три группы. Первую группу составили 2 больных со специфическим гнойным средним отитом, вторую группу составил 121 больной с острым неспецифическим гнойным средним отитом и третью группу составили 164 больных с хроническим неспецифическим гнойным средним отитом.

Из 287 больных, страдающих специфическим и неспецифическим гнойным средним отитом и различными формами туберкулеза, результаты лечения прослежены у 196 больных, что составляет 68,2%. Из них 2 (1,0%) больных со специфическим гнойным средним отитом, 58 (29,5%) больных страдали острым неспецифическим средним отитом, а 136 (69,3%) хроническим гнойным средним отитом (таблица 1).

Таблица 1 - Результаты консервативного лечения различных форм специфических и неспецифических гнойных средних отитов у больных туберкулезом.

Форма отита	Количество больных	Выздоровление	Улучшение	Отсутствие эффекта	Рецидив	Обострение
Специф. гнойный средний отит	2	1(50%) 1(50%)	-	1(50%) 1(50%)	-	-
Острый неспециф. гнойный средний отит	58	42(72,4%) 36(62,1%)	8(13,8%) 12(20,6%)	5(8,6%) 5(8,6%)	3(5,2%) 5(8,6%)	-
Хронический неспециф. гнойный средний отит	136	87(63,9%) 71(52,2%)	24(17,6%) 16(11,7%)	25(18,3%) 28(20,5%)	0 13(9,5%)	0 8(5,8%)

Примечание: в числителе – ближайшие, в знаменателе – отдаленные результаты.

Из таблицы 1 видно, что у больных с острой формой отита, считавшихся выздоровевшими, при длительном наблюдении выявлены рецидивы ушного процесса лишь у 5 из 41 больного. Рецидивы возникли после перенесенного катара верхних ды-

хательных путей и гриппа. Рецидивы были кратковременными и выздоровление наступало после лечения. Из 36 больных, у которых в отдаленном периоде было констатировано стойкое выздоровление, при отоскопии у 33 имелись нежные рубцы на барабанной перепонке, у 3 был сухой дефект барабанной перепонки. У 5 больных, у которых в отдаленном

периоде наблюдалось рецидивирование гнойного процесса, при отоскопии выявлено наличие сухого перфоративного отита.

Таким образом, длительное наблюдения выявило, что консервативное лечение больных с различными формами неспецифических гнойных средних отитов имело положительный эффект у 101 (52,1%) больного, улучшение наблюдалось у 34 (17,5%), отсутствие эффекта было у 33 (17,0%), а также отмечался рецидив 18 (9,3%) и обострение 8 (4,1%).

Нами проведено исследование слуха у 95 больных с хроническим гнойным средним отитом после консервативного лечения, при этом у 37 (38,9%) отмечалось улучшение слуха, ухудшение слуха у 25 (26,3%) и у 33 больных слух остался без изменений.

Обследование слуха в отдаленные сроки свидетельствует о том, что количество больных с ухудшением слуха, по сравнению с его уровнем в бли-

жайшие сроки, после лечения увеличилось.

Когда консервативное лечение было малоэффективным, число больных с ухудшением слуха значительно увеличивалось, так как гнойный процесс в среднем ухе способствует дальнейшему нарушению звукопроводения. Нарушение звукопроводения можно объяснить тем, что в барабанной полости обнаруживается спаечный процесс.

У остальных 11 (3,8%) больных, страдающих острым и хроническим гнойным средним отитом и туберкулезом легких, при длительном консервативном лечении не было достигнуто эффекта. В отдаленном периоде у этих больных был рецидив или обострение ушного процесса, а также отмечалось резкое ухудшение восприятия шепотной и разговорной речи. Этим больным в клинике произведены различного рода операции на сосцевидном отростке (таблица 2).

Таблица 2

Виды оперативных вмешательств при различных формах гнойного среднего отита у больных туберкулезом.

Форма отита	Количество больных	Удаление грануляц и полипов	Антротомия	Мастидотомия	Радикальная операция
Специфический хрон. отит	1	-	-	-	1
Неспециф. острый отит	4	3	1	-	-
Неспециф. хронич. отит	7	2	2	1	2
Всего	12	5	3	1	3

После операции на сосцевидном отростке и удаления грануляций из уха у двух больных барабанная перепонка зарубцевалась, у одного остался сухой дефект на барабанной перепонке. У последнего больного в отдаленном периоде наблюдались рецидивы ушного процесса (чаще после ОРВИ, респираторных заболеваний и кори), но местное лечение вновь способствовало прекращению гнойного выделения из уха.

При сопоставлении отдаленных наблюдений консервативного лечения хронических специфических, неспецифических острых гнойных средних отитов и неспецифических хронических гнойных средних отитов необходимо отметить, что у больных со специфическим средним отитом выздоровление было у 50,0%, у больных с острым неспецифическим гнойным средним отитом выздоровление наблюдалось в 62,1% и у больных с хроническим гнойным средним отитом выздоровление было в 52,2%.

Исследования слуха в ближайшем и отдаленном периодах после консервативного лечения по-

казали, что у больных со специфическим средним отитом отмечалось ухудшение слуха на разговорную и шепотную речь на 50,0%, также определялось укорочение костной проводимости. У больных с неспецифическим средним отитом ухудшение слуха на разговорную и шепотную речь наблюдалось в 26,3%.

После оперативного лечения у больных со специфическим средним отитом было полное выздоровление в 35,0%, а у больных с неспецифическим средним отитом - в 65,0%.

В отдаленном периоде благоприятное течение туберкулезного процесса после нашего лечения было у 179 больных из 287, что составляет 62,3%. У этих больных наблюдалось полное рассасывание очагов воспалительных процессов, уплотнение и петрификация бронхиальных лимфоузлов. У 32 (11,1%) больных после ликвидации гнойного очага в полости среднего уха произведены различные оперативные вмешательства по поводу основного туберкулезного процесса.

Значительное улучшение общего состояния отмечали 97 больных (клинически и рентгенологически). У больных костно-суставным туберкулезом на рентгенограмме отмечалось восстановление костной структуры. При поражении позвоночного столба отмечали появление четкости и выраженную структуру позвонков с образованием блока. Очаги деструкции в теле позвонков ограничивались и частично заполнялись костной тканью.

У 41 больного наблюдалось неблагоприятное течение основного туберкулезного процесса. Они неоднократно поступали в стационар по поводу обострения основного туберкулезного процесса. Надо отметить, что именно у этих больных положительного эффекта от лечения гнойного среднего отита не наблюдалось.

Неблагоприятное состояние основного туберкулезного процесса у 15% больных можно объяснить наличием у них хронически текущей формы туберкулеза (кавернозный и фиброзно-кавернозный туберкулез легких). С другой стороны, наличие гнойного очага в полости среднего уха, возможно, сыграло определенную роль и явилось фактором, отягощающим течением основного туберкулезного процесса.

Таким образом, консервативное и оперативное лечение больных с последующим промыванием среднего уха жидким озоном показало, что у большого числа больных - $62,3 \pm 5,2$ - было стойкое прекращение гноетечения из уха.

Литературные данные показывают, что различные дополнительные очаги инфекции в организме

туберкулезных больных отягощают течение и исход туберкулезного процесса. Источником вторичной инфекции могут быть различные гнойные заболевания, встречающиеся у туберкулезных больных. По данным различных авторов, главным источником вторичной инфекции является патология носа и ротоглотки. Заболевание среднего уха также является фактором, неблагоприятно влияющим на течение основного туберкулезного процесса. Выявление нами пациентов со специфическим и неспецифическим гнойным средним отитом у больных туберкулезом является подтверждением этому. Чем раньше ликвидируется этот дополнительный очаг инфекции, тем быстрее создаются условия для благоприятного течения основного туберкулезного процесса.

Ранняя диагностика ЛОР патологии и соответствующее лечение могут предупредить развитие различных осложнений.

ТҮЖЫРЫМ

Туберкулезге қарсы диспансерде жатқан науқастарды зерттегенде, 287 науқаста отит және 2 науқаста орта құлақтың спецификалық зақымдануы анықталған.

SUMMARY

The patients with tuberculosis of the lungs were investigated in ntituberculoses dispensary. At 287 were discovered otitis and at 2 specific defeat of media auricula.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ: БЕРЕМЕННОСТЬ И ОСЛОЖНЕННАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА

*Косыбаева Ч.Ж, Сақыбаева С.А, Досжанов А.Е, Бакиров Б.
Областной противотуберкулезный диспансер, г.Шымкент*

Туберкулез - наиболее частая причина смертельных исходов от специфической инфекции легких, от которой погибает ежегодно более 1 млн. женщин. Установлено, что в мире более 646 млн женского населения инфицированы туберкулезом и 3,1 млн из них ежегодно заболевает туберкулезом [1].

Выявлена высокая частота туберкулеза у беременных и родильниц [1]. У заболевших в период беременности и вскоре после родов выявляются острые, осложненные формы туберкулеза.

Приводим случай из практики сочетания осложненной формы туберкулеза и беременности.

Больная Б., 29 лет, переведена из областного перинатального центра с диагнозом: 4-ая беременность, 37-38 недель. Инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада. МТ-, 1 категория. Новый случай. Легочное кровотечение.

Жалобы при поступлении на кровохарканье, кашель, повышение температуры тела до 38°C, одышку.

Из анамнеза: ранее туберкулезом не болела, предыдущее ФГ обследование - в 2008 году. Больной считает себя с апреля 2009 года, когда появились кашель, подъем температуры тела. С 20-26 апреля 2009 года получала неспецифическое противовоспалительное лечение в областном перинатальном центре. Рентгенообследование не сделано. С некоторым улучшением состояния выписана домой. 8 мая 2009 года с кровохарканьем, нарастанием кашля и одышки вновь направлена в областной перинатальный центр. Сделана обзорная рентгенограмма органов грудной клетки. После консультации врача-фтизиатра переведена в ОПТД. Лабораторные данные от 12.05.2009г.: в анализе крови Эр-3,4, Нв-90 г/л, Лейкоциты - 11, П-18, С-62, Э-2, Л-18, СОЭ-27.

Анализ мочи, биохимические анализы в пределах нормы.

Микроскопия мазка мокроты трехкратно – результат отрицательный.

Больной назначено лечение: изониазид - 300мг, рифампицин - 600мг, пиразинамид - 2000мг, этиambutол - 1200мг, гемостатическое, антианемическое, общеукрепляющее и симптоматическое лечение.

Несмотря на проводимое лечение, состояние

больной постепенно ухудшилось: кровохарканье продолжалась ежедневно от 10мл до 40-50мл, нарастала одышка.

18.05.2009г. консультирована акушером-гинекологом. Диагноз: 4-ая беременность 38-39 недель. Внутриутробная гипоксия плода. Железододефицитная анемия 1 степени.

19.05.2009г. Сделана фибробронхоскопия. Заключение: Источник кровотечения предположительно из левого легкого. 19.05.2010г в 2000 часов у больной отмечается легочное кровотечение в количестве 500,0мл крови. Состояние больной тяжелое, за счет симптомов интоксикации и дыхательной недостаточности. ЧД-32 в мин. Кожные покровы бледной окраски. В легких ослабленное дыхание, влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс - 100 уд/мин. Усилена гемостатическая терапия: аминокaproновая кислота, дицинон, гипертонический раствор, эуфиллин, кальция хлорид 10%, аскорбиновая кислота. В 22.00 часов вновь отмечается кровотечение около 100,0мл крови. Создан консилиум врачей ОПТД. Учитывая рецидивирующее, прогрессирующее кровотечение, угрожающее жизни матери и ребенка, наличие полости распада в верхней доле левого легкого, неэффективность гемостатической терапии, консилиумом врачей ОПТД решено произвести торакотомию, резекцию легкого по жизненным показаниям.

19.05.2010г. 130 - 300 часов произведена операция боковая торакотомия слева. При ревизии в проекции S 1-2 определяется конгломерат мягкоэластичной консистенции темно-багрового цвета, имбибирован кровью. При дальнейшей ревизии других патологических очагов не выявлено. Наложением аппарата УО-60 произведена резекция S 1-2. Плевральная полость дренирована. На разрезе макропрепарата обнаружена туберкулома однородной консистенции с выраженной перифокальной инфильтрацией. В середине - полость неправильной формы 1,5x2,0 см, заполнена сгустками крови и казеозной массой. Гистология: В препарате ткань легкого с обширными полями казеозного некроза с множеством гранулем и многоядерных гигантских клеток типа Пирогова-Лангханса.

Послеоперационный период без осложнений.

На рентгенограмме от 20.05.2010г легкое полностью расправлено, дренажная трубка удалена на 2-ые сутки. Легочное кровоотечение не повторялось.

На 5-ые сутки после операции 24.05.2010г у больной произошли самопроизвольные роды живым плодом женского пола с массой 3121гр, ростом 50см с оценкой по шкале Апгар 7-8 баллов. Послеродовый период протекал без осложнений. На 2-ые сутки переведена из роддома в ОПТД. Больная выписана из стационара 13.07.2009г. в удовлетворительном состоянии. Поддерживающую фазу лече-

ния продолжила амбулаторно. На сегодняшний день находится во 2 группе диспансерного учета. Таким образом, представленный случай является примером успешного применения хирургического метода лечения и клинического излечения от туберкулеза беременной женщины.

Литература

1. Колочевская Е.Н. Туберкулез женских половых органов. - 1996. - 125 с.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРЕПАРАТАМИ ВТОРОГО РЯДА ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Нургалиева А.К.

Алматинский региональный туберкулезный диспансер (АРТД), г. Талгар

Для лечения больных туберкулезом обычно используется стандартный курс химиотерапии с применением четырех основных противотуберкулезных препаратов первого ряда. В случае неправильного или нерегулярного приема этих препаратов существует опасность развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). При лечении больных с МЛУ ТБ требуется более продолжительный курс химиотерапии с применением препаратов второго (резервного) ряда, использование которых дает хороший эффект, примером чему может служить история болезни больного Туматай Н.

Больной Т.Н., 3-х лет, находился на лечении в детском отделении АРТД с диагнозом: Милиарный туберкулез. Первичный туберкулезный комплекс нижней доли (S6) правого легкого в фазе инфильтрации МТ(-). Туберкулез периферических (шейных) лимфатических узлов, активная стадия МТ(-), 4 кат., МЛУ.

Ребенок был выявлен по обращаемости, болел в течение 6 месяцев. Заболел остро с повышения температуры до 38-39С, лечился амбулаторно, затем стационарно в детской инфекционной больнице г.Алматы в течение 7 дней, с диагнозом: энтеровирусная инфекция, лихорадочная форма, получал неспецифическую антибактериальную терапию и был выписан с улучшением. Находясь дома, ребенок периодически температурил, похудел, отме-

чался сухой кашель, слабость, потливость, снижение аппетита. Лечился амбулаторно в платных клиниках города и у участкового врача по поводу ОРВИ, ОРЗ, острого бронхита. Через 5 месяцев у ребенка резко увеличились шейные лимфоузлы с обеих сторон, однако продолжал лечиться амбулаторно, с диагнозом паротит, неспецифический лимфаденит, при этом эффекта от проводимой терапии не было. По настоянию мамы, был направлен на консультацию к фтизиатру и госпитализирован в детское отделение АРТД с диагнозом: ПТК нижней доли правого легкого в фазе инфильтрации МТ(-). Туберкулез периферических (шейных) лимфатических узлов с обеих сторон, активная стадия. 1 кат.н/с. 1а гр. ДУ. ЖДА 2ст.

При выяснении анамнеза был выявлен туберкулезный контакт - гостевой, с дядей, который болел мультирезистентным туберкулезом (МРТ). Ребенок вакцинирован БЦЖ при рождении, рубчик 5 мм. Реакция Манту не проводилась.

Состояние при поступлении средней тяжести, выражены симптомы интоксикации, пониженного питания. Шейные лимфатические узлы справа по ходу m.sternocleidomasteideus размером 6,0х3,0см, слева 5,0х3,0см плотной консистенции, состоящие из множественных плотных конгломератов, б/болезненные, спаянные с окружающей тканью. Форма шеи изменена, подбородок свисает из-за воспаленных лимфоузлов, мочки ушей оттопырены. Лим-

фатические узлы в других группах - подчелюстные, подмышечные - увеличены до 2-3 размера, плотноватой консистенции, безболезненные. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 1,5 см из-под края реберной дуги.

В анализе крови - железодефицитная анемия (ЖДА) 2 ст., умеренный лейкоцитоз, моноцитоз, ускорение СОЭ до 60 мм/ч. Бактериоскопия мокроты - результат отрицательный. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки при поступлении: справа в проекции средней доли легкого затенение средней интенсивности фиброзной структуры без видимой деструкции, связанное с расширенным правым корнем. Тень средостения расширена за счет увеличенных паратрахеальных, трахеобронхиальных групп лимфоузлов. Главные и долевые бронхи проходимы, среднедолевой бронх завуалирован.

Несмотря на проводимую противотуберкулезную терапию по 1 категории в комплексе с дезинтоксикационной, общеукрепляющей, патогенетической терапией в течение 1,5 месяца симптомы интоксикации сохранялись. В заднешейной группе справа появились новые лимфатические узлы размером 1,5x1,0 см. болезненные при пальпации. С целью верификации диагноза был удален заднешейный л/узел справа.

Учитывая неэффективность лечения препаратами первого ряда, отсутствие клинической динамики процесса, после гистологического подтверждения туберкулеза шейных л/узлов, ребенок был переведен на лечение препаратами второго ряда по 4 категории. Получал: капреомицин, циклосерин, офлоксацин, протионамид, ПАСК, пиразинамид в соответствующей весу дозировке, в комплексе с дезинтоксикационной, общеукрепляющей, симптоматической, витаминотерапией. Послеоперационная рана заживала долго, зияла в виде + ткани, прилипла к повязке. Шейные лимфатические узлы были прежних размеров. Через месяц местно на послеоперационную рану стали накладывать повязку с Кызыл-маем с половиной суточной дозой капреомицина. В результате чего отмечалась положительная динамика - уже через 2 недели послеоперационная рана затянулась, шейный лимфатический узел справа уменьшился до 1,5x2,0 см, слева до 0,5 см. Форма шеи и подбородка стала обычных размеров, мочки уха обрели нормальное расположение.

На контрольной рентгенограмме через 3 месяца после лечения ПВР отмечалась положитель-

ная динамика в виде рассасывания инфильтрации и линейного фиброза, единичные очаги средней интенсивности. Правый корень стал структурным. Стволовой бронх проходим, четкий, ровный.

В анализе крови отмечается нормализация СОЭ, гемоглобина, сохраняется эозинофилия. Бактериоскопия и бакпосевы мазка из зева отрицательные. Клинические анализы в норме.

Ребенок окреп, прибавил в весе 3 кг. Симптомы интоксикации исчезли, шейные лимфатические узлы с обеих сторон полностью рассосались. Ребенок продолжает получать лечение в условиях стационара.

Выводы

1. Препараты второго ряда (ПВР) при своевременном, обоснованном назначении оказывают положительный результат при миллиарном туберкулезе.

2. Местное применение капреомицина оказывает положительный эффект при незаживающих ранах и свищах туберкулезного характера.

3. При применении ПВР через 3 месяца отмечается эозинофилия как проявление аллергической реакции на специфические препараты, которая угасает при назначении дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии.

РЕЗЮМЕ

В статье описан случай миллиарного туберкулеза у ребенка (7 лет), с ТБ периферических ЛУ (шейных), активная стадия, 4 кат., МЛУ. В данном случае лечение препаратами второго ряда дало положительные результаты, как и местное применение капреомицина при незаживающей послеоперационной ране. Эозинофилия как побочная реакция на ПВР, возникшая после 3 мес лечения, угасла при назначении дезинтоксикационной и десенсибилизирующей терапии. В развитии туберкулеза у детей большую роль играет наличие контакта с больным, особенно с мультирезистентной формой туберкулеза. При лечении миллиарного туберкулеза препараты второго ряда, при своевременном и обоснованном лечении, оказывают положительный результат.

ТҰЖЫРЫМ

Балаларда туберкулездің дамуы туберкулез науқасымен қарым-қатынаста болуы үлкен рөл атқарады, әсіресе мультирезистенттік туберкулездің формасында болады. Екінші қатардағы туберкулезге қарсы дәрілер миллиарды туберкулезге өз уақытында

қолданғанда жақсы нәтиже береді.

SUMMARY

The contact with an affected person, especially in a case of miliary tuberculosis, plays the most important

role in the development of tuberculosis in children. Anti-TB drugs of the second line give the positive effect at the timely and adequate treatment.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА

Нургалиев С.С.

ОПТД Алматинской области, г. Талдыкорган

Спонтанный разрыв пищевода относится к числу редких заболеваний и чаще всего диагностируется во время операции и вскрытий. Более 80% спонтанных разрывов встречаются у мужчин в возрасте 50-60 лет. Они возникают при резком нарастании внутрипищеводного давления во время рвотных движений и нарушения координации пищеводных сфинктеров в результате сильного алкогольного опьянения, либо заболевания ЦНС (Комаров Б.Д. и др. 1981 г.) Очень редко спонтанный разрыв пищевода возникает при кашле, чихании, смехе, напряжении во время дефекации. В абсолютном большинстве случаев разрыв локализуется непосредственно над диафрагмой слева, где кривой гладкомышечный слой тонкий и, в целом, стенка пищевода слаба. При разрыве пищевода первой разрывается мышечная оболочка. Если разрыв ограничивается мышечным слоем, возникает интрамуральная расслаивающая гематома. В этих случаях возможен последующий разрыв слизистой оболочки. При одномоментном разрыве всех слоев пищевода обычно повреждается медиастанальная плевра (Новосельцева Е.Д., Френкель Ф.М. 1979 г.). Разрывы пищевода, связанные с повышением внутрипищеводного давления, встречаются в виде казуистических наблюдений при попадании в ротоглотку сильной струи газа и воды.

В практике нашего реанимационного отделения мы встретились с подобным казуистическим случаем спонтанного разрыва пищевода, локализованного в нижней трети пищевода с повреждением медиастанальной плевры.

Ниже приводим этот случай.

Больная А., 1980 г.р., находилась в реанимационном отделении ОПТД с 01.01.2009 г. по 08.01.2009 г. с диагнозом: Двусторонний пиопневмоторакс, осложненный бронхиальным свищом

справа. Выраженная подкожная эмфизема. Полиорганная недостаточность. Внутривисцеральное кровотечение.

Из анамнеза: Заболела 11.12.2008 г. когда появились боли в грудной клетке, чувство нехватки воздуха, одышка, усиливающаяся при незначительной нагрузке.

Больная обратилась к врачу по месту жительства. После осмотра она была направлена в ЦРБ, где в течение 3-х дней получала лечение по поводу пневмонии в терапевтическом отделении. Однако в связи с ухудшением состояния: нарастанием дыхательной недостаточности - была переведена в ОАРИТ ЦРБ, где получала лечение по поводу двусторонней абсцедирующей бронхоневмонии, осложненной двусторонним плевритом. Там ей проводилось следующее лечение: массивная антибактериальная, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия, но несмотря на проводимое лечение состояние больной прогрессивно ухудшалось – продолжала нарастать дыхательная недостаточность. 25.12.08 больная была проконсультирована пульмонологом и торакальным хирургом - лечение откорректировано, установлен дренаж по Бюлау справа в III межреберье и 31.12.08 больная переведена в ОПТД г. Талдыкорган. При поступлении состояние оценено как тяжелое. Больная была в сознании, на вопросы отвечала правильно. Тяжесть состояния была обусловлена выраженной дыхательной недостаточностью и интоксикацией. При этом она предъявляла жалобы на боли в грудной клетке, одышку в покое, чувство нехватки воздуха, кашель со слизисто-гноющей мокротой, слабость, отеки на нижних конечностях.

Из данных анамнеза выяснено, что ранее туберкулезом не болела, контакт отрицает.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледные, отмечался цианоз губ, ногтевых пластинок.

Дыхание спонтанное, тахипноэ, ЧДД-34 в мин. В акте дыхания участвовали вспомогательные мышцы грудной клетки. В легких отмечалось ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах дыхание не прослушивалось, влажные хрипы с обеих сторон по всем полям. Тоны сердца глухие, тахикардия. АД - 110\70 мм.рт.ст. Пульс 100 ударов в мин. Язык влажный, обложенный белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень прощупывалась по краю реберной дуги. Диурез самостоятельный. В лабораторных анализах: Нв - 98 г/л, Эр - 2,9-10, L - 13,6. СОЭ - 48 мм/час. В биохимических анализах крови: общ.белок - 56,7 г/л, АЛТ - 048 мкм/л, АСТ-029 мкм/л, общий билирубин - 14,4 мкм/л, тимоловая проба - 9,5 ед., креатинин -88,5 г/л, мочевины - 6,0 мм/л, остаточный азот -28мг/%

Анализ мокроты на МБТ 03.01, 04.01, 05.01.09г №172 был отрицательными.

На обзорной рентгенографии от 01.01.09 в плевральных полостях обеих легких определялся свободный воздух, легкие были коллабированы на С. Слева над диафрагмой имелся уровень жидкости и свободный воздух под кожей.

Выставлен диагноз: двухсторонний пиопневмоторакс.

Больной проводилась интенсивная терапия: массивная антибактериальная терапия: тиенам по 1гр. 3 раза внутривенно, метрид по 100,0 3 раза внутривенно, Цеф -3 – по 2 гр. 4 раза внутривенно; дезинтоксикационная терапия: поляризующая смесь, реополюглокин 400.0 + трентал 5.0, натрия хлорид 400+контрикал 50 тыс.ед.

Кроме того, проводилась симптоматическая терапия: бронхолитики, сердечные гликозиды, метаболики, анальгетики. В плевральную полость дополнительно введены дренажные трубки для эвакуации воздуха и гнойного отделяемого.

Несмотря на проводимое лечение состояние больной прогрессивно ухудшалось: нарастали явления дыхательной и полиарганной недостаточности.

Через 7 дней после госпитализации 08.01.09, на фоне продолжающего лечения, состояние больной резко ухудшилось. Через дренажные трубки стала выделяться кровь (300 мм). Дополнительно назначена гемостатическая терапия и симптоматическое лечение. Но 08.01.09 в 13.25 больная экзотировала.

Посмертный диагноз: Двухсторонний пиопневмоторакс, осложненный бронхиальным свищом справа и внутриплевральным кровотечением. Подкожная эмфизема. Полиорганная недостаточность.

Причина смерти: Внутриплевральное кровотечение.

Больной было произведено патологоанатомическое вскрытие, где и выявлен спонтанный разрыв передне-боковой стенки нижней трети пищевода справа, который осложнился флегмонозно-гнойным медиастенитом с гнойным расплавлением заднего средостения. Кроме того, у больной выявлена правосторонняя нижнедолевая абсцедирующая пневмония с бронхопультмональным свищом и двухсторонний пневмоторакс, внутриплевральное кровотечение справа. На фоне вышеуказанных заболеваний у больной развилась серозно-фибринозная дистрофия почек и миокарда. И, как следствие, отек легких.

Приведенный случай показал, что данный случай спонтанного разрыва передне-боковой стенки нижней трети пищевода был верифицирован только после гибели больной, а не специалистами общей лечебной сети и противотуберкулезного диспансера. И, вопреки выше приведенным статистическим данным о том, что подобное состояние развивается у мужчин, это была женщина. А что послужило причиной разрыва, осталось не известным.

РЕЗЮМЕ

В статье описан редко встречающийся случай разрыва передней стенки пищевода, осложненный гнойным медиастенитом и двусторонним пневмотораксом.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ПЕРИКАРДИТА У ДЕТЕЙ

Усивалиева С.Ж., Култасова С.С., Омашева Ш.Б.

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент

Проблема несвоевременности выявления туберкулезного перикардита на сегодняшний день является одной из актуальных. Это связано с множеством факторов. Ведущими из них являются такие, как отсутствие интеграции между общей лечебной сетью (ОЛС) и противотуберкулезной службой, низкая информированность врачей ОЛС о симптомах туберкулезного перикардита, неукомплектованность обученными специалистами по внелегочному туберкулезу на местах и т.д. По данным различных авторов, почти 90% больных внелегочным туберкулезом поступают в противотуберкулезное учреждение после консервативного и хирургического лечения в ОЛС, куда они обращаются с различными жалобами (1,2,3). Из практики приводим следующее наблюдение:

Больной П., 10 лет, поступил в детское отделение областного противотуберкулезного диспансера области (ОПТД) 30.10.2009г из гематонепрологического отделения областной детской больницы 30.10.2009 года, где находился с 20.10.2009г. по 30.10.09 г. с диагнозом: Констриктивный перикардит, выраженная форма. Плевроперикардиальный спаечный процесс. ДН II ст. НК III ст. Хронический гастродуоденит, гиперпластический гастрит, эрозивный дуоденит в стадии обострения. 30.10.09г. после консультации фтизиопедиатра переведен по тяжести состояния в реанимационное отделение ОПТД, где находился с 30.10.09г. по 02.11.09г., 02.11.09г. переведен в детское отделение ОПТД.

При поступлении: жалобы на быструю утомляемость, увеличение размеров живота, одышку при легкой физической нагрузке, снижение аппетита, редкий кашель.

Из анамнеза: больной в ОПТД поступает повторно, первый раз с 05.05.08г. по 03.06.09г. находился на стационарном лечении с диагнозом: Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации. Туберкулезный перикардит, МБТ+, I категория ДОТС, новый случай с 05.05.2008 по 08.10.08 года, с 09.10.08 года был переведен во II категорию ДОТС с диагнозом: Диссеминированный туберкулез легких. Туберкулезный плеврит. Туберкулезный перикардит. Полисерозит, асцит. МБТ отр. II кат. ДОТС, неудача лечения по схеме 3 HRZE(S2)/5HRE до 03.06.09г. с исходом «Лечение завершено».

Ребенок из многодетной малообеспеченной

семьи, отец находится в тюрьме с ноября 2006 года. Туб.контакт с отцом, который в 2006 году перенес инфильтративный туберкулез легких, получал лечение в исправительном учреждении. Ребенок родился доношенным в срок, с весом 3300. Привит по возрасту. БЦЖ рубец – 4мм.

Состояние больного при поступлении тяжелое, за счет симптомов общей интоксикации, симптомов ЛСН, НК. Одышка в покое с участием вспомогательной мускулатуры. Кожные покровы чистые, отмечается акроцианоз, цианоз носогубного треугольника, румянец на щеках, набухание шейных вен. Видимые слизистые синеватой окраски. Нормального телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферические отеки в области голени обеих нижних конечностей. Слабое развитие подкожно-жировой клетчатки. Грудная клетка привздутая, за счет эмфиземы, аускультативно в легких жесткое дыхание, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок в пятом межреберье на 1 см. кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости; верхняя- 3-ье межреберье слева от грудины, левая - соответствует верхушечному толчку. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 95 уд. в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Аускультация крупных сосудов; без шумовой симптоматики. Ширина сосудистого пучка 4 см. Пульсация лучевых артерий и стоп удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот увеличен в объеме – 72 см, выражена венозная сеть на брюшной и грудной стенках. Печень ниже уровня пупка +10+15 см, плотной консистенции. Пупок сглажен, асцит, флюктуация выражена.

В анализе крови от 23.10.09 г. Нв-114 г/л, Эр 3,9x10¹²/л, Л-6,5 x 10⁹/л, тромбоциты-204,0, С-70, Лф-26, СОЭ-3 мм/ч. В биохимическом анализе крови от 20.10.09 г. билирубин общий 25,8, АЛТ-0,44, АСТ-26,3, тимоловая проба-2,7; общий белок-62; мочевины-4,3.

Анализ плевральной жидкости на МБТ от 21.10.09 – отр., проба Ривальта –отр, нейтрофилы-66, лимфоциты -34.

Анализ перикардиальной жидкости от 28.10.09 МБТ – отр, белок 6,6%, проба Ривальта -отр.

СРБ –отр, РФ – отр.

Коагулограмма ПГВ 21, 75%, АЧТ- В39, фибри-

ноген -3,9 гл, КФК- 40,4 ед/л, ЛДП-178,4 ед/л.

Маркеры ВГ (В,С,Д) – отр. anti Hbs total – положительный.

К+3,19 ммоль/л, Са+1,0 ммоль/л, Na+140, 2АЛТ 17,5, АСТ 26,3 ед/л, билирубин общ. 24,8 ед/л. Прямой 150 ед/л, мочевины 7,1, креатинин 37,8.

ГДС от 29.10.09 поверхностный гипертрофический гастрит, эрозивный пилорит, острые эрозии луковицы 12- перстной кишки.

УЗИ от 29.10.09г – свободная жидкость в брюшной полости 400-500 мл. Диффузные изменения в паренхиме печени. ЭХО признаки реактивных изменений со стороны желчного пузыря. Умеренный перипортальный фиброз.

УЗИ от 04.03.10 брюшной полости: умеренная гепатомегалия. Диффузные изменения в паренхиме печени. Большое количество жидкости в брюшной полости. Деформация ЧЛС обеих почек, жидкость в малом тазу.

УЗИ брюшной полости от 20.04.10 : гепатоспленомегалия. Диффузные изменения в паренхиме печени по типу гепатита. Солевая инкрустация ЧЛС обеих почек. Большое количество жидкости в брюшной полости.

ЭХО-кардиографическое обследование от 19.10.09г – выпот в полости перикарда (по задней стенке ЛЖ, верхушке, передней стенке, ПЖ толщина слоя до 1,67 см). Размеры камер сердца в пределах возрастной нормы.

ЭХО-кардиографическое обследование от 10.02.10г – осмотр затруднен за счет эмфиземы. Застойное увеличение размеров предсердий за счет снижения скоростей кровотока по ЛА, восход АО, нарушение диастолической функции левого и правого желудочка. Признаки умеренной легочной гипертензии. Небольшое количество жидкости в полости перикарда (расслоение листков до 0,5 см).

МРТ от 03.11.09г органов грудной полости: МР картина увеличенных лимфоузлов трахеобронхиальной и бронхопульмональных групп, жидкость в плевральных полостях, в полости перикарда .

КТ ОГК от 19.02.10 закл: КТ- признаки милиарной диссеминации в легких в фазе уплотнения. Перикардит. Двусторонний плеврит.

КТ брюшной полости от 19.02.2010г: закл: КТ-признаки жировой дегенерации печени. Гепатомегалия. Асцит.

RW № 145 от 23.04.2010г – отр. ВИЧ № 4553 от 23.04.2010г-отр.

Консультация кардиохирурга ОКЦ от 22.04.10г:

Констриктивный перикардит, полисерозит туб. этиологии. ХСН, НК II-III ст.

ЭКГ: ЧСС 100 в мин. АВ блокада I ст.

Консультация гастроэнтеролога от 30.04.2010: Вторичный цирроз печени, асцит.

На обзорной рентгенограмме грудной клетки от 26.10.09 года определяется усиление сосудистого рисунка, паракостальная плевра с обеих сторон утолщена на 0,5 см, тень сердца расширена в поперечнике, треугольной формы, рентгенпризнаки перикардита, двустороннего осумкованного экссудативного плеврита. Левая боковая рентгенограмма 26.10.09 определяет плевральные наложения паракостально и в области междолевой плевры. Тень сердца расширена. Признаки перикардита, паракостальные наложения с обеих сторон. Застой МКК. На томограмме через бронхиальное дерево от 06.11.09 года определяется утолщение междолевых и паракостальных плевр, тень сердца расширена в поперечнике. Проподимость бронхов не нарушена, корни легких четко не определяются из-за расширения тени средостения.

В бактериоскопии мокроты, в анализах плевральной жидкости и в бакпосевах мокроты на МБТ методами бактэк и посева на среду Левенштейна –Йенсена, МБТ обнаружены не были.

Ребенку после заочной консультации в НЦПТ РК был выставлен диагноз: Туберкулезный полисерозит. Констриктивный перикардит, выраженная форма. МБТ авс IV категория ДОТС. Двусторонний осумкованный экссудативный плеврит. Диссеминированный туберкулез обоих легких в фазе уплотнения и рассасывания. НК III ст. ЛСН II-III ст. ХСН III ст. Вторичный цирроз печени. Асцит. Гиперпластический гастрит в стадии ремиссии. Эрозивный дуоденит в стадии ремиссии. Также было рекомендовано лечение препаратами второго ряда.

Наличие констриктивного перикардита, прогрессирующее ухудшение состояния больного явились показаниями к проведению операции по жизненным показаниям. После многочисленных уговоров мать дала согласие на операцию.

7.05.2010 г. в областном кардиоцентре была проведена операция - Субтотальная перикардэктомия. Интраоперационно больному эвакуировано из брюшной полости около 1100 мл асцитической жидкости (серозная жидкость, мутного цвета). На контрольных исследованиях; ЭхоКГ от 12.05.2010 г. В перикарде жидкости нет. В плевральных полостях; справа 25 мм и слева 23 мм жидкости. КСО ЛЖ

43мм, УО 40 мл, КДО 84 мл, КСО 44 мл, ФВ 48%. ЭКГ от 12.05.2010г. Ритм синусовый с ЧСС 92 уд/мин. В динамике без изменений. Гистологически в операционном материале- казеозные массы, перикард утолщен за счет кальцинатов и казеозных масс.

Больной получал диету № 1 с ограничением соли, лечение по 2 категории ДОТС с 30.10.09 г. по 6.11.09 г., по 4 категории с 6.11.09 г. по настоящее время по схеме: Офлоксацин, капреомицин в/м, протионамид, Паск, пиразинамид, циклосерин. Также больной получает патогенетическую, общеукрепляющую, симптоматическую терапию, преднизолон по схеме, антиоксиданты, гепатопротекторы, ферменты.

В настоящее время состояние ребенка относительно удовлетворительное. Самочувствие не страдает. Кожные покровы чистые, бледные. Видимые слизистые бледные, чистые. Цианоза нет. Нормального телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Над легкими аускультативно жесткое дыхание, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: верхушечный толчок в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости; верхняя-3-ье межреберье слева от грудины, левая - соответствует верхушечному толчку. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 95 уд. в мин. АД 110/70 мм. рт. ст. Живот увеличен в объеме – 68 см, выражена венозная сеть на брюшной и грудной стенках. Печень ниже уровня пупка +3 см, плотной консистенции.

Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое исследование материала подтвердило наш диагноз. Ребенок получает поддерживающую фазу препаратами второго ряда.

РЕЗЮМЕ

В статье представлен редкий случай туберкулезного перикардита у ребенка 10 лет. Который был выставлен с применением данных анамнеза, статуса локального, инструментальных методов исследования.

ТҰЖЫРЫМ

Өте сирек кездесетін туберкулезді перикардиттің клиникалық жағдайы және емі келтірілген. Диагноз анамнез, status localis және инструментальды тексерулер арқылы қойылған.

SUMMARY

A clinical case of rarely occurred pathology, such as tuberculosis pericarditis has been described. The diagnosis has been determined on the basis of anamnesis, status localis, and instrumental investigations.

Литература

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан – Алматы, 2008 - С. 1-2.
2. Статистический обзор по туберкулезу в Южно – Казахстанской области, 2004 – 2009гг.
3. Скребцов Б.А. и др. //Фтизиопульмонология. -2006 -№1(9), – С. 13-15.
4. Скребцов Б.А. и др. // Фтизиопульмонология. -2009-№1(15). –С.35-37.

К 60-летию юбилею доктора медицинских наук, профессора Хауадамовой Гульнар Тлеухановны



Хауадамова Гульнар Тлеухановна родилась в семье военнослужащего, участника Великой Отечественной войны. Отец в ранние годы возил дочь в Москву, откуда у нее и родилась мечта – учиться в этом городе.

Во время учебы на лечебном факультете Карагандинского Государственного Медицинского института она занималась в научных студенческих кружках, участвовала с различными докладами на студенческих конференциях, была ученым секретарем научно-студенческого общества, активистом профсоюзного движения, лектором по общественным наукам.

После окончания института проработала 1 год врачом-фтизиатром в противотуберкулезном диспансере г. Алматы, затем после прохождения первичной специализации в ГИДУВ г. Алматы в 1976 году была рекомендована в клиническую ординатуру в ЦНИИТ МЗ СССР г. Москвы. Прошла академическую научную школу при Центральном научно-исследовательском институте Российской Академии медицинских наук в Москве, где обучалась в клинической ординатуре (1976-1978) и аспирантуре (1978-1991), защитила кандидатскую (1981г.) и докторскую (1992г.) диссертации. В сегодняшнем становлении ее как врача и ученого принимали большое участие ее учителя из ЦНИИТ г. Москвы. Это академики А.Г.Хоменко, эксперт

ВОЗ в 1975 году, директор ЦНИИТ, заведующий терапевтическим отделом, Л.К.Богущ, пионер легочной хирургии, фронтовой хирург и заведующий хирургическим отделом, профессор Н.М.Рудой, руководитель диспансерного отделения и научный руководитель ее диссертационных исследований, прекрасный Человек с большой буквы, профессор М.М.Авербах, заместитель директора по науке ЦНИИТ, профессор Б.С.Моделевский, крупнейший рентгенолог и многие другие.

Хауадамова Гульнар Тлеухановна, доктор медицинских наук, профессор, занимает должность заведующей отделением для лечения легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью №2 Национального центра проблем туберкулеза РК. Имеет звание доктора медицинских наук Российской Академии медицинских наук и Республики Казахстан, звание профессора с 2002г. В 2000 году награждена значком «Отличник Здравоохранения Республики Казахстан». Является членом Международного Союза борьбы с туберкулезом и легочными заболеваниями. За освоение и внедрение современных методов диагностики и лечения, способствующих снижению заболеваемости, смертности и инвалидности и улучшению качества жизни населения Республики Казахстан, в 2008 году получила награду «Золотой стетоскоп».

Является куратором г.Алматы по мониторингу и борьбе с туберкулезом, возглавляет научно-исследовательскую тему «Влияние сахарного диабета на результаты лечения рецидивов туберкулеза и формирование супер- и мультирезистентных форм заболевания».

Профессор Хауадамова Г.Т. первая среди казахстанских фтизиатров сделала доклад по туберкулезу легких на Международном конгрессе по туберкулезу и заболеваниям легких в Париже в 1996 году. Впервые в истории казахстанской фтизиатрии начала заниматься грантовыми исследованиями, и впервые по инициативе Хауадамовой Г.Т. получены Гранты от Фонда Сороса для внедрения стандартизированной контролируемой химиотерапии в Атырауской области в 1997 году на базе Атырауского противотуберкулезного диспансера, тогда как Указом Президента ее приняли во всей Республике только в 1998 году. Ее монография «Особенности заболевания туберкулезом населения Казахстана» (1999г.) получила высокую оценку ученых Гарвардского Университета в лице профессора Пола Фармера.

Профессор Хауадамова Г.Т. является автором одной монографии, 5 патентов, более 215 печатных работ, изданных в отечественных и зарубежных изданиях (Франции, Италии, Германии, США, Венгрии, Австрии, Российской Федерации). Научная деятельность посвящена решению широкого спектра актуальных проблем фтизиатрии, в числе которых изучение эпидемиологии туберкулеза и факторов, способствующих заболеваемости туберкулезом населения Республики Казахстан, изучение причин рецидивов и неудач лечения туберкулеза препаратами основного и резервного ряда, сочетание ВИЧ-инфекции, кандидоза и сахарного диабета с туберкулезом, открытие дневных стационаров для больных туберкулезом, разработка показаний и противопоказаний для пребывания в них, разработка группировки диспансерных контингентов. Ею подготовлен ряд докторов и кандидатов медицинских наук в области фтизиатрии.

От коллектива ЛТО-2 и учеников

К 85-ЛЕТИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Сарсенова А.К.

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Шымкент

85 лет для истории фтизиатрической службы Южно-Казахстанской области - период немалый. Успехи противотуберкулезной службы несомненны. Мы гордимся ими. Но это не дает нам права успокаиваться на достигнутом. Медикам многое предстоит сделать, чтобы сократить распространение туберкулеза и положить начало тенденции к ускоренному сокращению заболеваемости.

В 1925 году 1 ноября после приезда в область из РСФСР группы врачей для Сырдарьинской губернии в г. Чимкенте, Чимкентского уезда, был открыт первый противотуберкулезный диспансер на 25 коек. За период с 1952 года по 1962 год обеспеченность койками возросла в 5 раз. На 1 января 1963 года противотуберкулезная служба области состояла из 13 диспансеров, 8 тубкабинетов, 3 санаториев.

На сегодняшний день противотуберкулезная служба области представлена учреждениями с общим коечным фондом 1730 коек, 3 детскими санаторными учреждениями на 500 коек, 1 школой-интернатом «Казыгурт» на 400 коек, 2 специализированными детскими садами для изоляции детей из туберкулезных очагов на 170 мест, 2 санаторными группами в районах на 45 коек.

На заре формирования и становления противотуберкулезной службы республики по проведению противотуберкулезных мероприятий и внедрению новых методов диагностики и лечения Чимкентская область была в числе передовых. В 1963 году по приказу Министра здравоохранения Казахской ССР, в числе первых в Чимкентском областном диспансере была открыта бактериологическая лаборатория [1]. В 1964 году, впервые в нашей области, в г. Кентау под руководством главного врача диспансера Б.А.Скребцова внедрен в практику метод контролируемого амбулаторного лечения, введены ставки так называемых «химизаторов» [10]. За 1 медработником закреплены были 1-3 больных, медработники - химизаторы ежедневно посещали больных, которые в их присутствии принимали антибактериальные препараты.

В Чимкентском городском противотуберкулезном диспансере и 4 городских поликлиниках созданы «пункты контролируемого лечения» [10].

Решением исполкома Чимкентского областного Совета депутатов трудящихся введены ставки «химизаторов» с оплатой (из расчета 30 больных на 1 химизатора) [4,5]. Этот опыт переняли все области республики.

Определенные успехи в области хирургического лечения туберкулеза легких в 1964 году были достигнуты только в Чимкенте [1]. По данным авторов, с применением хирургических методов полное излечение больных туберкулезом с восстановлением трудоспособности наступало в 85,5% случаев [9]. Особенно хочется отметить вклад хирургов диспансера Г.Н. Марущяка, В.И. Малобродского и С.Калдыбайулы.

В 1962 году был открыт Чимкентский городской диспансер на 75 коек. В то время передвижные флюорографические передвижные установки нашей промышленностью не выпускались. Впервые в 1963 году специалисты Чимкентского городского диспансера под руководством Д.З. Борохова и А.Н. Ильязова смонтировали стационарную установку отечественного флюорографа типа «Ф-55» с рентгеновским аппаратом «РУ-735» в кузове автомашины «ЗИЛ -157» [6]. И впервые по республике в г. Чимкенте начались сплошные рентгенофлюорографические осмотры населения с помощью передвижных установок. В 1963-1966 гг. в г. Чимкенте флюороосмотрами охватывалось 95-98 % населения [8].

В 1964 году хорошо была организована химиофилактика всех детей и подростков из очагов с изоляцией из очагов, путем помещения их в круглогодовые ясли и сады и школу-интернат в Чимкенте [1].

В 1939 году в Тюлькубасском районе был построен и открыт санаторий «Балыкчи» для больных костно-суставным туберкулезом.

В 1964 году 15-16 сентября в санатории «Балыкчи» проведено республиканское совещание по костному туберкулезу, посвященное 25-летию санатория. В работе участвовали 147 специалистов по костно-суставному туберкулезу с участием ученых из Москвы, Новосибирска, Узбекистана, Киргизии и других республик [3].

С целью изучения возможностей ускорения темпов снижения эпидемиологических показателей по туберкулезу в Казахстане, в 1966 году были определены 6 экспериментальных территорий по проведению интенсивных противотуберкулезных мероприятий, в т.ч. в г. Кентау и Тюлькубасском районе Чимкентской области.

Интенсификация заключалась в: 1) организации ежегодных сплошных профосмотров населения на туберкулез на основе полицейского учета, 2) проведении довакцинации лицам с отсутствием поствакцинальных знаков, 3) введении централизованного контроля над лечением больных, 4) расширении контингента для проведения контролируемой профилактики и лечения на амбулаторном этапе и 5) усилении мероприятий в очагах туберкулезной инфекции.

Проведение интенсивных противотуберкулезных мероприятий в 1966-1975 годы привело к снижению за-

болеваемости туберкулезом, особенно среди детей. Темпы снижения заболеваемости во всех возрастных группах в г. Кентау были в 2,5 раза выше, чем в среднем по области. Снизилась смертность с 16,6 до 8,1%. Увеличилось количество малых форм туберкулеза до 58%, уменьшился удельный вес больных с деструкцией до 19,1%, у детей увеличилась доля долокальных форм от 11,6% до 23,0% и снизились вторичные формы с 9,3% до 4,0%. [8, 11].

По проведенному ретроспективному анализу контингентов больных в 1988 году Борохов Д.З., Скребцов Б.А. на III съезде фтизиатров Казахстана поставили вопрос о расширении круга социальных показаний для направления на принудительное лечение больных туберкулезом, ведущих асоциальный образ жизни и уклоняющихся от лечения [7].

Кентауский городской (главный врач Б.А.Скребцов) и Чимкентский областной (главный врач Т.О. Оразалиев) диспансеры являлись школой передового опыта по проведению сплошных профосмотров населения на туберкулез на основе полицевого учета. За достижение высоких показателей в борьбе с туберкулезом в 1977 году приказом МЗ СССР 9 специалистов г. Кентау удостоены Всесоюзной денежной премией по 1000 рублей каждому [12]. И в 1984 году Всесоюзной денежной премией в 100тыс. рублей награждены специалисты Чимкентского областного противотуберкулезного диспансера.

Из вышесказанного видно, что все новое и передовое в борьбе с туберкулезом в республике фтизиатры нашей области внедряли в числе первых.

Фтизиатры Южно-Казахстанской области помнят и гордятся достижениями наших предшественников, полны сил и энергии, чтобы быть достойными своих учителей. Они с особым чувством гордости встречают 85 - летний юбилей областного противотуберкулезного диспансера.

Литература

1. Мусабаев Х.М. //Здравоохранение Казахстана.- 1964.- №4.- С. 3-5.
2. Терликбаев А.А. //Здравоохранение Казахстана.- 1964.- №4.- С. 6-7.
3. Скребцов Б.А. //Здравоохранение Казахстана.- 1964.- №4.- С. 26.
4. Булычева Л.А. //Здравоохранение Казахстана.- 1964.- №4.- С. 26-27.
5. Борохов Д.З., Ильязов А.Н. //Здравоохранение Казахстана.- 1964.- №4.- С.33.
6. Борохов Д.З., Скребцов Б.А. // III съезд фтизиатров Казахстана. - Тез. докл. - Алма-Ата, 1988. - С. 154-156.
7. Терликбаев А.А. // Эпидемиология и лечение туберкулеза в Казахстане. - Тез. докл. - Алма-Ата, 1968. - вып. 5 С. 19-24.
8. Терликбаев А.А., Марущяк Г.Н. //Эпидемиология и лечение туберкулеза в Казахстане. - Тез. докл. - Алма-Ата, 1968. - вып. 5 С. 273-275.
9. Терликбаев А.А., Скребцов Б.А. //Эпидемиология и лечение туберкулеза в Казахстане. - Тез. докл. - Алма-Ата, 1968. - вып. 5 С. 273-275.
10. Терликбаев А.А., Скребцов Б.А. //Пробл. туб.- 1978.-№6.-С. 3-6.
11. Семинар по методике проведения интенсивных противотуберкулезных мероприятий //Здравоохранение Казахстана.-1980.-№4.- С.76-77.