

Национальный центр проблем туберкулеза
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

ФТИЗИОПУЛЬМОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

Основан в 2002 году, выходит 2 раза в год

№ 2 (19) 2011

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Главный редактор

Абилдаев Т.Ш.

Заместитель главного редактора – Бекембаева Г.С.

Члены редакционной коллегии:

Исмаилова А.Т.

Ахматханова С.Ф.

Дьячкова Е.Е.

Апатаева О.Г.

Редакционный совет:

Алишеров А.Ш. (Бишкек)

Айзман Майкл (США)

Беркинбаев С.Ф. (Актобе)

Воронов С.А. (Алматы)

Досмагамбетова Р.С. (Караганда)

Аканов А. А. (Алматы)

Шайдаров М. З. (Астана)

Ерохин В. В. (Москва)

Залескис Ричард (ВОЗ)

Ахметов В.И. (Алматы)

Левашов Ю.Н. (Санкт-Петербург)

Перельман М.И. (Москва)

Фармер Пол (США)

Семенова Р.И. (Алматы)

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.

РГКП «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: Национальный центр проблем туберкулеза РК

Тираж 500 экз.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации Национальной Программы борьбы с туберкулезом в Казахстане.	6
Дивакова Е.С. Анализ смертности от туберкулеза по материалам аутопсий, проведенных в патологоанатомическом отделении ОПТД г. Караганды.	9
Жолдасова Г.С. Анализ эпидемиологической ситуации среди взрослого населения г. Тараз Жамбылской области за 2008-2010гг.	11
Исмаилов Ш.Ш., Ни З.И., Жандаулетова Ж.Т. Мельдеханов М.А., Нургазиев А.К. Значение грантов Глобального фонда в снижении бремени туберкулеза в Казахстане.	14
Копбосынова Д.Д. Анализ выявляемости туберкулеза в Алматинской области за 3 года (2008-2010гг.).	16
Мукушев Н.Р., Молдахметова К.Н., Утепкалиева Г.Т., Коккозов Т.М., Филипповская Т.Н. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в городе Алматы. Проблемы, пути решения.	18
Мухамеджанова Д.М. Анализ рецидивов заболевания туберкулезом легких в г.Талдыкорган за 2008-2010гг.	20
Нуржанов Х.И. Эпидемиологические показатели заболеваемости и смертности по туберкулезу Бостандыкского района г. Алматы.	22
Оразгалиева М.К. Анализ туберкулиновой чувствительности при проведении туберкулинодиагностики среди детей из групп риска и перед проведением I ревакцинации БЦЖ.	25
Ракишева А.С., Исмаилов Ш.Ш., Хауадамова Г.Т., Аленова А.Х., Берикова Э.А., Исмаилова А.Т., Мясникова Г.А., Арбузова Е.В., Бесстрашнова Я.В. Клинико-эпидемиологическая и медико-социальная характеристика рецидивов туберкулеза.	
Сулейменова Л.О. Влияние медико-социальных факторов на смертность больных туберкулезом.	31
Табриз Н.С., Калметов Н.Т., Середенко Н.А., Яковлев С.П., Павлик Е.В. Анализ летальных исходов ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом.	34
Харламова С.А. Распространенность деструктивных форм чувствительного и устойчивого туберкулеза легких среди впервые выявленных больных в Северо-Казахстанской области за 2008-2010 г.г.	36
Шыныбаева К.Б. Анализ заболеваемости ВИЧ / ТБ в Павлодарской области.	39

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

Абилдаев Т.Ш., Човдурбаев Н.Ж., Туткышбаев С.О., Альходжаев С.С. Особенности клинико-морфологического течения туберкулеза периферических лимфатических узлов в сочетании с туберкулезом легких с различной лекарственной устойчивостью.	42
Аленова А.Х., Бисмилда В.Л., Чингисова Л.Т., Касаева Л.Т. Молекулярно-генетические методы в диагностике мультирезистентного туберкулеза.	45
Аленова А.Х., Бисмилда В.Л., Чингисова Л.Т., Кожамкулов У.А., Ахметова А.Ж., Момыналиев К.Т., Раманкулов Е.М. Применение методов генотипирования <i>M.tuberculosis</i> в эпидемиологических исследованиях туберкулеза.	48
Байжуманова Ш.О. Важность флюорографического обследования женщин в течение месяца после родов для раннего выявления туберкулеза легких.	54
Ибраимханова Р.Ж. Туберкулез и беременность (обзор литературы).	
Темирбаев А.А., Айткулов Ж.Д., Шоланова Л.М., Мещеряков С.А. Возможности использования видеотехнологии в легочной фтизиохирургии в современных условиях.	59
Шаймерденова А.К. Диагностика пневмонии у лиц с посттуберкулезными изменениями в легких у лиц контактирующими с больными туберкулезом.	61

ЛЕЧЕНИЕ

Абдукаримов Х.Х. Ингаляционная анестезия во фтизиохирургии.	64
Середенко Н.А. Эффективность лечения больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких на фоне железодефицитной анемии.	69
Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л., Цой И.Г., Аленова А.Х., Даирова С.М. Эффективность использования лактобациллы в лечении дисбактериоза у впервые выявленных больных туберкулезом легких.	71
Хауадамова Г.Т., Абилдаев Т.Ш., Бесстрашнова Я.В., Уразакова Д.И. Изучение эффективности лечения больных МЛУ ТБ в сочетании с сахарным диабетом.	75

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

Абдулдаева Л.Е. К вопросу о дифференциальной диагностике плевритов (случай из практики).	79
Абдуллина А.Г. О дифференциальной диагностике округлых инфильтратов типа Ассмана (случай из практики).	81
Айнаева Г.А. Туберкулез кожи у подростка как проявление общего милиарного туберкулеза (случай из практики).	82
Матбаев А.А. Гигантская гамартома легкого.	84
Матбаев А.А. Хирургическое лечение больных эхинококкозом легких во фтизиоторакальном отделении.	87
Сахариев А.М. Восстановление и поддержание проходимости дыхательных путей при трудной интубации трахеи (случай из практики).	89

**МАТЕРИАЛЫ К РЕСПУБЛИКАНСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ
«Современные технологии в диагностике и лечении лекарственно-устойчивого туберкулеза
в гражданском и пенитенциарном секторах РК», посвященной 20-летию
Независимости Республики Казахстана**

Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х., Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М. Меры контроля над туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан.	93
Абилдаев Т.Ш., Бекембаева Г.С., Кастыкпаева Л.В. Отдаленные результаты лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза у детей и подростков.	97
Еримбетов К.Д., Абилдаев Т.Ш., Зетов А.Ш., Фирсов В.И., Малбасканов А.Д., Бектурсинов Б.У., Абдуллина А.Г. Селективный коллапс легкого силиконовым имплантом в сочетании с клапанной бронхоблокацией при хирургическом лечении больных с широкой лекарственной устойчивостью.	102
Агзамов Н.А. Анализ ситуации по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью в Актыубинской области	105
Агзамов Н.А., Ильясов Е.Н., Дильмагамбетов Д.С. Роль хирургического лечения в диагностике множественной лекарственной устойчивости у больных внелегочным туберкулезом.	107
Алмагамбетова А.С., Агзамов Н.А., Алгиева Р.А., Айтмагамбетова А.Т., Кауканова В.Ю., Зимбаева М.Т. Опыт Актыубинской области по внедрению проекта Глобального фонда в лечении туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.	109
Берикова Э.А., Абилдаев Т.Ш., Исмаилов Ш.Ш. Эффективность лечения больных МЛУ ТБ с устойчивостью к противотуберкулезным препаратам второго ряда.	112
Джайшева К.Т., Даулетов Ж.Н., Кулдеева Н.З., Кадырова Б.М., Тлеуова К.С., Орынбасарова Н.К., Бекназарова А.А., Перерва Т.В. Лекарственно-устойчивый туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных Актыубинской области.	117
Едильбаев А.Б., Джазыбекова П.М., Амантаева М.Б. НПО «Партнеры во имя здоровья» в Республике Казахстан	118
Ибраимханова Р.Ж., Копбосынова Д.Д., Сахтапова Э.С., Турсынбеков Н.Н., Матбаев А.А. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью в Алматинской области.	121
Исмаилов Ш.Ш. Проблемы туберкулеза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в Казахстане и пути их решения.	123
Молдахметова К.Н., Мукушев Н.Р., Тулепова Г.Э., Коккозов Т.М., Сапиева Ж.А. Эффективность лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью к препаратам, полученным по линии КЗС в Алматы.	125
Ниязова Э.О. Особенности эпидемиологической ситуации по туберкулезу с множественной лекарственной устойчивостью в Панфиловском районе	127
Сақыбаева С. А., Рашитов М.Р., Таджиханов Т.И., Атемов Т. А., Бектемир Т. К., Касаева Л.Т. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у впервые выявленных и повторных больных туберкулезом и ближайшие результаты лечения в интенсивной фазе.	129
Сақыбаева С. А., Корганбаева С.Н., Есжанова Г.А., Утегенова Н.Т., Баймамутова Г.К. Эффективность лечения подростков, больных мультирезистентным туберкулезом в ЮКО	133
Сапиева Ж.А. Анализ социальных последствий у больных туберкулезом легких с множественной лекарственной устойчивостью	135
Танжарыкова Г.Н., Алмагамбетова А.С., Абдрахманова Р.И., Ермуханова Л.К., Сарбаев А.У. Эффективность стационарного лечения больных туберкулезом детей и подростков с множественной лекарственной устойчивостью.	138
Ташпулатова Ф.К. Побочные реакции на химиопрепараты у больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких.	140
Темирбаев А.А. Хирургическое лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза легких как часть противотуберкулезной терапии.	144
Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К., Шкурина Н.Ю., Тарасова Н.В. Иммунофитотерапия в комплексном лечении больных лекарственно-устойчивым туберкулезом легких.	146

ПОЗДРАВЛЕНИЕ ЮБИЛЯРУ

К 70-летию юбилею Кадыркеш Абильдиновны Байарстановой	150
---	-----

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЖӘНЕ ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ШАРАЛАР

Т.Ш. Әбілдаев Қазақстанда туберкулезбен күресудің Ұлттық Бағдарламасын жүзеге асырудың нәтижелері 6

Е.С. Дивакова Қарағанды қ. ОТҚД паталогоанатомиялық бөлімшесінде жүргізілген аутопсиялық материалдар бойынша туберкулезден қайтыс болудың талдауы 9

Г.С. Жолдасова Тараз қ. Жамбыл облысы халықтарының арасындағы егде жастағылардың эпидемиологиялық жағдайының талдауы (2008ж.-2010ж.) 11

Ш.Ш. Исмаилов, З.И. Ни, Ж.Т.Жандәулетова, М.А. Мелдеханов, А.К. Нұрғазиев Қазақстанда туберкулез салдарын төмендетудегі Жаһандық қор грантының маңызы 14

Д.Д. Көпбосынова. (2008-2010жж) 3 жыл ішіндегі Алматы облысындағы туберкулездің анықталуының талдауы 16

Н.Р. Мукушев, К.Н. Молдахметова, Г.Т. Өтепқалиева, Т.М. Көккөзов, Т.Н. Филипповская. Алматы қаласының туберкулез бойынша эпидемиологиялық жағдайы, Проблемалары және шешу жолдары. 18

Д.М. Мухамеджанова 2008-2010жж Талдықорған қаласындағы өкпе туберкулезі ауруларының қайталану талдауы 20

Х.И. Нұржанов Алматындағы Бостандық ауданы бойынша туберкулезден науқастану мен қайтыс болудың эпидемиологиялық көрсеткіштері. 22

М.К. Оразғалиева Қауіпті топтағы балаларға туберкулинодиагностикасын өткізу кезіндегі және БЦЖ егуден кейін І жүргізу алдында туберкулинге сезімталдығының талдауы 25

А.С. Рақышева, Ш.Ш. Исмаилов, Г.Т. Хауадамова, А.Х. Аленова, Э.А. Берікова, А.Т. Исмаилова, Г.А. Мясникова, Е.В. Арбузова, Я.В. Бесстрашнова. Туберкулездің қайталануының клинико-эпидемиологиялық және медико-әлеуметтік сипаттамасы 29

Л.О. Сүлейменова Туберкулез науқастарының қайтыс болуының медико-әлеуметтік факторлерінің ықпалы. 31

Н.С. Табриз, Н.Т. Қалметов, Н.А. Середенко, С.П. Яковлев, Е.В. Павлик. АИВ инфекциясымен жанасқан туберкулез науқастарындағы өлім жағдайының нәтижелерінің талдауы. 34

С.А. Харламова. 2008-2010жж Солтүстік Қазақстан облысында «жаңа» жағдай арасындағы өкпе туберкулезінің деструктивті сезімталдығы мен тұрақтылық түрінің таралуы. 36

К.Б. Шыныбаева Павлодар облысындағы туберкулез және АИВ ауруына талдау..... 39

КЛИНИКА ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКА

Т.Ш. Әбілдаев, Н.Ж. Човдурбаев, С.О. Тұтқышбаев, С.С. Әлқожаев Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі ағымының клинико-морфологиялық ерекшелігінің әр түрлі дәріге төзімді өкпе туберкулезімен қосарлануы. 42

А.Х. Аленова, В.Л. Бисмилда, Л.Т. Шыңғысова, Л.Т. Касаева. Мультирезистентті туберкулезді анықтаудың молекулярлық-генетикалық әдістері. 45

А.Х. Аленова, В.Л. Бисмилда, Л.Т. Шыңғысова, У.А. Қожамқұлов, А.Ж. Ахметова, К.Т. Момыналиев, Е.М. Раманқұлов. Туберкулезді эпидемиологиялық зерттеуде M.tuberculosis генотиптеу әдістерін қолдану 48

Ш.О. Байжұманова Өкпе туберкулезін ерте анықтау үшін босанғаннан кейін әйелдерді бір ай ішінде флюорографиялық тексеруден өткізудің маңызы. 54

Р.Ж. Ибраимханова Туберкулез және жүктілік (әдебиет шолу)..... 55

А.А. Темірбаев, Ж.Д. Айтқұлов, Л.М. Шолпанова, С.А. Мещеряков Өкпенің фтизиохирургиясына аманай жағдайда видеотехнологияның қолданылу мүмкіндіктері. 59

А.К. Шаймерденова Өкпедегі қалдық өзгерістері бар және туберкулез науқастарымен қатынаста болған адамдардағы пневмонияның диагностикасы..... 61

ЕМДЕУ

Х.Х. Абдукаримов. Фтизиохирургиядағы ингаляциялық анестезия. 64

Н.А. Середенко Теміржетіспеушілігінен анемиясы бар өкпенің деструкциялы туберкулезімен алғаш рет ауырған науқастар емінің тиімділігі. 69

Г.А. Смаилова, Г.Л. Сағынтаева, И.Г. Цой, А.Х. Аленова, С.М. Дairoва. Өкпе туберкулезі деп алғаш анықталған науқастардағы микофлораның тепе-теңдігінің бұзылуына лактобациллы қолданудың тиімділігі. 71

Т.Ш. Әбілдаев, Г.Т. Хауадамова, Я. В. Бесстрашнова, Д. И. Оразақова Қант диабетімен байланысқан ҚДТ ТБ түріндегі науқастарын емдеудің тиімділігін зерттеу. 75

ТӘЖІРИБИЕЛІК ЖАҒДАЙ

Л.Е. Абдулдаева. Плевраның қабынуын дифференциалды анықтау (тәжірибиелік жағдай). 79

А.Г. Абдуллина Ассман түрінде жинақталған инфильтративтерді дифференциалды анықтау туралы (тәжірибиелік жағдай). 81

Г.А.Айнаева Жасөспірімдердегі тері туберкулезі, жалпы милярлы туберкулезді қалай көрсету (тәжірибиелік жағдай).	82
А.А.Матбаев Өкпедегі аса ірі гамартома.	84
А.А.Матбаев фтизиоторакалды бөлімшедегі өкпенің эхинококкоз дертіне шалдыққан науқасты хирургиялық емдеу	87
А.М.Сахариев Кеңірдекке қиын жағдайда түтік қою кезінде тыныс алу жолдарын қорғау және қалпына келтіру (тәжірибиелік жағдай).	89

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ 20 ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛҒАН

«ҚР азаматтық және пенитенциарлық жүйедегі туберкулездің дәріге төзімділігін анықтау мен емдеудің заманауи технологиясы» Республикалық ғылыми-тәжірибиелік конференцияның материалдары

Т.Ш.Әбілдаев, Э.А.Берікова, К.Х.Баймұханова, Ш.Ш.Исмаилов, М.М.Аденов. Қазақстан Республикасындағы туберкулездің көпдәріге және кең өрісті дәріге төзімділігінің жағдайы.	93
Т.Ш.Әбілдаев, Г.С.Бекембаева, Л.В.Қастықпаева Балалар мен жасөспірімдердегі дәріге төзімді туберкулезін емдеу нәтижелерінің қашықтығы	97
Т.Ш. Әбілдаев, Қ.Д.Ерімбетов, А.Ш.Зетов, В.И.Фирсов, А.Д.Малбасқанов, Б.У.Бектұрсынов, А.Г.Абдуллина Кең өрісті дәріге төзімді түрдегі науқастарды хирургиялық емдеу кезінде клапандық бронхоблакациямен бірге өкпенің селективті силиконды коллапс әдісі.	102
Н.А.Ағзамов. Ақтөбе облысында көпдәріге төзімді туберкулез жағдайының талдауы	105
Н.А.Ағзамов, Е.Н.Ильясов, Д.С.Ділмағамбетов. Өкпеден тыс түріндегі науқастардың көпдәріге төзімді анықтаудағы хирургиялық емнің маңызы.	107
А.С.Алмағамбетова, Н.А.Ағзамов, Р.А.Алгиева, А.Т.Айтмағамбетова, В.Ю.Кауканова, М.Т.Зимбаева. Ақтөбе облысында көпдәріге төзімді туберкулезін емдеудегі Жаһандық қор жобасын енгізу жөніндегі тәжірибие.	109
Э.А. Берікова, Т.Ш.Әбілдаев, Ш.Ш. Исмаилов	112
К.Т. Джайшева, Ж.Н. Дәулетов, Н.З.Кулдеева, Б.М.Қадырова, К.С.Тілеуова, Н.К. Орынбасарова, А.А.Бекназарова, Т.В.Перерва. Ақтөбе облысының АИВ инфекциясымен жанасқан науқастардағы туберкулездің дәріге төзімділігі.	117
А.Б. Еділбаев, П.М.Жазыбекова, М.Б.Амантаева. Қазақстан Республикасындағы «Денсаулық атынан серіктестіктер»	118
Р.Ж.Ибраимханова, Д.Д.Көпбосынова, Э.С.Сахтапова, Н.Н.Турсынбеков, А.А.Матбаев. Алматы облысындағы көпдәріге төзімді түріндегі туберкулез.	121
Ш.Ш.Исмаилов. Қазақстанда көпдәріге және кең өрісті дәріге төзімді туберкулездің проблемалары және оларды шешу жолдары	123
К.Н.Молдахметова, Н.Р.Мукушев, Г.Э.Төлепова, Т.М.Көккөзов, Ж.А.Сапиева. Алматы қаласында Зеленый Свет Комитетінің желісі бойынша дәрі-дәрмектермен ем алатын көпдәріге төзімді туберкулез науқастарын емдеудің тиімділігі.	125
Э.О.Ниязова. Панфилов ауданындағы көпдәріге төзімді туберкулезі бойынша эпидемиологиялық жағдайдың ерекшеліктері.	127
С.А.Сақыбаева, М.Р.Рашитов, Т.И.Тажиханов, Т.А.Атемов, Т.К.Бектемір, Л.Т.Касаева. Алғаш анықталған және қайталап ауырған туберкулез науқастарындағы туберкулездің микобактериясының дәріге төзімді және қарқынды сатыда емдеудің нәтижелері	129
С.А.Сақыбаева, С.Н.Қорғанбаева, Г.А.Есжанова, Н.Т.Өтегенова, Г.К.Баймамутова. ОҚО, жасөспірімдердің мультирезистентті түріндегі науқастарды емдеудің тиімділігі.	133
Ж.А.Сапиева. Көпдәріге тұрақты өкпе туберкулезі науқастарының әлеуметтік салдарының талдауы.....	135
Г.Н.Таңжарықова, А.С.Алмағамбетова, Р.И.Абдрахманова, Л.К.Ермұханова, А.У.Сарыбаев. Балалар мен жасөспірімдер арасындағы көпдәріге төзімді туберкулезін стационарлық түрде емдеудің тиімділігі.	138
Ф.К.Ташпулатова. Өкпенің дәріге төзімді туберкулезі науқастарының химиялық препараттардан жанама өсері.	140
А.А.Темірбаев. Туберкулезге қарсы терапияның ажыратылмайтын бөлігі секілді өкпенің дәріге төзімді түріндегі туберкулезін хирургиялық емдеу.	144
А.М.Убайдуллаев, Ф.К.Ташпулатова, Н.Ю.Шкурина, Н.В.Тарасова. Өкпенің дәріге төзімді туберкулез науқастарын иммунофитотерапиямен кешенді емдеу.	146

МЕРЕЙТОЙ ИЕЛЕРІН ҚҰТТЫҚТАУ

Қадыркеш Әбілдинқызы Байарстанованың 70 жылдық мерейтойы	150
--	-----

РЕЗУЛЬТАТЫ И ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РЕАЛИЗАЦИИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В КАЗАХСТАНЕ

Абилдаев Т.Ш.

Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г. Алматы

В 90-х годах прошлого века вследствие социально-экономических потрясений ситуация по туберкулезу в Казахстане ухудшалась. Одновременно менялись условия функционирования здравоохранения в целом, и противотуберкулезной службы в частности. В связи с этими событиями возникла необходимость модификации противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан. В последние годы стали осуществляться новые подходы в борьбе с туберкулезом и ее особая актуальность обусловлена поручениями Президента страны Назарбаева Н.А.

Только за последний год коренным образом пересмотрены многие существенные подходы к организации противотуберкулезной помощи больным туберкулезом. Это нашло отражение в новых директивных и регламентирующих документах по туберкулезу.

На сегодняшний день основу Национальной стратегии борьбы с туберкулезом и туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, составляет стратегия ВОЗ «Остановить туберкулез», которая согласуется с основными направлениями Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г., Постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007г. № 1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан», Межведомственным Рабочим Планом по координации и реализации противотуберкулезных мероприятий на 2008-2012г.г. и нормативными актами по туберкулезу [1,2,3,4,5]. 24 июня 2011г. проведено заседание Национального Координационного Совета по охране здоровья при Правительстве Республики Казахстан, где рассматривались важные вопросы межведомственного и межотраслевого взаимодействия, включающие аспекты выявления, диагностики, лечения и мониторинга туберкулеза. Целью этих документов является профилактика, ранняя диагностика и адекватное лечение туберкулеза.

Эффективное выполнение комплекса противотуберкулезных мероприятий позволило стабилизировать эпидемиологическую обстановку по туберку-

лезу. Так, заболеваемость населения туберкулезом за период 2008-2010г.г. снизилась на 24,1% (со 125,5 до 95,3), а смертность – на 37,3% (с 16,9 до 10,6 на 100 тыс. населения). Отмечено снижение заболеваемости детей и подростков за указанный период на 29,6% и 16,9% соответственно. Кроме того, снизилась и регистрация запущенных форм заболевания. Исследованиями Г. Ридера (2001г.), российских и казахстанских ученых доказано, что заболеваемость среди детей наиболее высока в течение первого года после инфицирования, и затем она постепенно снижается в течение последующих 5 лет [6,7,8,9]. Однако отсутствие массовой ежегодной туберкулинодиагностики не дает возможность определить год первичного инфицирования ребенка. Результаты ежегодного мониторинга показали, что не всегда в группу «риска» по туберкулезу входят дети, нуждающиеся в наблюдении, и сроки дообследования, назначения химиопрофилактики таким детям нередко не соблюдаются. Следовательно, в этих вопросах необходимо усилить координацию деятельности специалистов первичной медико-санитарной сети, СЭН и региональных фтизиопедиатров, с целью профилактики запущенных случаев туберкулеза у детей и подростков.

Немаловажную роль в улучшении ситуации играет раннее выявление туберкулеза путем ежегодного увеличения профилактических осмотров населения на туберкулез. Так, если в 2008г. с целью раннего выявления туберкулеза осмотрено 9 млн. человек по республике, то в 2010г. этот показатель возрос до 9,4 млн. человек.

Благодаря поддержке Главы Государства, Правительства, Министерства здравоохранения РК ежегодно возрастает финансирование противотуберкулезной службы. Так, в 2011г. бюджет противотуберкулезной службы по сравнению с 2010г. увеличился на 13,9%.

При содействии Министерства здравоохранения Республики Казахстан, в рамках Государственной Программы развития здравоохранения реализуется принципиально новая реструктуризация коечного фонда в областных, региональных и районных

противотуберкулезных организациях, направленная на раздельное содержание больных в зависимости от эпидемиологического статуса, для профилактики внутригоспитального распространения туберкулеза.

Укреплена материально-техническая база противотуберкулезных организаций с внедрением системы инфекционного контроля. За период с 2004г. сданы в эксплуатацию по стране 42 типовых туберкулезных больницы. Только за период реализации Госпрограммы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г. закуплено средств индивидуальной защиты на сумму 190,8 млн. тенге. За счет средств республиканского бюджета для противотуберкулезных организаций за период 2008-2010г.г. приобретено 53 рентгенодиагностических комплекса, 37 аппаратов УЗИ, более 250 единиц дорогостоящего лабораторного оборудования, а также 49 передвижных флюорографических установок для противотуберкулезных организаций и организаций ПМСП.

Важным аспектом в осуществлении качественного эпидемиологического надзора за ситуацией в стране является качественное полноценное ведение Национального регистра слежения за больными туберкулезом. И все же необходимо его продолжать совершенствовать с учетом меняющихся приоритетов. Помимо этого в регионах осуществляется ежегодная оценка и мониторинг качества проводимых противотуберкулезных мероприятий группой мониторинга областного и национального уровней на индикаторной основе.

В связи с реформированием системы здравоохранения, возрастанием роли микробиологического метода исследования как наиболее доступного, дешевого и достоверного пристальное внимание обращено на укрепление базы и совершенствование бактериологической службы республики. Ежегодный мониторинг бактериологической службы регионов, внешний и внутренний контроль качества деятельности бактериологических лабораторий областей, с оказанием практической помощи проводится сотрудниками Национальной референс-лаборатории. Немецким банком развития (KfW) на безвозмездной основе дополнительно оснащены лабораторным оборудованием противотуберкулезные организации Акмолинской, Северо-Казахстанской и Кызылординской областей.

В контроле за туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью основной доказательной базой в Казахстане является бактериоло-

гическая диагностика - тест на лекарственную чувствительность у всех бациллярных больных. С целью раннего выявления устойчивого туберкулеза, во всех регионах республики внедрена новая технология ускоренной диагностики туберкулеза и туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью с применением современных лабораторных оборудованиях ВАСТЕС-MGIT 960 и Hain-test, что способствует своевременному взятию больных на адекватное лечение. Благодаря этим методам, охват впервые выявленных больных тестом на лекарственную чувствительность в 2010г. составил 91,3%, повторных- 91,4% и в ближайшее время планируется доведение этих показателей до 100%.

Наиболее востребованным на сегодня является набор Xpert MTB/RIF, позволяющий в течение 2 часов выявить >99.5% мутаций в генах МБТ, ответственных за устойчивость к рифампицину. Что также существенно на сегодняшний день, это то, что у этого метода нет перекрестной реактивности с нетуберкулезными микобактериями. В ближайшем будущем планируется внедрение этого метода в четырех областях РК и НЦПТ, также предусмотрено обучение сотрудников с приглашением международных консультантов из Борстеля (Германия) на базе НЦПТ.

В рамках Госпрограммы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г. предусмотрена установка вентиляционной системы во всех бактериологических лабораториях областных противотуберкулезных диспансеров. В 2011г. на стадии государственной экспертизы находится проектно-сметная документация для демонтажа и монтажа вентиляционной системы в 6 бактериологических лабораториях областных противотуберкулезных диспансеров Акмолинской, Алматинской, Жамбылской областей, г.г. Алматы и Астаны и г.Шахтинск-5 (учреждение АК-159/11).

Интенсивная борьба с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, основанная на рекомендациях ВОЗ, поддерживается бесперебойным обеспечением больных противотуберкулезными препаратами II ряда, проведением контролируемого лечения, мониторингом мероприятий, организацией специализированных отделений для указанных больных в каждом регионе и социальной мотивацией на амбулаторном этапе лечения. Только в 2010г. объем выделенного денежного ассигнования акиматами на поддержку больных составил 216,5 млн. тенге по республике. Созданная модель менеджмента МЛУ ТБ в г. Алматы при финансовой поддержке Глобального Фонда для борьбы со СПИ-

Дом, туберкулезом и малярией 6 раунда, получила распространение в других регионах страны. Благодаря содействию проекта Глобального Фонда 8 раунда предоставлена возможность приобретения через Комитет Зеленого Света качественных противотуберкулезных препаратов для лечения больных с устойчивой формой заболевания. В 2010г. на средства Глобального Фонда 8 раунда (КЗС) закуплены противотуберкулезные препараты III ряда для лечения 220 больных туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ). Лечение указанных больных уже проводится во всех областных противотуберкулезных диспансерах. Вместе с тем, внедряется новая технология диагностики и хирургического лечения больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью.

Основным компонентом реализации стратегии борьбы с туберкулезом является обучение специалистов из регионов, задействованных на уровне ПМСП по вопросам выявления и лечения туберкулеза. Для выполнения этих задач разработаны модули обучения с определением численности специалистов ПМСП, нуждающихся в обучении. С целью повышения эффективности работы специалистов противотуберкулезных организаций, общей лечебной сети разработана и осуществляется большая серьезная Программа обучения специалистов по вопросам выявления, диагностики и лечения на базе Национального центра проблем туберкулеза или организуются выездные циклы на местах.

Осуществляется большая работа совместно с НЦПФЗОЖ, международными донорами по разработке информационного материала для населения, выпуск аудио- и видеороликов.

По-прежнему остается сложной эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в пенитенциарной системе, обусловленная высокой заболеваемостью, смертностью, высоким уровнем лекарственной устойчивости среди осужденных, низкой материально-технической базой с отсутствием системы инфекционного контроля и четкого разделения потока больных по эпидемиологическому статусу. Показатели заболеваемости в данной системе превышают уровень заболеваемости в гражданском секторе в 7 раз, а смертности - более чем в 9 раз. Обеспечение бактериологическим исследованием больных туберкулезом УИС будет проводиться на базе территориальных противотуберкулезных диспансеров на договорной основе.

В рамках Государственной программы развития

здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г. на оснащение медицинским оборудованием лечебно-профилактических учреждений УИС предусмотрено 3,5 млрд. тенге. Централизованный закуп противотуберкулезных препаратов I и II ряда для учреждений УИС будет осуществлен через единого дистрибьютора ТОО «СК-Фармация».

На всех этапах развития противотуберкулезной службы отмечается приверженность поддержки органов местной власти, Министерства здравоохранения, Правительства РК, финансовое и техническое содействие международных доноров. Однако нельзя останавливаться на достигнутом, мы понимаем, что перед фтизиатрической службой республики в перспективе стоят большие планы. Известно, что на содержание коечного фонда уходит от 60 до 80% всего бюджета, отпускаемого на борьбу с туберкулезом, при этом определенная его часть пустует. В связи с этим, учитывая современное состояние экономики в здравоохранении, необходимы новые организационные формы лечения больных туберкулезом, расчет потребностей в подобном лечении по республике и объема лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, осуществляемых при этом.

Несмотря на большой объем проведенных мероприятий, перед фтизиатрами республики предстоит решить немало новых задач.

Проводимая работа по сбору и обработке отчетных данных в Национальном регистре позволила сделать вывод, что эффективное функционирование мониторинга выявления, диагностики и лечения возможно только при условии единого программного обеспечения. Необходимо продолжать работу по совершенствованию регистра, качественному и полноценному введению информации по больным ТБ на местах и в центре.

Учитывая увеличение числа больных по республике с МЛУ и ШЛУ ТБ, необходимо расширить охват хирургическим лечением больных с МЛУ ТБ с помощью торакоэндоскопии и торакопластики с клапанной бронхоблокацией.

Следует обеспечить 100% изоляцию контактных из очагов ТБ инфекции, особенно детей и подростков (РК – 72%), путем строительства санаторных учреждений для детей и подростков для изоляции, оздоровления и лечения их на поддерживающей фазе.

Кроме того, необходимо усилить координацию деятельности специалистов первичной медико-

санитарной сети, СЭН и региональных фтизиопедиатров, с целью профилактики запущенных случаев туберкулеза среди детей и подростков.

Усовершенствованная нормативная база по туберкулезу в соответствии со стандартами ВОЗ, согласованная работа всей фтизиатрической службы по реализации основных направлений Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г. будет способствовать стабилизации и снижению эпидемических показателей по туберкулезу в Республике Казахстан.

Литература

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г.
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007г. № 1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан»

3. Межведомственный Рабочий План по координации реализации противотуберкулезных мероприятий на 2008-2012г.г

4. План Европейского региона ВОЗ «Остановить туберкулез» в высокоприоритетных странах Европейского региона ВОЗ, 2007-2015г.г.

5. План расширения программы DOTS для борьбы с туберкулезом в Европейском регионе ВОЗ - 2002-2006г.г.

6. Rieder H.L. Opportunity for exposure and risk of infection: the fuel for the tuberculosis pandemic. // *Editional. Infction*, -1995-. 23:1-4.

7. Г. Ридер. Эпидемиологические основы борьбы с туберкулезом.- «Весь Мир», 2001 - 192 с.

8. Бекембаева Г.С., Серикбаева К.С., Утепкалиев М.М, //Пробл. туб, 2009. №1.-С.24-27.

9. Митинская Л.А., Оспанова С.Я., Бубочкин Б.П. и др. Особенности интерпретации пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л при определении виража туберкулиновых реакции у детей и подростков и методика определения инфицированных туберкулезом: Методич. рекомендации. - М.,- 1980 г. -25 с.

АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ПО МАТЕРИАЛАМ АУТОПСИЙ, ПРОВЕДЕННЫХ В ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ОПТД г. КАРАГАНДЫ

Дивакова Е.С.

ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Караганда

Около трети жителей нашей планеты инфицированы микобактериями туберкулеза. В 2000г. в мире было выявлено 8,3 миллиона новых случаев туберкулеза. На долю развивающихся стран приходится 95% случаев туберкулеза и 98% летальных исходов от туберкулеза. Случаи смерти от туберкулеза составляют 25% от всех предотвратимых случаев смерти.

В 1993 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила туберкулез проблемой глобального уровня, требующей незамедлительного вмешательства, и в 1994 году сформулировала международную стратегию по борьбе с туберкулезом, охватывающую медицинские, технические, управ-

ленческие, социальные и политические аспекты.

Разработанные программы борьбы с туберкулезом, основанные на рекомендациях ВОЗ, централизованное обеспечение основными противотуберкулезными препаратами способствуют излечению 80-85% впервые выявленных больных туберкулезом, однако смертность от туберкулеза остается достаточно высокой.

Целью данного исследования явилось изучение структуры смертности от туберкулеза легких.

Материал и методы.

Проведен ретроспективный анализ 599 протокола аутопсий, осуществленных в патологоанатомическом отделении ГУ «Областной противотубер-

кулезный диспансер» г. Караганды в период с 2006 по 2010 годы. Патоморфологическое исследование трупов проводилось путем вскрытий согласно общепринятым методикам и рекомендациям вскрытия

при инфекционных заболеваниях. Обработка материала проводилась по общеизвестной методике для гистологических исследований, срезы окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином.

Результаты и обсуждение

Таблица 1 - Распределение форм туберкулеза легких по годам

Год	2006	2007	2008	2009	2010	Всего
Форма туберкулеза	149 сл.	154 сл.	118 сл.	99 сл.	79 сл.	599 сл.
ФКТ	87/58%	85/55%	65/55%	54/54,5%	37/46,8%	328/54,7%
Казеозная пневмония	26/17,5%	33/21,4%	23/19,5%	18/18,2%	22/27,8%	122/20,4%
ИТЛ	20/13,4%	18/11,7%	13/11,01%	9/9%	5/6,3%	65/10,9%
МТ	8/5,4%	7/4,5%	6/5%	12/12,1%	11/13,9%	44/7,3%
ДТ	8/5,4%	11/7,1%	11/9,3%	6/6%	4/5,06%	40/6,7%

Как видно из таблицы, туберкулез легких с летальным исходом представлен следующими формами: фиброзно-кавернозный туберкулез, казеозная пневмония, инфильтративный туберкулез, милиарный туберкулез, диссеминированный туберкулез. При этом в структуре смертности наблюдается превалирование фиброзно-кавернозного туберкулеза легких как в отдельно взятые годы (в 2006 – 58% случаев, 2007 – 55% случаев, 2008 – 55%, 2009 – 54,5% и 2010 - 46,8% соответственно), так и в целом за 5 лет – 328, что составило 54.7% всех случаев смерти.

На втором месте по распространенности стоит казеозная пневмония. Так, за 5 лет наблюдалось 122 случая, что составило 20,4% в общей структуре смертности от туберкулеза легких.

Наличие инфильтративного туберкулеза легких отмечалось в 65 случаях (10,9% соответственно).

Распространенность милиарного туберкулеза составила 44 случая, диссеминированного туберкулеза - 40 случаев, что соответствует 7,3 и 6,7%.

Таблица 2 - Распределение форм туберкулеза легких по возрастным группам

Возраст больных (лет)	0-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 и старше	Всего
Форма туберкулеза									
ФКТ (кол-во случаев/%)	-	1/0,3	19/5,8	121/36,9	118/36	58/17,7	9/2,7	2/0,6	328
КП (кол-во случаев/%)	-		9/7,3	49/40,1	42/34,2	19/15,6	2/1,6	1/0,8	122
ИТЛ (кол-во случаев/%)	-	1/1,5	4/6,1	29/44,6	17/26,1	7/10,8	5/7,7	2/3	65
МТ (кол-во случаев/%)	1/2,3	3/6,8	4/9,09	20/45,5	9/20,5	6/13,6	1/2,3	-	44
ДТ (кол-во случаев/%)	2/5		1/2,5	23/57,5	8/20	3/7,5	2/5	1/2,5	40

При анализе распределения форм туберкулеза легких по годам выявляется преобладание всех форм туберкулеза в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет. Так, для фиброзно-кавернозного туберкулеза процентное соотношение наблюдений в данных

группах составило 36,9 и 36%, для казеозной пневмонии – 40,1 и 34,2%; для инфильтративного – 44,6 и 26,1%; милиарного туберкулеза – 45,5 и 20,5%; диссеминированного туберкулеза – 57,5 и 20%.

Таблица 3. Распределение форм туберкулеза легких по полу

Форма туберкулеза	Фиброзно-кавернозный туберкулез	Казеозная пневмония	Инфильтративный туберкулез	Милиарный туберкулез	Диссеминированный туберкулез
Пол					
Муж	260	91	51	31	28
жен	68	31	14	13	12

Из таблицы 3 видно превалирование всех анализируемых форм туберкулеза легких сре-

ди мужчин. Соотношение мужчины/женщины для фиброзно-кавернозной формы составило 4:1, для

казеозной пневмонии – 3:1, для инфильтративного туберкулеза – 4:1; милиарного – 2:1; диссеминированного – 2:1.

Выводы

1. В структуре смертности от туберкулеза легких преобладают деструктивные формы: фиброзно-кавернозный туберкулез, казеозная пневмония и инфильтративный туберкулез легких.

2. Анализируемые клинико-морфологические формы туберкулеза легких встречаются преимущественно в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет, т.е. у лиц трудоспособного и репродуктивного возраста.

3. Отмечается преобладание лиц мужского пола при всех клинико-морфологических формах туберкулеза легких и во всех возрастных группах.

4. В детском возрасте как причина смерти наиболее часто встречаются милиарная и диссеминированная формы туберкулеза.

Литература

1. Костылева О.А. //Аллергология и иммунология. –2008. - Т.9.,– №1. –С. 55.

2. Кошечкин В.А. Туберкулез. – Учебно-методическое пособие. – М., 2007. – С.35-38

3. Тусупбекова М.М., Костылева О.А., Полозуко Н.А., Дивакова Е.С. // Инновационные технологии в медицине и фармации: Материалы обл. науч.-практ. кон., посвящ. 10-летию центра. – Караганда. – 2008. – С. 181 – 183.

4. Тусупбекова М.М. // Медицина и экология. – Караганда, 2010. – С. 57 – 60.

ТҰЖЫРЫМ

2006-2010жж Қарағанды қаласы «Облыстық туберкулезге қарсы диспансеріндегі» өкпе туберкулезінен қайтыс болған мәйітті ашудың хаттамасының талдауында өкпе туберкулезінің талшықты-тесік түрінің басымдығы анықталған, 30-39, 39-40 жас тобындағы өкпе туберкулезінің деструктивті түрі ер адамдарда көп кездеседі, өлімге апаратын себептерімен туберкулездің милиарлы және шашыранды түрлері көбіне балалар арасында жиі кездеседі.

РЕЗЮМЕ

При анализе протоколов вскрытий умерших от туберкулеза легких в ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер» г. Караганда в период с 2006 по 2010 годы было выявлено преобладание фиброзно-кавернозной формы туберкулеза легких, наибольшая встречаемость деструктивных форм туберкулеза легких в возрастных группах 30-39 и 40-49 лет, преобладание лиц мужского пола, милиарная и диссеминированная формы туберкулеза как причина смерти, наиболее часто встречающиеся у детей.

SUMMARY

At analysis of the proceedings of autopsies of persons died from pulmonary tuberculosis in the Oblast' TB dispensary of Karaganda during 2006-2010 prevalence of fibro-cavernous pulmonary tuberculosis, the highest frequency of destructive forms of pulmonary TB in the age groups of 30-39 and 40-49 years, predominance of male persons, miliary and disseminated TB forms as the most frequent cause of death among children were revealed.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ г. ТАРАЗ ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2010г.г.

Жолдасова Г.С.

Жамбылский противотуберкулезный диспансер, г.Тараз

Известно, что эпидемиологические показатели по туберкулезу зависят от профилактических и лечебных мероприятий, на основании которых вырабатываются стратегия и тактика борьбы с туберкулезом. Схема противотуберкулезной помощи зависит

от лечения, которое порой трудно укладывается в эту «стандартную» схему, так как туберкулез – это не только медико-биологическая проблема, которая обусловлена взаимодействием между организмом человека и возбудителем, но и проблемой социаль-

ной. Поэтому мы часто встречаемся с этим понятием в эпидемиологии.

Социальный характер туберкулезной инфекции очень хорошо прослеживается при анализе структуры заболевших туберкулезом среди впервые выявленных больных. Из года в год увеличивается число лиц без определенного места жительства (БОМЖи), лиц, освобожденных из мест лишения свободы (ИТК), безработных, лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфицированных, а также мигрантов, т.е. лиц с социально дезадаптированным поведением, являющихся мигрирующими очагами туберкулезной инфекции, среди которых невозможно провести все профилактические мероприятия в полном объеме. На неблагоприятное эпидситуации повлияло недостаточно эффективное лечение в постсоветское время, в начале 1990-ых, в

период экономических преобразований, связанное с нехваткой противотуберкулезных препаратов (монотерапия, отсутствие патогенетической терапии, резкое снижение жизненного уровня населения, массовая безработица, усиливающаяся миграция, резкое ухудшение питания, вызвавшие рост заболеваемости и смертности от туберкулеза, увеличение числа хронических больных, количества рецидивов, приведшее к росту устойчивых форм туберкулеза).

В предстоящей работе проанализирована ситуация по туберкулезу среди взрослого населения в г.Тараз Жамбылской области за период с 2008-2010г.г., т.е. за последние 3 года.

Численность населения г.Тараз составила: в 2008г. - 340500 человек; в 2009г. - 347486 человек; в 2010г. - 350000 человек.

Таблица 1 – Эпидемиологические показатели по туберкулезу легких в г.Тараз за период с 2008-2010гг.

Годы	Заболеваемость		Болезненность		Смертность	
	А.ч.	на 100тыс.	А.ч.	на 100тыс.	А.ч.	на 100тыс.
2008	417	122,5	597	175,3	51	15,0
2009	346	100,3	504	146,0	52	15,0
2010	325	92,9	533	152,3	36	10,3

Как видно из таблицы 1, уровень заболеваемости и смертности по сравнению с предыдущими годами снижается.

В течение отчетного периода структура впервые заболевших туберкулезом легких среди взрослого населения города выглядела следующим образом (Табл. 2)

Таблица 2 – Структура впервые выявленных больных ТБ (2008-2010г.г.) в г. Тараз

Годы	По возрастам				По полу		По занятости	
	17-25	26-40	41-60	> 60	Муж/%	Жен/%	Работающие/%	Неработ/%
2008	102	190	56	11	224/62,3	135/37,6	88/24,5	271/75,5
2009	109	152	49	9	182/57	137/43	73/23	246/77
2010	88	153	33	14	198/68,7	90/31,2	79/27,4	209/72,6

Туберкулезом чаще заболевали лица в возрасте от 17 лет до 41 лет, т.е. люди более продуктивного возраста, надо отметить, что за отчетный период (2008-2010) преобладали мужчины - 604 (62,5%), женщин было 362 (37,4%), 240 лиц имели работу (25%). Лиц без определенного места житель-

ства (БОМЖ) среди впервые выявленных больных в 2008-2010г. было 90 (9,3%).

Все впервые выявленные больные получали лечение по программе DOTS, результаты достигнутой конверсии мазков и закрытия полости распада выглядели следующим образом:

Таблица 3 – Результаты лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких в г. Тараз (2008-2010г.г.)

Годы	всего	ВК+	Конв. в конце ИФ	%	CV+	Закрытие CV	%
2008	359	115	102	88,7	126	101	80
2009	319	101	84	83,1	119	91	76,4
2010	288	86	73	85	103	84	81,5

Показатели излечиваемости и закрытие полости распада отражены в диаграммах 4 и 5.

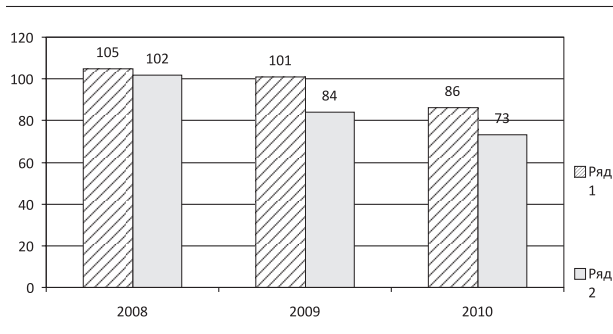


Диаграмма 4 – Конверсия мазка в конце интенсивной фазы лечения больных ТБ легких в ОПТД г. Тараз по годам (2008-2010г.г.)

- Количество больных с МБТ+,
- Количество больных с конверсией мазка мокроты в конце ИФ

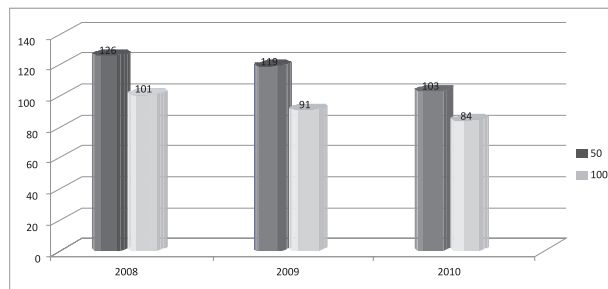


Диаграмма 5 – Закрытие полости распада по годам (2008-2010г.г.) у больных ТБ легких в г. Тараз

- количество полостей распада
- количество закрытых полостей распада

За отчетный период, конверсия мазка не достигла требуемого стандарта (ВОЗ, 1995) - от 83,1 до 88,7%, а показатель закрытия полости распада - от 76,0% до 81,0% в сочетании с оперативным методом лечения. В течение трех лет (2008-2010) среди впервые выявленных больных (966) устойчивая форма туберкулеза определена у 118 больных, из них 77 больных (65,2%) охвачены лечением по DOTS-Plus препаратами второго ряда. Из-за положительной динамики в момент перевода в IV категорию таким категориям, как больные МЛУ ТБ (15%), лица с распространенными процессами, с наличием сопутствующих заболеваний, БОМЖи (19,8%), в лечении по DOTS-Plus было отказано.

Среди впервые выявленных больных туберкулезом умерло за 3 года 139 человек, что составило 12,7%, все эти больные были с распространенными

процессами в легких, поздно выявленные, злоупотребляли алкоголем и наркотиками.

Выводы

1. Эпидситуация в г. Тараз относительно благополучная, т.е. заболеваемость снизилась с 417 в 2008 году до 325 в 2010 году.

2. В структуре заболеваемости впервые выявленных больных было выявлено, что:

- чаще заболевали мужчины, 62,5 % из всех заболевших за последние 3 года.

- лица, прибывшие из мест лишения свободы, в том числе бывшие заключенные, составили в среднем более 50% из всех заболевших за 3 года.

- значительный процент среди впервые заболевших составляют лица БОМЖ - 9,3% из всех заболевших за отчетный период.

- около 11% среди впервые заболевших туберкулезом составляют пенсионеры.

- трудоспособные люди в возрасте от 26 лет до 45 лет составили за эти 3 года 51,0% больных.

- 10% из всех впервые заболевших туберкулезом за 3 года составили лица, злоупотребляющие алкоголем и наркотиками.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл жұмыста 2008-2010жылдардағы Тараз қаласы, Жамбыл облысындағы туберкулез бойынша эпидемиологиялық қызметтің талдаулары ұсынылған. Өткен жылдармен салыстырғанда науқастану мен қайтыс болу көрсеткіштері (417ден-335ке дейін) төмендеген. Науқастану 62,5% көрсеткішімен ер адамдарды құрайды, олардың ішінде 36% бас бостандығынан айырылғандар болса, 9,3% көше кезбелері, 11% зейнеткерлерден құралған. 26 жастан 41 жасқа дейінгілердің арасында ауруы алғаш анықталған науқастар 51% болады.

РЕЗЮМЕ

В работе представлен анализ эпидемиологической службы по туберкулезу в г. Тараз, Жамбылской области в 2008-2010г.г. Отмечено снижение показателей заболеваемости и смертности по сравнению с предыдущими годами (с 417 до 325). Чаще заболевали мужчины (62,5%). Значительный процент впервые заболевших составили лица, прибывшие из мест лишения свободы-36,0%, лица БОМЖ (9,3%), пенсионеры (11,0%). К лицам продуктивного возраста от 26 до 41 лет относится 51,0% впервые выявленных больных.

SUMMARY

This paper gives the analysis of work of the anti-TB service of Taraz, Zhambyl oblast during 2008-2010. Decrease of the indicators of TB incidence and TB mortality compared with earlier period (from 417 to 325) was observed. TB disease developed among men

(62.5%) more frequently. Significant percentage of the newly diseased persons constituted the ex-prisoners (36.0%), homeless (9.3%), pensioners (11.0%). Among newly detected patients persons of reproductive ages (26-41 years old) constituted 51.0%.

ЗНАЧЕНИЕ ГРАНТОВ ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА В СНИЖЕНИИ БРЕМЕНИ ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ

*Исмаилов Ш.Ш., Ни З.И., Жандаулетова Ж.Т., Мельдеханов М.А., Нургазиев А.К.
Группа реализации проекта ГФСТМ при НЦПТ РК, г. Алматы*

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ), созданный в 2002г., по инициативе стран «большой девятки» на совещании в Окинаве, является одним из крупнейших международных финансирующих учреждений, которое инвестирует мировые денежные ресурсы для спасения людей от данных тяжелых инфекционных заболеваний. К настоящему времени ГФ выделил 22.4 млрд. долл. США 150 странам в мире для поддержки широкомасштабных программ по профилактике, диагностике и лечению указанных инфекционных заболеваний.

ГФ – это уникальное глобальное частно-государственное партнерство, созданное для привлечения и распределения дополнительных ресурсов в целях профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа, туберкулеза и малярии. Это партнерство между правительствами, гражданским обществом, частным сектором и пострадавшими общинами представляет собой инновационный подход к международному финансированию здравоохранения.

За период работы Глобальный фонд стал основным источником финансирования 600 программ по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией в 150 странах, что составляет две трети средств для международного финансирования борьбы с туберкулезом.

Последние данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) за ноябрь 2010 года свидетельствуют о том, что в результате увеличения финансирования смертность от ТБ в мире сократилась на 35% за период с 1990 по 2009 годы. Дальнейшей целью тысячелетия является сокращение смертности от ТБ вдвое к 2015 году по сравнению с 1990 го-

дом, так как в настоящее время бремя туберкулеза в мире остается высоким (около 14 миллионов человек имеют туберкулез в активной форме).

В Казахстане реализуются два гранта (6 и 8 раунды) Глобального фонда. Финансовые вложения Глобального фонда направлены на усиление всех мероприятий в борьбе с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ).

При поддержке Глобального фонда проведен капитальный ремонт референс-лаборатории НЦПТ РК с целью передислокации и создания современной вентиляционной системы. Все бактериологические лаборатории областных противотуберкулезных диспансеров в стране оснащены современным оборудованием для ускоренной диагностики лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Для сохранения информативности патологического материала страна обеспечена охлаждающими сумками для транспортировки мокроты из всех районов страны. Все лабораторные сотрудники обучены методике постановки теста на лекарственную чувствительность к препаратам первого и второго ряда. Эти мероприятия повысили количество выявленных больных мультирезистентным туберкулезом, позволили назначить им своевременное и адекватное лечение.

На средства Глобального фонда в 2008г. проведен ремонт отделения для лечения 60 больных МЛУ ТБ в противотуберкулезном диспансере г. Алматы. Отделение имеет современную, отвечающим всем требованиям инфекционного контроля, автоматизированную систему вентиляции, позволяющую разделить больных по инфекционному статусу. Основные мероприятия 6 раунда были направ-

лены на повышение качества ДОТС в стране. Для усиления интеграции сети ПМСП и противотуберкулезной службы были разработаны учебные программы и обучены около 2 000 специалистов первичного звена. Отдельно выполнялась задача по обеспечению доступа заключенных к качественной противотуберкулезной помощи с привлечением неправительственных и международных организаций. Для выполнения противотуберкулезных мероприятий, соответствующих международным стандартам, при поддержке Глобального фонда, были изданы «Клиническое руководство по контролю над туберкулезом в Казахстане», методические рекомендации «Роль сети первичной медико-санитарной помощи в контроле над туберкулезом», «Методические рекомендации по мониторингу и оценке противотуберкулезных мероприятий в Казахстане».

Одним из важных направлений в противотуберкулезной программе являются мероприятия по повышению приверженности пациентов к полному курсу лечения. Для этого в рамках 6 и 8 раундов будет организована социальная поддержка более 6000 больных туберкулезом в гражданском и пенитенциарном секторах. Проводится обучение медицинских работников навыкам межличностного общения для обучения пациентов правилам поведения и лечения на стационарном и амбулаторном этапах.

Для персональной защиты медицинских работников лабораторий и отделений мультирезистентного туберкулеза ежегодно закупаются респираторы с высокой степенью защиты.

Учитывая рост числа ВИЧ-инфицированных среди больных туберкулезом, в рамках мероприятий по Глобальному фонду проводится обучение фтизиатров вопросам ведения пациентов с двойной инфекцией, методам консультирования пациентов по диагностике ВИЧ-инфекции.

Основными задачами гранта 8 раунда являются подготовка специалистов по ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Организованы семинары для фтизиатров стационарного и поликлинического звена, специалистов ПМСП, всего подготовлено более 6000 специалистов по различным направлениям МЛУ ТБ. Впервые в стране, при поддержке Глобального фонда, разработана программа семинара по инфекционному контролю в противотуберкулезных учреждениях и обучено 239 сотрудников гражданского и пенитенциарного секторов, а также службы СЭН.

Разработан план МиО по индикаторам проти-

вотуберкулезных мероприятий в рамках ГФ и национальной противотуберкулезной программы (НТП). Подготовлена программа обучения МиО для специалистов национального, областного и районного уровней. Для рутинного сбора данных и отчетности в НТП РК были подготовлены новые учетно-отчетные формы (регистр, формы по ТБ и МЛУ ТБ).

Обучено 279 специалистов из гражданского и пенитенциарного сектора здравоохранения методам МиО. На основании ежеквартальных визитов по МиО программной и финансовой деятельности от субреципиентов (ОКП, ПВИЗ, ОПТД) отражен прогресс в НЦТП РК.

Лекарственные препараты, поставляемые на средства ГФ, закупаются при наличии сертификата GMP ВОЗ. Планируется закупить препараты 2-го ряда на 5 лет для лечения 6310 больных МЛУ ТБ. В настоящее время начали лечение более 2260 больных. При лекарственном обеспечении в ряде регионах замедлены темпы набора больных, сложности возникают с закупом и поставкой препаратов (изменение стоимости, длительность формирования отгрузки, длительность таможенной очистки, отсутствие регистрации препарата, короткие сроки годности препаратов).

В процессе работы установлено, что некоторые из регионов не набирают на лечение пациентов с широкой лекарственной устойчивостью, согласно плану, или вообще отказываются от набора пациентов, вследствие чего препараты третьего ряда были дополнительно перераспределены в другие регионы, так как срок годности препаратов ограничен. Вместе с этим очевидно, что значительно повысился охват адекватным лечением больных МЛУ ТБ.

В заключение следует отметить, что снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза на 15-20% ежегодно в течение последних 2-х лет достигается при непосредственном вкладе финансовых средств ГФ.

ТҰЖЫРЫМ

ЖИТБ, туберүлез және безгекпен күресу жолында Жаһандық қор осы ауыр дерттерден адамдарды құтқару үшін әлемдік қаржы ресурстарын бөліп отырған халықаралық үлкен қаржыландыру мекемелерінің біреуі болып табылады. Жаһандық қордың 6,8 раундтарының қолдауымен Қазақстанда туберкүлездің көптеген дәрілерге төзімді түрін анықтау, емдеу және алдын алу шаралары күшейтілді. Осының қорытындысы болып, бүгінгі

таңдағы түберкүлезбен науқастанушылық пен өлімнің төмендеуі табылады.

РЕЗЮМЕ

Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФ), является одним из крупнейших международных финансирующих учреждений, которое инвестирует мировые денежные ресурсы для спасения людей от данных тяжелых инфекционных заболеваний. При поддержке грантов 6,8 раундов ГФ в Казахстане усилена диагностика, лечение и профилактика всех мероприятий в борьбе с туберкулезом с множественной лекарственной

устойчивостью. В результате этого началось значительное снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза.

SUMMARY

The Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and malaria is one of the largest international financing organizations that invests world money resources to rescue people from these serious infectious diseases. With the support of the GF Rounds 6, 8 Grants in Kazakhstan diagnostics, treatment and prevention of all MDR TB activities were strengthened. It has resulted in a significant decrease of TB morbidity and mortality.

**АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА
В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 3 ГОДА (2008-2010г.г.)**

Копбосынова Д.Д.

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Талдыкорган

Туберкулез в Алматинской области, как и в Республике Казахстан, остается важной проблемой здравоохранения. Согласно приказа МЗ РК №466 «Об утверждении некоторых Инструкций по борьбе с туберкулезом», в области продолжается реализация адаптированной к условиям РК стратегии борьбы с туберкулезом, рекомендованной ВОЗ. Основной составной частью противотуберкулезных мероприятий является своевременное выявление туберкулеза.

Целью данного исследования явилось изучение и проведение сравнительного анализа за 3 года методов выявления туберкулеза среди первичных больных, влияния охвата населения профилактическими осмотрами на выявление и структуру впервые выявленного туберкулеза среди населения Алматинской области.

В таблице 1 показано абсолютное число лиц, осмотренных активными методами.

Таблица 1 - Абсолютное число лиц, охваченных активными методами выявления туберкулеза по данным ОПТД г. Талдыкорган

Годы	2008 %		2009 %		2010 %	
	Сформ. гр. риска на флюор.осм. (А. число)	Осмотрено из гр.риска	Сформ. гр.риска на флюор.осм. (А. число)	Осмотрено из гр.риска	Сформ. гр.риска на флюор.осм. (А. число)	Осмотрено из гр.риска
ФГ	613256	610378	312919	309477	333909	302166
Туберку- линодиагностика	Сформ. гр.риска на Манту (А.число)	Осмотрено из гр.риска	Сформ. гр.риска на Манту (А.число)	Осмотрено из гр.риска	Сформ. Гр.риска на Манту (А.число)	Осмотрено из гр.риска
	237710	235020	204507	166020	191968	158445
Всего	850966	845398	517426	475497	525877	460611

Данные таблицы демонстрируют ежегодное повышение как сформированной группы риска, так и числа лиц, осмотренных на туберкулез. Охват населения области осмотрами составил в 2008г. 51,9%, в 2009 г. – 49,1%, в 2010г. -46,8%.

Наряду с активными методами проводилось выявление туберкулеза пассивным методом. В динамике представлено количество лиц, у которых исследованы мазки мокроты микроскопическим методом.

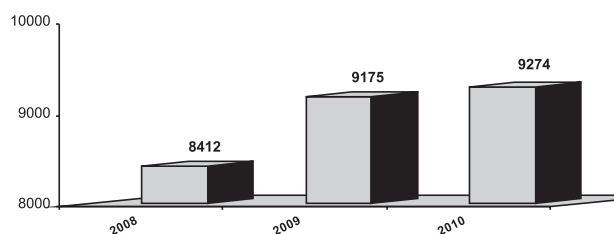


Диаграмма 1 –Количество исследований мокроты методом микроскопии, данные ОПТД г. Талдыкорган за 2008-2010 гг.,

Из диаграммы видно, что в динамике повышается общее количество лиц, направленных на микроскопическое обследование. Это можно объяснить большей настороженностью врачей-терапевтов при отборе больных с грудными жалобами.

Распределение впервые выявленных больных по методам выявления представлено в таблице 2.

Таблица 2 - Распределение больных по методам выявления по данные ОПТД г. Талдыкорган за 2008-2010 гг.

Годы	2008г.		2009г.		2010г.		Итого	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Флюорография	1273	34,2	1258	82,3	1084	72,2	3615	77,0
Туберкулинодиагностика	139	8,3	97	6,3	87	5,8	323	6,9
Микроскопия мазка мокроты	253	15,2	174	11,4	330	22,0	757	16,1
Итого	1665	57,7%	1529	100%	1501	100%	4695	100%

Таким образом, ежегодно наибольшее число больных выявляется флюорографическим методом, причем удельный вес таких больных возрос с 34,2% до 72,2%.

Таблица 3 - Структура новых случаев туберкулеза по Алматинской области данным ОПТД г. Талдыкорган за 2008-2010 гг.,

Формы туберкулеза	2008г.	2009г.	2010г.
Очаговый	29	20	52
Инфильтративный	1192	1126	1091
Диссеминированный	31	34	33
Казеозная пневмония	2	3	7
Фиброзно-кавернозный ТБ легких	18	17	10
Плеврит туб. этиологии	126	125	119
Милиарный туберкулез	13	14	11
Туберкулезный менингит	4	-	-
Первичный туберкулезный комплекс	32	18	14
Туберкулез других органов	21	20	18
Туберкулез внутригрудных узлов	115	86	80
Туберкулез костей и суставов	44	37	38
Туберкулез мочеполовых органов	6	4	2
Туберкулез периферических лимфоузлов	13	9	18
Прочие	19	13	6

Из таблицы видно, что структура новых случаев ТБ представлена разными формами, но преобладающей является инфильтративная форма, в то время как число случаев туберкулезного менингита, фиброзно-кавернозного туберкулеза легких (ФКТ) снижается.

Показателем своевременного выявления ту-

беркулеза является удельный вес деструкций среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания. Так, анализ первичных форм (089 формы и ТБ01 каз-дисп) показывает, что удельный вес деструкций, бацилловыделения и ФКТ постепенно снижается. Динамика лечения приведена в следующей диаграмме:

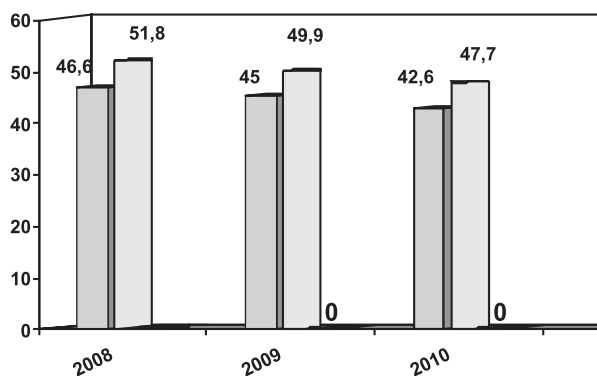


Диаграмма 2 – Удельный вес деструкций среди впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания.

Выводы

На основании проведенного анализа статистических данных следует, что:

- происходит ежегодное увеличение как сформированных групп риска, так и числа лиц, осматриваемых на туберкулез.
- ежегодно наибольшее число больных в области выявляется флюорографическим методом, причем удельный вес таких больных возрос с 34,2% до 72,2%.
- среди впервые выявленных случаев туберкулеза по области растет количество инфильтративных форм, снижается количество больных туберкулезным менингитом и ФКТЛ.

Литература

1. Исмаилов Ш.Ш., Абилдаев Т.Ш. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан – Алматы, 2007,-2010г.

2. Калдыбаев М.К. Туберкулез органов дыхания в некоторых группах повышенного риска при напря-

женной эпид. ситуации: Автореф. канд. мед. наук. – Алматы, 1997г.-24с.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада 2008-2010жж Алматы облысындағы туберкулездің анықталуының статистикалық талдаулары енгізілген. Облыстар бойынша үш жылдық туберкулез ауруын анықтаудың белсенді әдістерінің саны мен қауіпті топтың жыл сайынғы өскені туралы дәлелденген. Науқастардың көпшілігі флюорографиялық әдіспен анықталған. Науқастардың түрі жөніндегі талдауда туберкулездің шоғырлы түрі басым екенін көрсетеді. Сонымен қатар облыс бойынша бактерия бөлетіндердің үлесі ақырындап төмендеуде.

РЕЗЮМЕ

В данной статье проведен статистический анализ выявляемости туберкулеза в Алматинской области за 2008-2010. Данные по области свидетельствуют о ежегодном росте групп риска и числа лиц, охваченных активными методами диагностики туберкулеза, за три года. Наибольшее число больных выявлено флюорографическим методом. Анализ по формам заболевания показывает преобладание инфильтративного ТБ. В то же время удельный вес деструкций, бактериовыделения по области постепенно снижается.

SUMMARY

Statistical analysis of the TB incidence in Almaty' oblast was conducted over 2008-2010. Data over oblast are of evidence of early growth of number of persons endorsed by active methods of TB diagnostics during 3 years. The greatest number of patients is detected by fluorographic method. Analysis by disease forms shows the prevalence of the infiltrative pulmonary TB, while the percentage of destructions and bacilli excretion over oblast is decreased step by step.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ. ПРОБЛЕМЫ, ПУТИ РЕШЕНИЯ

Мукушев Н.Р., Молдахметова К.Н., Утепкалиева Г.Т., Коккозов Т.М., Филипповская Т.Н.
ГККП Межрайонный противотуберкулезный диспансер, Алматы

Город Алматы является одним из крупных мегаполисов Республики с постоянно проживающим населением 1 426 600 человек, что соответственно отражается на эпидемической обстановке. Кроме

этого, по данным миграционной полиции, ежегодно прибывает около 143 625 человек. Это только те, кто официально регистрируется, а количество незарегистрированных прибывших значительно больше.

Среди них-то и выявляется основное количество больных туберкулезом. Этот факт отрицательно сказывается на эпидемиологической ситуации города и усложняет проведение лечебно-профилактических

и противоэпидемических мероприятий.

Уровни заболеваемости и смертности от туберкулеза в Алматы ниже среднереспубликанских.

Таблица 1 - Показатель заболеваемости по г.Алматы за 2005-2010гг.

	2005г	2006г	2007г	2008г	2009г	2010г
РК	147,4	132,1	127,5	125,5	105,4	95,5
г. Алматы	68,0	65,0	73,8	83,8	75,5	69,4

В 2010 году отмечается снижение показателя заболеваемости до 69,4 на 100 тыс. нас.. Согласно директивным документам, предусматривающим регистрацию заболевания по месту его выявления, независимо от места постоянного проживания, все

приезжие лица, выявленные в г. Алматы, не имеющие городской регистрации и, со слов больных, проживающие на квартирах, независимо от длительности проживания, берутся на учет и регистрируются как впервые выявленные.

**Таблица 2-Заболеваемость городских жителей, имеющих регистрацию (прописку) районы
Заболеваемость на 100 тыс городских жителей с регистрацией**

	2009г	2010г	2009г	2010г
Алматы	75,5	69,4	58,9	50,0
Алатауский	119,4	110,1	78,9	52,7
Алмалинский	69,4	65,0	54,9	52,7
Ауэзовский	70,4	53,4	55,2	38,6
Бостандыкский	33,4	32,4	30,7	28,1
Жетысуский	79,2	81,4	62,7	61,1
Медеуский	61,4	61,5	48,9	48,4
Турксибский	82,9	82,9	63,1	64,2

Удельный вес больных, не имеющих городской регистрации в 2010г., составил 27,9% (22,3% в 2009г). Таким образом, если говорить о заболеваемости городского населения без мигрантов, то она по итогам 2010года составляет 50,0 на 100 тыс. населения (58,6 за 2009 год).

Заболеваемость в разрезе районов остается высокой в Алатауском, Турксибском и Жетысуском районах (110,1, 85,9 и 81,4 соответственно), так как это те районы, в которых оседает мигрирующее население и в которых расположены основные рынки и вокзалы.

Одним из основных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию, является показатель смертности, который в последние годы имеет тенденцию к стабилизации. Анализ умерших показал, что среди умерших 47% - это больные 4 категории, 39,1% - 2 категории и 11,3% - 1 категории. Кроме этого, необходимо отметить, что среди умерших 32,1%, лица без городской регистрации и 26,1% - БОМЖи.

Стабилизация смертности, особенно среди хронических больных и с больных с устойчивыми

формами связана с тем, что более 82% данного контингента берется на лечение препаратами второго ряда и, соответственно, у них достигается благоприятный исход.

Контингент активных больных остается тяжелым, 54,4% в контингенте - бактериовыделители, при этом 47,6% являются больными 4 категории, из них 79,0% больные МЛУ ТБ. Среди больных, находящихся на диспансерном учете по 4 категории, 83,0% находятся на лечении препаратами второго ряда. Таким образом, как было изложено выше, берется на лечение максимальное количество больных, что приводит к снижению удельного веса больных с хроническими формами туберкулеза в контингенте до 2,6% (4,0% в 2009г.), находящихся на симптоматическом лечении, из них с больные с широкой лекарственной устойчивостью составляют 17,4%.

Кроме этого, в контингенте активных больных 17,7% - прибывшие из мест заключения, хронические алкоголики и наркоманы, 6,0% - БОМЖи, которые после проведения интенсивной фазы лечения в условиях стационара, теряются на амбулаторном этапе, и их невозможно найти для продолжения ле-

чения. Проблема с лицами без определенного места жительства возникает не только при их лечении, но и при своевременном выявлении заболевания, так как данный контингент очень сложно найти для проведения дообследования и взятия на диспансерный учет.

Таким образом, в целом по городу одним из основных проблемных вопросов является негативное влияние миграции населения на эпидемиологическую ситуацию, увеличение количества больных МЛУ ТБ. В целях своевременного выявления туберкулеза среди мигрирующего населения на Межведомственной комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций при акимате города Алматы был поставлен вопрос о проведении флюорографического обследования всех работников рынков, автопарков и строительных организаций независимо от форм собственности. На основании Постановления №17 от 17.06.2011г., согласно графику работы, ко всем перечисленным выше организациям прикреплены передвижные флюорографические установки с организацией работы мобильных медицинских бригад по проведению санитарно-разъяснительной работы среди населения по вопросу туберкулеза.

ТҰЖЫРЫМ

Ірі мегаполистің мәселесі бұл тұрғындардың көшіп-қонуы, ол Алматы қаласының эпидемиологиялық жағдайына кері әсерін тигізеді. Осы мәселені шешу мақсатында Алматы қаласы әкімдігінің маңында төтенше жағдайды алдын-алу және жою жөніндегі ведомствоаралық комиссияның 2011 жылғы 17 маусымындағы №17 Қаулысының негізінде қазіргі уақытта тұрғындар арасында туберкулез мәселелері бойынша санитарлық-түсіндіру жұмыстарын өткізу

бойынша жұмылдырылған медициналық бригадалар жұмысы ұйымдастырылып, жекеменшік формаларына тәуелсіз барлық базарлардың, автопарктер мен құрылыс мекемелерінің жұмысшыларын флюорографиялық тексеруден өткізу жұмыстары жүргізіліп жатыр.

РЕЗЮМЕ

Проблема большого мегаполиса - это миграция населения, которая отрицательно сказывается на эпидемиологической ситуации города Алматы. В целях решения данной проблемы, на основании Постановления №17 от 17.06.2011г. Межведомственной комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций при акимате города Алматы, в настоящее время проводится флюорографическое обследование работников всех рынков, автопарков и строительных организаций независимо от форм собственности, с организацией работы мобильных медицинских бригад по проведению санитарно-разъяснительной работы среди населения по вопросу туберкулеза.

SUMMARY

The problem of the great city is the migration of population that negatively reflects in the epidemiological situation in Almaty. At present to resolve this problem the mass fluorographic examination is to be conducted among workers of all markets, vehicles bases and building companies independently from their privacy attribution through organization of operative medical teams for conducting the sanitary advocacy activity on problem of tuberculosis, on the base of the Statement #17 as of 17.06.2011 of the Interdepartmental Commission for prevention and elimination of extraordinary situations at the Akimat of Almaty city.

АНАЛИЗ РЕЦИДИВОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В г. ТАЛДЫКОРГАН за 2008-2010 г.г.

Мухамеджанова Д.М.

ГУЗ «Областной туберкулёзный диспансер», г. Талдыкорган, Алматинская область

В Республике Казахстан эпидемиологическая ситуация по туберкулезу остается напряженной. Одной из причин этого является значительный

удельный вес повторных заболеваний туберкулезом, рецидивов, из которых в основном формируются хронические формы туберкулеза. Среди них чаще

диагностируются обширные запущенные деструктивные формы туберкулеза с бацилловыделением. Поэтому профилактика и лечение этого контингента является важной проблемой работников противотуберкулезных учреждений; удельный вес рецидивов

среди взятых на диспансерный учет больных туберкулезом в городе составляет 33%. Мы изучили характер и особенности рецидивов туберкулезом за 2008г.-2010г., выявленных в городе за 3 года. Зарегистрировано 19 случаев рецидивов туберкулеза легких с бацилловыделением.

Таблица 1 - Распределение больных с рецидивом ТБ органов дыхания по возрасту и полу

пол	Возрастные группы									
	20-29		30-39		40-49		50-59		всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Муж.	4	41,5	1	11,5	2	21,5	8	53,3	15	77,9
Жен.	3	30,4	-	-	1	10,4	-	-	4	21,0
Всего	7	71,9	1	11,5	3	31,9	8	53,3	19	100

Из 19 больных с рецидивом туберкулеза легких преобладают мужчины – 15 (78,9%), женщин – 4 (21,1%). Пик повторного заболевания приходится на возраст 20-29 лет (71,9%), следовательно, риск повторного заболевания туберкулезом легких особенно высок для мужчин трудоспособного возраста, он почти в 4 раза выше, чем у женщин. Обращает на себя внимание социальный состав больных с реци-

дивом заболевания; 15 больных (78,9%) составляют неработающие и домохозяйки (21,0%), что указывает на развитие рецидивов в 100% у неработающих, которые проживают в плохих материально-бытовых условиях.

Все выявленные больные с рецидивом туберкулеза поздно обратились за медицинской помощью в противотуберкулезные учреждения, и у всех них выявлены распространенные легочные процессы.

Таблица 2 - Сравнение клинических форм туберкулеза в наблюдаемых группах

Клинические формы туберкулеза	Больные с рецидивами после DOTS -терапии	
	абс.число	в % к общему числу
Инfiltrативный	13	68,4
Диссеминированный	2	10,5
Туберкулезный плеврит	1	5,3
Фиброзно-кавернозный туберкулез легких	2	10,5
Туберкулома	1	5,3
Итого:	19	100

Данные таблицы показывают, что из клинических форм туберкулеза преобладает инfiltrативный туберкулез – 68,4, на 2-ом месте (по 10%) находятся фиброзно-кавернозный туберкулез легких и диссеминированный туберкулез.

Микобактерии туберкулеза бактериоскопическим методом были обнаружены у всех в 19 случаях, а бактериологическим методом - у 17 (89,5%), в 4 случаях (21,0%) культура не выделена. Из них чувствительность сохранена ко всем препаратам у 2-х (10,5%), у 5 больных (26,3%) выявлена устойчивость к HR, монорезистентность – у 2 (10,5%) и устойчивость к HS - у 4-х (21,0%).

Среди больных с рецидивами резистентного туберкулеза страдали сопутствующими заболеваниями, в том числе психическими – 2 (10,5%), хроническим алкоголизмом – 4 (21,0%), сахарным

диабетом – 3 (15,8%), ХОБЛ - 2 (10,5%); прибывших из мест лишения свободы было 2 (10,5%), лиц без постоянного места жительства – 2 (10,5%).

Таким образом, при анализе случаев рецидива выявлено, что среди этого контингента диагностируются распространенные процессы туберкулеза с бактериовыделением, что способствует ухудшению эпидемиологической обстановки по туберкулезу.

Выводы

Анализируя вышеуказанные данные, можно сделать следующие выводы:

1. Среди больных с рецидивом туберкулеза удельный вес мужчин почти 4 раза (77,9%) выше, чем среди женщин (21,0%).

2. Частой причиной рецидивов являются сопутствующие заболевания – 63,1%.

3. В значительной степени является причиной развития рецидивов устойчивость к препаратам 11 случаев (57,8%).

4. Непосредственно провоцирующим факторам рецидивов болезни являются неблагоприятные условия быта.

5. Для улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу имеет огромное значение профилактика и ранее выявление рецидивов туберкулеза.

ТҰЖЫРЫМ

2008-2010жжінде Талдықорған қаласында өкпе туберкулезінің қайталанған талдаулары келтірілген. 3 жыл арасындағы бактерия бөлінетін деп анықталған және туберкулездің қайталама түріндегі 19 емделуші туралы талдау жүргізілді. Жынысына қарай бөлетін болсақ, 15 (78,9%) ер адамдар болса, 4 (21,1%) әйелдерден құралған және ауруының қайталама түрі көбіне 20-29 жас аралығындағылар (71,9%) көрсетеді. Науқастардың әлеуметтік жағынан 15 науқас (78,9%) жұмыссыздар, көше кезбелері, бұрындары түрмеде отырып шыққандар мен үй шаруашылығындағы әйелдерді құрайды яғни әлеуметтік жағдайы төмен адамдар. Аурудың қайталануының бір себебі - ілеспелі маскүнемдік пен қант диабеті. Клиникалық құрылым жағынан шоғырлы туберкулез түрі (68,4%) болса, 10,5% өкпенің шашыранды және талшықты-тесікті туберкулезін құрайды. 100% көрсеткішпен бактерия бөлінетіндер болса, бактериоскопиялық түрі 89,5%. Туберкулездің бұл түрі эпидемиологиялық жағдайды төмендетіп, қоғамдық ортаға қауіпті.

РЕЗЮМЕ

Был проведен анализ рецидивов ТБ легких в г. Талдықорған за три года (2008-2010гг.). Получены

данные о 19 пациентов с рецидивами ТБ и бактериовыделением, выявленных за эти годы. По полу преобладают мужчины – 15 (78,9%), женщин было 4 (21,1%). Рецидивы имели место в возрастной группе 20-29 лет (71,9%). Социальный состав заболевших: 15 больных (78,9%) безработные, БОМЖ, бывшие заключенные и домохозяйки, т.е. социально незащищенные лица. Рецидивы случались на фоне сопутствующих заболеваний: алкоголизма, диабета и др. По клинической структуре преобладал инфильтративный туберкулез (68,4%), по 10,5% приходилось на фиброзно-кавернозный и диссеминированный ТБ легких. Бактериовыделение подтверждено в 100% бактериоскопически и 89,5% - культурально. Такие формы ТБ способствуют ухудшению эпидемиологической обстановки по ТБ и опасны для окружающих.

SUMMARY

Analysis of pulmonary TB relapses was conducted in Taldykorgan for 3 years (2008-2010). Data on 19 patients detected over that period with TB relapses with sputum smear positive in 89.5% were obtained. Men were prevalent: 15 (78.9%), women 4 (21.1%). Relapses occurred in the age group of 20-29 years (71.9%). By social sign patients were mainly jobless, homeless, ex-prisoners or housewives, i.e. socially vulnerable persons. Relapses occurred against the background of the concurrent diseases: alcoholism, diabetes, etc. By clinical structure infiltrative pulmonary TB predominated (68.4%), and both fibro-cavernous TB and disseminated TB constituted by 10.5%. Sputum smears positive MBT was confirmed in 100% bacterioscopically and in 89.5% culturally. These TB forms promote the worsening of the epidemiological profiles on TB and are dangerous for surrounding.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ БОСТАНДЫКСКОГО РАЙОНА г. АЛМАТЫ

Нуржанов Х. И.

Противотуберкулезный диспансер Медеуского района г. Алматы

Актуальность

Диспансер является организационно-методическим центром, целью которого является

снижение инфицированности, заболеваемости и смертности от туберкулеза населения. Основными задачами диспансера являются: профилактика

туберкулеза, раннее выявление и диспансерное наблюдение за больными туберкулезом [1, 2]. Согласно программе ВОЗ, одним из ключевых методов выявления туберкулеза является качественное применение микроскопического исследования мазков у лиц с жалобами, подозрительными на туберкулез [3].

В ГП №4 функционирует клиническая лаборатория, которая оснащена бинокулярными микро-

скопами, оборудована комната для сбора мокроты. Ежегодно проводится обучение лиц, ответственных за микроскопию мазков и сбора мокроты. Все положительные мазки и каждый десятый отрицательный мазок проходят контроль в бактериологической лаборатории противотуберкулезного диспансера г. Алматы. Расхождения анализов не отмечено.

Таблица 1 - Микроскопическое исследование мокроты в ЛПУ (абс.ч)

Годы	Кол-во обследованных лиц	Кол-во мазков	По ЛПУ	Положительные мазки по району
2009	52	156	4	31
2010	86	162	7	49

По данным таблицы видно, что количество обследованных больных возросло к 2010 г. почти в 1,5 раза. Количество мазков также к 2010г. было почти в 1,5 раза больше, что говорит о том, что настороженность по отношению к туберкулезу в ЛПУ возросла.

Несмотря на приоритетность бактериоскопи-

ческого метода, флюорографический метод исследования не потерял своего значения в выявлении туберкулез легких. В связи с продолжающейся напряженностью по туберкулезу в г.Алматы и по району охват флюорографическим методом декретированного контингента увеличивается. В представленной таблице приведены данные по участку.

Таблица 2 - Флюорографический метод исследования декретированного контингента за отчетный период

Годы	Осмотрено всего <<группы риска>>		В том числе детей их группы риска		Выполнение ФГ осмотра	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2009	126293	%97,9	18854	%100	107439	%96,2
2010	142626	% 100	20610	%103,2	122016	% 100,5

Осмотр в группах риска среди взрослого населения выполнен с 97,9% в 2009г. 100,0% в 2010г. Обследование детей в группах риска пробой Манту с 2ТЕ выполнен в абсолютном большинстве в исследуемых годах. Выявляемость флюорографическим

методом при профилактическом осмотре выросла по району с 96,2% в 2009г. до 100% в 2010г.

Эпидемиологическая обстановка по туберкулезу остается в целом напряженной. Заболеваемость туберкулезом по участку в сравнении с показателями по району и по городу представлена в таблице 3.

Таблица 3 – Показатели заболеваемости ТБ по Бостандыкскому району, ЛПУ и г. Алматы (2009-2010гг.)

Годы	По ЛПУ	Бостандыкский район	город
2009	40.6	33.4	30.7
2010	50.1	32.4	28.1

Из этих данных следует, что в целом отмечается повышение заболеваемости туберкулезом по участку с 40,6 на 100 тыс. населения в 2009г. до 50,12 в 2010г. Негативное влияние на эпидемиологическое состояние участка оказывает миграцион-

ный процесс. За отчетный период в обслуживаемый участок прибыли 8 больных активным туберкулезом. Показатели болезненности по участку представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Показатели болезненности и смертности (на 100 тыс. населения) по участку за 2009-2010г.

Годы:	Заболеваемость	Болезненность	Смертность
2009	40,6	48,2	2,7
2010	50,1	66,7	11,1

Одним из основных показателей является показатель смертности на участке. Отмечается по участку повышение показателя смертности с 2,7 в 2009г. до 11,1 в 2010г. Среди умерших более половины состояли по I Г и по I Б диспансерного наблюдения, страдали хронической формой туберкулеза с осложнениями, 84,5% страдали алкоголизмом в различной степени тяжести, 7,6% страдали сахар-

ным диабетом и т.д. В диспансере всем больным при обследовании проводится комплексное обследование, которое включает в себя рентгено-томографическое, лабораторное, бронхологическое исследование по показаниям. В ряде случаев для дифференциальной диагностики применяется метод компьютерной томографии.

Таблица 5 - Распределение впервые выявленных на участке больных по полу и возрасту

годы	18-39 лет		40-39 лет		50-59 лет		60 и старше		Всего
	муж	жен	муж	жен	муж	жен	муж	жен	
2009	5	6	-	4	-	1	-	-	16
2010	6	6	1	2	1	-	2	-	18
итого	11	12	1	6	1	1	2	-	34

Возраст больных варьировал от 18 лет до 60 лет и старше, из них женщин – 11 (47,6%), мужчин – 12 (52,3%). Удельный вес больных туберкулезом оказался самым высоким в возрастной группе 18-39 лет (69,0%).

Своевременность выявления больных туберкулезом легких представлена в ниже приведенной таблице 6.

Таблица 6 - Своевременность выявления больных туберкулезом за отчетный период (абс.ч.)

Наименование	Всего впервые выявленных больных		Из них с деструкцией		Из них с МБТ	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
участок	16	18	5	7	4	7
район	100	98	30	44	31	49

Данные таблицы показывают, что существенной разницы в показателях впервые выявленных больных с деструкцией и бактериовыделением по участку и в целом по району за данные годы нет. Так, если по участку в 2009 г. было взято на учет 16,

то в 2010г. - 18 человек. Из них с распадом выявлено в 2009 г. 4, в 2010 г. - 7 больных.

Исходы лечения выявленных больных за 2009-2010 г.г. Проанализированы по данным ТБ 08 и представлены в следующей таблице 7.

Таблица 7 - Исходы лечения выявленных на участке больных по данным ТБ-08 (2009-2010г.г.)

Годы	Новые случаи	вылечено	умерло	Неблагоприятный исход	Нарушение режима	Перевод в другие учреждения
2009	16	15 (94,4%)				1(5,5%)
2010	18	16 (83,3%)			1(8,3%)	1(8,3%)

Необходимо отметить, что больные, зарегистрированы как новые случаи в большинстве, а это в 2009г. - 94,4%, в 2010г. - 83,3% случаев по ТБ-08 вылечились, лишь в одном случае отмечено в 2010г. нарушение режима лечения, и в 4,7% больные переведены на другие участки в связи с изменением места жительства больных.

Таким образом, по участку отмечено повышение заболеваемости туберкулезом с 40,6 на 100 тыс. населения в 2009г. до 50,12 в 2010г. Негативное

влияние на эпидемиологическое состояние участка оказывает миграционный процесс, а показатель смертности вырос с 2,7 в 2009г. до 11,1 в 2010г. Среди умерших более половины состояли по I Г и по I Б группам диспансерного наблюдения. Умершие страдали хронической формой туберкулеза с осложнениями, 84,5% из них страдали алкоголизмом в различной степени тяжести, 7,6% - сахарным диабетом.

Литература

1. Перельман М.И., Корякин В.А. Фтизиатрия // Уч. Лит-ра ... -М., 2004.
2. Исмаилов Ш.Ш. и др. Руководство по контролю над туберкулезом в РК.- Алматы, 2010.- С.39-57.
3. Ракишева А.С. Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза у детей и подростков. Метод. рекомендации.- Алматы, 2004.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада 2009-2010 жылдардағы Алматы қаласы Бостандық ауданында туберкулез бойынша науқастанушылық пен қайтыс болудың негізгі эпидемиологиялық көрсеткіштері келтірілген. 2010 жылы қауіпті топтан тексерілген науқастардың өсу саны 2009 жылы 100 мың халыққа шаққанда 40,6 дан науқастанушылықтың өсуі 1,5 есеге жетсе, 2010 жылы 11,1 есеге дейін көтерілді. Эпидемиологиялық жағдайдың теріс ықпалын миграциялық үрдіс көрсетуде, мұндағы қайтыс болу көрсеткіші 2009 жылы 2,7 жетсе, 2010 жылы 11,1 дейін артқан. Қайтыс болғандардың жартысы диспансерлік бақылаудағы І Г мен І Б тобындағылар. Қайтыс болғандар көбінесе туберкулездің асқынған және созылмалы түрінен зардап шеккендер, олардың ішінде 84,5% маскүнемдік пен әртүрлі деңгейдегі аурудан науқастанғандар болса, 7,6% қант диабетіне шалдыққандар.

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся основные эпидемиологические показатели заболеваемости и смертности

по туберкулезу Бостандыкского района г.Алматы за 2009 и 2010 годы. Повышение числа обследованных лиц из групп риска в 2010 году в 1,5 раз привело к повышению заболеваемости с 40,6 на 100 тыс. населения в 2009г. до 50,12 в 2010г. Негативное влияние на эпидемиологическое состояние участка оказывает миграционный процесс, а показатель смертности с 2,7 в 2009г. до 11,1 в 2010г. Среди умерших более половины состояли по І Г и по І Б группам диспансерного наблюдения. Умершие страдали хронической формой туберкулеза с осложнениями, 84,5% из них страдали алкоголизмом в различной степени тяжести, 7,6% - сахарным диабетом.

SUMMARY

In this paper the main epidemiological indicators of TB incidence and TB mortality in Bostandykskij rayon of Almaty for 2009-2010 are given. Increase in number of examined persons from risk groups on TB in Almaty by 1.5 times led to growing TB incidence indicator from 40.6 per 100000 in 2009 to 50.12 in 2010. Migration process negatively influences on epidemiological situation in the rayon. TB mortality indicator grown from 2.7 in 2009 to 11.1 per 100000 in 2010. Among died more than a half were registered at TB dispensary by Groups 1 Г and 1 Б of dispensary surveillance. Persons died suffered from chronic TB forms with complications, 84.5% out of them suffered from alcoholism of different degree of heaviness, 7.6% had the diabetes mellitus.

АНАЛИЗ ТУБЕРКУЛИНОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ТУБЕРКУЛИНОДИАГНОСТИКИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ИЗ ГРУПП РИСКА И ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ПЕРВОЙ РЕВАКЦИНАЦИИ БЦЖ

Оразгалиева М.К.

КГКП "Противотуберкулезный диспансер Аягозского района УЗ ВКО Акимата"

Уровень инфицированности отражает эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. По статистике, не менее 10-15% инфицированных детей в течение жизни заболевают туберкулезом. По заключению экспертов ВОЗ, проблема туберкулеза будет существенно решена, если инфицированность де-

тей до 14 лет не будет превышать 1%, а риск инфицирования будет ниже 0,05%.

Раннее инфицирование в детском возрасте свидетельствует о неблагоприятии и существующих больших источников заражения. Доказано на практике, что риск заболевания туберкулезом у инфи-

цированных детей в 5-6 раз выше, чем у неинфицированных.

В настоящее время во всех областях Республики Казахстан проводится туберкулинодиагностика. Охват группы риска по туберкулезу в среднем составляет около 50,0 % детского населения. Однако в действительности оказалось, что детей из группы риска бывает больше, чем запланировано врачами-педиатрами и часть не обследованного континента является источником несвоевременно выявленных и запущенных форм туберкулеза. Некачественное формирование группы риска также приводит к запоздалой диагностике инфицированности и заболеваемости среди детей.

Цель исследования - изучение показателя инфицированности среди детей в Аягозском районе

в условиях существующей напряженной эпидемиологической обстановке по туберкулезу.

Материалы и методы исследования.

Материалом послужили статистические данные по туберкулинодиагностике среди детей Аягозского района за период с 2008 по 2010г.г.

Результаты исследования и обсуждение

Вследствие неблагоприятной эпидемиологической обстановки по туберкулезу среди детей в Аягозском районе, с учетом выявленных локальных форм туберкулеза, была проведена туберкулинодиагностика до 14 лет и проведена сравнительная оценка за период 2008 г. по 2010г.

Краткий обзор эпидемиологической ситуации

Таблица 1 - Сравнительные показатели заболеваемости туберкулезом среди детей за период 2008 г. по 2010г.

Наименование	2008 г.	2009 г.	2010 г.
РК	26,4	21,4	18,3
ВКО	27,3	26,0	30,3
Аягозский р/н	26,7	35,4	24,7

Таблица 2 – Сравнительные показатели заболеваемости туберкулезом среди детей за период 2008 г. по 2010г. По Аягозскому району

Годы	Детское население	Заболеваемость	
на 100 тыс населения	Абс.число больных детей		
2008	20022	26,7	2
2009	19724	35,4	7
2010	20237	24,7	5

Заболеваемость среди детей за 2010 г. снизилась, пик заболеваемости наблюдался в 2009 г. –35,4 против 21,4 (РК) и 26,0 (ВКО).

Таблица 3 - План и охват туберкулинодиагностикой детей по Аягозскому району в 2008-2010г.г.

Годы	Детское население	Группа риска		Перед RV БЦЖ		Всего	
		план	охват	план	охват	План	Охват
2008	20022	4172	4172 100%	1018	998	5190	5170
2009	19724	2860	2860 100%	1184	1052	4044	3912
2010	20237	3960	3965 100%	1164	1388	5124	5353
Всего	59983	10992	10997 100%	3366	3438 100%	14358	14435 100%

Согласно таблице 3, по району было охвачено туберкулинодиагностикой в среднем 100% детского населения.

В таблице 4 представлен анализ туберкулиновой чувствительности у детей из риска.

Для более детального изучения качественного состава инфицированных детей, анализирована туберкулиновая чувствительность у детей из группы риска.

Таблица 4 - Состав детей группы риска, обследованных на ТБ по району за 2008-2010 г.г.

Группа риска	Годы исследования							
	2008		2009		2010		Всего	%
	план	охват	план	охват	план	охват		
Дети из социально неблагополучных условий проживания	3767	3767	2504	2504	3556	3558	9827	9829 100%
Дети с длительным кашлем	218	218	194	194	237	237	649	649 100%
Дети с увеличенными периферическими лимфоузлами	184	184	157	157	164	167	505	508 100%
Дети перед гормональной терапией	2	2	3	3	-	-	5	5 100%
Дети с неразвившимся рубчиком БЦЖ	1	1	2	2	3	3	6	6 100%
Итого:	4172	4172	2860	2860	3960	3965	10992	10997 100%

Данные таблицы 4 показывают, что по району было обследовано 100%, детей из группы риска и все запланированные дети были охвачены. Также

были изучены результаты туберкулиновых проб среди детей из группы риска и учащихся 1 класса перед I ревакцинацией БЦЖ.

Таблица 5 - Сравнительная оценка туберкулиновой чувствительности при проведении туберкулинодиагностики за 2008-2010г.г.

Годы	Вираз	Гипер проба	Полож. реакция	Отриц.реак	Сомнитель. реак	Выявление активного ТБ - R Манту
Гр.риска						
2008	221	33	879	2547	492	-
2009	114	11	923	1356	456	1
2010	244	20	1093	2042	566	2
Итого	579	64	2895	10997/5945	10997/1514	3
	20%	2,2%	26,3%	54,0%	13,7%	0,02%
Учащиеся 1 класса перед I RV БЦЖ						
2008	127	17	388	459	27	-
2009	76	2	128	782	64	-
2010	251	3	335	570	229	-
Итого	454	22	851	1811	320	-
	53,30%	2,6%	24,7%	52,7%	9,3%	-

Как видно из таблицы 5, за 2008-2010 годы посредством 100%-ного охвата R Манту 10997 детей из группы риска выявлено 2895 детей с положительной реакцией Манту. Из общих положительных реакций вираз составил 579 (20%), гиперпроба - 64 (2,2%).

Перед RV БЦЖ за 2008-2010 охвачено R Манту 3438, из них с положительной R Манту выявлено в целом 851 (24,7%), из которых вираз за 3 года обнаружен у 454 детей (53,3%), гиперпроба – у 22 (2,6%).

Активный туберкулез выявлен среди детей из группы риска в 3-х случаях:

2 случая из социально неблагополучной семьи, 1 случай - у ребенка с виразом в прошлом.

Также отмечен высокий процент показателей сомнительных реакций на введение туберкулина ППД-Л, что говорит о возможно неправильной их интерпретации.

Выводы

Таким образом, в своевременной диагностике инфицирования детей туберкулезом огромную роль играет туберкулинодиагностика. В группе риска среди детей из социально неблагополучных семей по-

лучены высокие цифры первично инфицированных - вираж (20,0%), гиперпроба (2,2%), а также давнее инфицирование (26,3%). Отмечены высокие показатели сомнительных реакций на введение туберкулина ППД-Л, вероятно, это связано с возможно неправильной оценкой показателей пробы Манту. Группа детей, обследованных посредством туберкулинодиагностики перед ревакцинацией БЦЖ, была более благополучной, чем другие группы риска, однако в этой категории детей тоже высок процент первичной инфицированности (вираж 53,3%, гиперпроба 2,6%), а также сомнительных реакций Манту (9,3%), что требует большей настороженности и внимания со стороны педиатров общей лечебной сети (ОЛС). Из общего числа обследованных за 2008г.-2010г. заболели туберкулезом 14 детей; 3 ребенка выявлены по пробе Манту, остальные 11 случаев - по обращаемости, что требует настороженности со стороны педиатров ОЛС, более тесной связи между фтизиопедиатром и педиатрами. Необходимо качественное формирование группы риска в регионе с высоким риском заболевания туберкулезом и проведение правильного отбора детей в группу риска.

Литература

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан - Алматы, 2010г.
2. Бекембаева Г.С., Хауадамова Г.Т., Белова Е.С., Ахматханова С.Ф. Заболеваемость и анализ показателей туберкулиновых проб у детей в экологически неблагополучном регионе // Фтизиопульмонология. - 2008. - № 2 (14). - С.10-15.
2. Анализ эффективности туберкулинодиагностики по группам риска за период 2008-2010г.г. Статистические данные годовых отчетов. таб; 2, 1.
3. Хоменко А.Г., Авербах М.М., Александрова А.В. и др. Туберкулез органов дыхания/ Руководство для врачей. - М., - 1988. - С.100 -103.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада 2008-2010 жылдар аралығындағы Шығыс Қазақстан облысы Аякөз ауданында БЦЖ сынамасын қайталап егу алдында туберкулез бойынша қауіпті топтағы балаларға туберкулинодиагностикасын тексерудегі туберкулиннің сезімталдығының зерттеулері келтірілген. 10997 баланың ішінен 851 бала аурудың қауіпті тобындағылары, 3 жылдың ішінде Манту сынамаcының салдарынан (вираж 20,0%, гиперпроба 2,2%), сонымен қатар бұрынан инфекциялану (26,3%), күдікті реакцияның жоғарғы

пайызы (9,3%), демек сынамаcың сәтсіз болуы мүмкін. 2008-2010жж тексерілгендердің жалпы санынан 14 бала туберкулезбен науқастанған, 3 балада Манту сынамаcы бойынша ауру анықталды, қалған 11 өздері тексерілуге келгендер бұл туберкулез бойынша қауіпті топтағы балаларға, жалпы емдеу желісіндегі мамандар жағынан, фтизиопедиаторлар арасында қырағылықты қажет ететінін көрсетеді.

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные исследования туберкулиновой чувствительности при проведении туберкулинодиагностики у детей из группы риска по туберкулезу и перед проведением первой ревакцинации БЦЖ в Аягозском районе Восточно-Казахстанской области за период 2008-2010гг. Отмечен высокий риск заболевания для 851 ребенка из 10997 детей, выявленных за три года посредством реакции Манту (вираж 20,0%, гиперпроба 2,2%), а также с давним инфицированием (26,3%) и высокий процент сомнительных реакций (9,3%), обусловленный возможно некорректной оценкой пробы. Из общего числа обследованных за 2008г.-2010г. заболели туберкулезом 14 детей; 3 ребенка выявлены по пробе Манту, остальные 11 случаев - по обращаемости. Указывается на необходимость более тесной связи фтизиопедиатра с педиатрами и большей настороженности к детям из группы риска по ТБ со стороны специалистов из ОЛС.

SUMMARY

In this paper data of investigation of the tuberculin sensitivity among children from risk group on tuberculosis and those before the first BCG revaccination in Ayagoz' rayon of East Kazakhstan oblast are given for the period of 2008-2010. It is marked the high risk of TB disease development for 851 children out of 10997 children investigated by Mantou test (tuberculin conversion in 20.0% of examined children, hyperreaction in 2.2%), and, also, TB infection in the past (26.3%) and high percentage of false-positive reactions (9.3%) due to their possible incorrect interpretation. From total number of children examined over 2008-2010 14 children diseased from TB, 3 out of them were detected by Mantou test, 11 children remained were from those that addressed for medical care. Author underlines the need of more close interrelation between phthiopediatrician and pediatricians and requirement of greater vigilance of specialists from PHC regarding the children from risk group on TB.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

*Ракишева А.С., Исмаилов Ш.Ш., Хауадамова Г.Т., Аленова А.Х., Берикова Э.А.,
Исмаилова А.Т., Мясникова Г.А., Арбузова Е.В., Бесстрашнова Я.В.*

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, НЦПТ РК, г.Алматы

Туберкулез остается важной проблемой общественного здравоохранения во всем мире. В настоящее время проблема рецидивов туберкулеза органов дыхания не теряет актуальности, так как за последние 10 лет отмечается увеличение заболеваемости рецидивами в РК.

Целью проведенного исследования явилось изучение у больных с рецидивами туберкулеза медико-социальной характеристики, особенностей клинического течения, определение основных причин и факторов риска возникновения повторных случаев заболевания.

Для изучения медико-социальной характеристики было проанализировано 3435 медицинских карт ТБ 01 больных туберкулезом с рецидивами.

Результаты исследования показали, что среди больных с рецидивами туберкулеза мужчины (69,2%) преобладают над женщинами (30,8%), формируя соотношение 2,2:1.

По нашим данным, в возрастной структуре больных с рецидивами туберкулеза преобладают лица трудоспособного возраста: молодого, среднего и зрелого возраста: 15-17 – 0,7%, 18-24 – 8,9%, 25-34 – 23,3%, 35-44 – 23,0%, 45-54 – 22,6%, 55-64 – 11,9%, 65 и старше – 9,3%. Больше половины (55,4%) больных проживают в городах, остальные (44,6%) в сельской местности.

В социальной структуре контингента только каждый пятый (18%) работал. Большую часть остальных формируют домохозяйки и безработные (59,8%). Пенсионеры, инвалиды по основному заболеванию составили 11,0%, учащиеся – 4,3%. Освободились из мест заключения 6,7%. Это свидетельствует о том, что большинство больных не имели постоянных доходов или состояли на иждивении родственников.

Ведущее место в развитии рецидивов принадлежит лекарственной резистентности (69,8%). По лекарственной устойчивости рецидивы туберкулеза распределились следующим образом: МЛУ – 44,6%, полирезистентность – 16,5%, монорезистентность – 8,7%, чувствительность сохранена – 30,2%.

Таким образом, значительная часть (75,9%) контингента больных относилась к социально незащищенным слоям населения (безработные, домохозяйки, инвалиды, пенсионеры и учащиеся). Приведенная общая характеристика контингента больных свидетельствует о том, что это были пациенты преимущественно работоспособного возраста с распространенными, осложненными формами заболевания с наличием лекарственной резистентности МБТ и, в большинстве случаев, имевшие социально неудовлетворительный статус.

При изучении особенностей клинического течения туберкулеза у 244 больных с рецидивами заболевания установлено, что в структуре клинических форм туберкулеза органов дыхания преобладают больные с фиброзно-кавернозным – 60 (63,8%), инфильтративным – 29 (30,8%), диссеминированным туберкулезом – 2 (2,1%), казеозной пневмонией 3 (3,3%), при этом у больных с рецидивами туберкулеза легких при наличии монорезистентности преобладала инфильтративная форма (70,0%), у больных с мультирезистентностью, наоборот, преобладал фиброзно-кавернозный туберкулез легких (77,6%), что говорит о высокой эпидемиологической опасности больных с рецидивами вследствие массивности бактериовыделения и наличия лекарственной устойчивости. Среди больных с непрерывно рецидивирующим течением туберкулеза и тенденцией к усилению фибробластических процессов в легочной ткани риск формирования множественной лекарственной устойчивости был выше.

Симптомы интоксикации в виде общей слабости, потливости, повышения температуры тела и потери веса наблюдались у 58,2% больных, при этом у больных с мультирезистентностью данные симптомы встречались в 2,2 раза чаще, чем у больных с монорезистентностью. Кашель, одышка и боли в грудной клетке отмечались у 38 (41,3%) больных, при этом у больных с МЛУ они также встречались в 2 раза чаще, чем у больных с монорезистентностью.

Среди больных с рецидивами туберкулеза

легких и наличием лекарственной устойчивости встречались различные осложнения основного заболевания: легочное кровотечение (33,3%), легочно-сердечная недостаточность (33,3%), плеврит (13,9%), при этом наиболее частым осложнением среди больных с множественной лекарственной устойчивостью является легочно-сердечная недостаточность - 37,9%; экссудативный плеврит и легочные кровотечения, напротив, чаще встречались в группе с монорезистентностью. У 36,2% больных с рецидивами выявляется сопутствующая патология, наиболее распространенной сопутствующей патологией среди больных с лекарственной устойчивостью были заболевания желудочно-кишечного тракта (29,4%). Конверсия мазка мокроты быстрее достигалась в группе больных с моно- и полирезистентностью, к концу 5 месяца конверсия мазка мокроты достигнута у больных с монорезистентностью в 90,0%, с полирезистентностью – в 83,3%, с мультирезистентностью – в 75,7% случаев.

Изучение особенностей иммунитета у больных с рецидивами туберкулеза показало, что существует тесная взаимосвязь, с одной стороны, между состоянием иммунитета, глубиной угнетения Т-системы иммунитета, уровнем сенсibilизации к специфическим и тканевым антигенам, продукцией антител и, с другой - тяжестью туберкулезного процесса. Выявленные структурно-метаболические нарушения иммунного гомеостаза у больных туберкулезом с рецидивами подтверждают необходимость назначения этим лицам уже на начальных этапах лечения 4-5 противотуберкулезных препаратов в комплексе с иммунокорректирующей терапией.

В ходе проведенного исследования выявлено, что основными причинами развития рецидивов явились: повторный тесный контакт с больными, страдающими активным туберкулезом; наличие больших остаточных изменений в легких; перенесенное оперативное вмешательство на легких в поддерживающей фазе лечения и проведение химиотерапии в режиме DOTS-Plus без фторхинолона; периодические пропуски суточных доз препаратов резервного ряда (ПВР) в поддерживающей фазе лечения; тяжелые условия труда после завершения лечения; длительность общего курса лечения сроком 10 месяцев при первичном лечении и прием кортикостероидов по поводу сопутствующей патологии; короткий срок (3 месяца) ИФ лечения ПТП резервного ряда.

Факторами риска развития рецидивов являются: лекарственная устойчивость (69,8%), социальная

незащищенность (59,8%), алкоголизм (54,4%), контакт с больным туберкулезом (17,97%), нахождение в местах лишения свободы (10,6%), статус мигранта (10,6%), сопутствующий сахарный диабет (9,8%), послеродовой период (4,7%), наркомания (3,4%), работа в учреждениях уголовно-исполнительной системы (0,4%).

Факторами риска развития рецидивов у больных с МЛУ (пролеченных в режиме DOTS-Plus) были: короткая интенсивная фаза лечения (28%), повторный тесный контакт (24%), оперативное вмешательство в поддерживающей фазе лечения, пропуски приема ПВР в поддерживающей фазе, тяжелые условия труда, неудовлетворительные условия жизни пациентов после завершения лечения.

Таким образом, среди больных с рецидивами туберкулеза, преобладают лица мужского пола, трудоспособного возраста, значительная часть (75,9%) которых относится к социально незащищенным слоям населения (безработные, домохозяйки, инвалиды, пенсионеры и учащиеся), с социально неудовлетворительным статусом, преимущественно работоспособного возраста с распространенными, осложненными формами заболевания с наличием лекарственной резистентности МБТ. Выявленные особенности клинического течения заболевания, анализ причин и факторов риска возникновения рецидивов свидетельствуют о том, что необходимо усилить контроль за проведением поддерживающей фазы лечения в амбулаторных условиях, особенно у больных, имеющих вредные привычки и явления непереносимости ПВР. При этом для повышения приверженности больных к непрерывному лечению необходимо использовать различные методы материального поощрения. В тяжелых случаях не исключается применение принудительного лечения. Необходим индивидуальный комплексный подход для больных, страдающих сопутствующими заболеваниями и плохой переносимостью ПВР.

ТҰЖЫРЫМ

Қазіргі кездегі фтизиатрияда туберкулездің қайталануы өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Медико-әлеуметтік және клиника-эпидемиологиялық мінездеменің зерттеулерінде туберкулездің қайталануын, аурудың ағымы мен себептерін, қайталанудың пайда болу факторын, сонымен қатар туберкулездің көпдәріге төзімділігінің кемшіліктерін айқындау және олардың алдын-алу шараларын анықтау.

РЕЗЮМЕ

Проблема рецидивов туберкулеза остается одной из самых актуальных в современной фтизиатрии. Изучение медико-социальной и клинико-эпидемиологической характеристик рецидивов позволило выявить особенности течения, причины, факторы риска возникновения рецидивов, в том числе МЛУ ТБ и определить мероприятия для их профилактики.

SUMMARY

The problem of relapses of tuberculosis remains one of the most topical for phthisiology up-to-day. Studying of medical and social and clinical and epidemiological characteristics of relapses has allowed reveal the features of course, reasons, risk factors relapse development including MDR TB and to define the measures for their prevention.

ВЛИЯНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ НА СМЕРТНОСТЬ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Сулейменова Л. О.

ГУЗ «Областной противотуберкулезный диспансер, г.Талдыкорган»

В Казахстане борьба с туберкулезом остается приоритетным направлением, и ее особая актуальность обусловлена политической поддержкой Главы Государства и Правительства Республики Казахстан.

В своем Послании 2010 года Президент страны поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие, в том числе указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье – вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения».

В соответствии с вышеуказанным, а также на основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан, были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденной Указом Президента от 29 ноября 2010 № 1113.

Важными критериями, определяющими тяжесть эпидемиологической ситуации в стране, являются показатели заболеваемости, смертности от туберкулеза, а также распространенность множественной лекарственной устойчивости. Сравнительный анализ эпидемиологических показателей по туберкулезу по итогам 2008-2010гг. свидетельствует о снижении показателя заболеваемости и смертности от туберкулеза. За последние три года произо-

шло снижение заболеваемости туберкулезом: по республике с 125,5 до 95,5 (на 23,9%), по области со 100,5 до 81,5 (на 18,9%) на 100 тыс. населения. Снизилась смертность от туберкулеза: по республике с 16,9 до 10,3 (на 39,1%), по области с 7,1 до 4,4 (на 38,0%), на 100 тыс. населения.

Улучшение достигнуто благодаря поддержке государства, межведомственному и межотраслевому взаимодействию и консолидации органов власти.

Вместе с тем эпидемиологическая ситуация по данному заболеванию остается напряженной. В рейтинге Глобального индекса конкурентоспособности Казахстан занимает 94 место по заболеваемости туберкулезом (за 2007г. – 130 место) и 111 позицию по влиянию туберкулеза на бизнес. Один из приоритетов туберкулезной службы – борьба с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Казахстан - единственная страна в СНГ, где тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) выполняется во всех областях. Так, в 2010 году охват ТЛЧ впервые выявленных больных туберкулезом составляет 100%, а среди ранее леченных 98,9%. В целях ранней диагностики туберкулеза и МЛУ ТБ в областном противотуберкулезном диспансере с 2009 года внедрена новая технология с использованием современного лабораторного оборудования ВАСТЕС – MGIT – 960 с тест-системами. С 2011 года внедрен ускоренная диагностика МЛУ ТБ путем применения метода генотипирования – Hain-

тест. Новая технология – ускоренная диагностика МЛУ ТБ позволяет своевременное выявление. На основании разработанной стратегии контроля над МЛУ ТБ, нормативных актов ежегодно растет охват адекватным лечением больных МЛУ ТБ в режиме DOTS-Plus. Среди основных показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу, менее подвержен искажаемости и является наиболее достоверным показателем смертности, что делает его одним из наиболее информативных. В 2009 году при относительной стабилизации эпидемиологической ситуации по туберкулезу в области наблюдается снижение смертности от активного

туберкулеза. Эффективность мероприятий, направленных на снижение уровня смертности, в равной степени зависящих от социально-экономических, гигиенических, санитарных, экологических, медико-организационных факторов, может быть недостаточной без учета социально-эпидемиологических факторов.

Проведен ретроспективный анализ данных по смертности от туберкулеза за 2008-2010г.г. Источники данных – электронная база Национального регистра больных туберкулезом в Республике Казахстан и амбулаторные карты больных, умерших от туберкулеза.

Таблица - Анализ 281 случая смерти от туберкулеза в области за 2008-2010г.г.

Годы	Смертность от ТБ	Умерло больных от ТБ из в/в	Умерло больных от ТБ из повторных случаев	Умерло больных от ТБ из хроников
2008г.	117 (7,1 на 100 тыс. населения)	6 (5,1%)	30(25,5%)	81 (69,4%)
2009г.	83 (4,9 на 100 тыс. населения)	5 (5,6%)	16(19,2%)	62 (68,8%)
2010г.	81 (4,4 на 100 тыс. населения)	11 (13,6%)	23(28,4%)	47(58,0%)

Среди умерших постоянных жителей было 272 человека (96,8%), лиц БОМЖ - 9 (3,2%). Впервые выявленные больные составляли 22 случая – 7,8%, случаев повторного заболевания зарегистрировано 69 (24,5%), хроников – 190 (67,6%) случаев. При изучении возрастного-полового состава установлено, что смертность среди мужчин оказалась выше, чем среди женщин. Мужчин было 196 человек (69,7%). Женщины умирали в более молодом возрасте, чем мужчины. Их возраст приходился на фертильный период, 25-44 года (39 чел.-45,8%), мужчины - в возрасте 35-54 лет (123 чел.- 62,7%).

Существенное влияние на частоту летальных исходов оказывало социальное положение больных, самой многочисленной группой были умершие трудоспособного возраста - 54% (152), которые по различным причинам не работали, и пенсионеры по возрасту и выслуге лет - 5,3% (15). Работавших среди умерших больных от туберкулеза было всего 3,9% (11).

Наличие бытового пьянства, хронического алкоголизма различной степени тяжести, наркомании затрудняло проведение адекватной противотуберкулезной терапии. Распределение больных с данными неблагоприятными факторами не зависело от пола и принадлежности к социальным группам.

При изучении медицинских факторов было

установлено, что на течение туберкулеза, частоту летальных исходов оказывали влияние клинические формы туберкулеза и наличие множественной лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Среди умерших от туберкулеза в структуре клинических форм во всех социальных группах преобладал фиброзно-кавернозный туберкулез - 216 случаев (76,8%), инфильтративный туберкулез легких встречался в 20 случаях (7,1%), казеозная пневмония – в 12 случаях (4,3%), милиарный туберкулез – в 21 случае (7,5%).

Доказательством тяжелого течения заболевания и эпидемической опасности служит наличие бактериовыделения. Микобактерии туберкулеза были обнаружены у всех больных. Лекарственная устойчивость возбудителя была обнаружена в 122 случаях, что составило 43,4%. На эффективность лечения оказывала влияние также непереносимость больными противотуберкулезных препаратов, когда они получали неполноценное лечение.

Для ретроспективной оценки динамики процесса и прогноза заболевания изучались сроки диспансерного наблюдения больных, умерших от туберкулеза. В течение первого года диспансерного наблюдения летальные исходы отмечались у 10,8% (31) больных. Это можно объяснить тем, что умирали больные несвоевременно выявленные, с распро-

страненными процессами. Среди наблюдавшихся более 3-х лет летальность составила 136 случая, что составляет 48,4%. Можно предположить, что в этот период смерть наступает у больных с неэффективным основным курсом лечения и множественной лекарственной устойчивостью, когда больной «привыкает» к своему заболеванию, уклоняется от посещения противотуберкулезного диспансера и прекращает лечение. Данная закономерность развития летального исхода определялась во всех социальных группах.

При определении значимости каждого из факторов анализ показал, что на летальные исходы большое влияние оказывал ряд медико-социальных факторов. Анализ позволил определить медико-социальный портрет больного, умершего от туберкулеза: чаще это одинокий мужчина, трудоспособного возраста, инвалид по туберкулезу, злоупотребляющий алкоголем. Из медицинских факторов существенное значение имеет множественная лекарственная устойчивость, позднее выявление, негативное отношение больного к лечению и распространенность процесса.

Вывод

Таким образом, смертность от туберкулеза – один из наиболее информативных показателей при оценке эпидемиологической ситуации. В последние годы данный показатель снижается. Медико-социальными факторами, существенно влияющими на неблагоприятный исход заболевания, являются отсутствие работы, семьи, злоупотребление алкоголем. Чаще это имеет место у мужчин, в том числе отбывавших наказание в исправительных учреждениях.

Среди факторов, влияющих на смертность, отмечались распространенность процесса, негативное отношение больного к лечению, позднее выявление туберкулеза. Частыми причинами, приводящими к летальным исходам, являлись наличие фиброзно-кавернозного туберкулеза легких, бактериовыделе-

ния и множественной лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Многофакторный анализ позволил составить медико-социальный портрет больного, умершего от туберкулеза.

ТҰЖЫРЫМ

Туберкулез ауруымен ауырған науқастардың емделу қортындысына, өлім-жітім көрсеткіштеріне науқастың әлеуметтік және медициналық жағдайларының әсері өте зор. Сараптау барысында туберкулезден өлім-жітімдік көбінесе ер адамдар, соның ішінде әлеуметтік жағдайы төмен, ішімдікке құмар, еңбек ету жасындағы азаматтардың жиі кездесетіні анықталды. Әйелдер арасында көбінесе бала табу жасындағы, жас науқастар арасында туберкулезден өлім-жітім жиі кездеседі.

Туберкулезге және туберкулездің көптеген дәріге төзімді түрімен ауырған науқастардың дер кезінде анықтау, тікелей бақылаулы ем жүргізу және науқастардың әлеуметтік жағдайлары туберкулезден емделуге және өлім-жітім көрсеткіштерінің төмендеуіне көрсететін әсері мол.

SUMMARY

Thus, mortality from tuberculosis is one of the most informative indicators for assessing the epidemiological situation. For the recent years, this figure reduced. Medical and social factors that significantly influence on the unfavorable outcome of TB disease are the jobless, status of single, alcohol abusing. Most often it occurs with men ex-prisoners. Among the factors influencing on mortality from tuberculosis were observed expansion of TB process, the negative attitude of a patient to the treatment, delayed TB detection. Common causes which can lead to the lethal outcomes were the presence of fibro-cavernous pulmonary tuberculosis, sputum smear positivity for MBT, and multidrug resistance to anti-TB drugs. Multivariate analysis allowed us to make the medical and social portrait of a patient who died of tuberculosis.

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Табриз Н.С., Калметов Н.Т., Середенко Н.А., Яковлев С.П., Павлик Е.В.

Карагандинский государственный медицинский университет

Противотуберкулезный диспансер, г.Темиртау

Одной из глобальных проблем современной фтизиатрии является рост заболеваемости туберкулезом в период эпидемии ВИЧ-инфекции [1].

Туберкулез является самой серьезной ассоциированной инфекцией у ВИЧ-инфицированных и частой причиной их смерти. По мнению некоторых исследователей, присутствие микобактериальной инфекции может быть документально подтверждено у каждого третьего ВИЧ-инфицированного [2].

Риск туберкулеза у ВИЧ-инфицированных в 25-30 раз выше, чем у лиц, инфицированных лишь микробактериями туберкулеза. Кроме того, для больных с ВИЧ-инфекцией более высока степень риска рецидива излеченного туберкулеза [3]. Между увеличением заболеваемости туберкулезом и ВИЧ-инфекцией существует выраженная корреляционная зависимость, обусловленная тем, что оба заболевания распространяются среди лиц одинаковых социальных групп, а именно, среди асоциальных элементов [4].

Учитывая ежегодный рост числа ВИЧ-инфицированных лиц в г. Темиртау (в настоящее время зарегистрировано 1955 случаев) в 2001 г. было решено репрофилировать 10 коек стационара на больных с сочетанной инфекцией – ВИЧ и туберкулез - в противотуберкулезном диспансере г. Темиртау. В предыдущих исследованиях установлено генерализованное течение и низкая эффективность лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, пролеченных в противотуберкулезном диспансере г. Темиртау [5]. Между тем остается практически не изученной летальность при сочетанном развитии туберкулезного процесса и ВИЧ-инфекции.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение случаев летальных исходов среди ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом.

Рассмотрено 73 случая смерти ВИЧ-инфицированных пациентов, лечившихся в противотуберкулезном диспансере г. Темиртау по поводу туберкулеза различной локализации с 2008 г. по 2010г.

Среди ВИЧ-инфицированных, умерших от туберкулеза преобладали мужчины – 60 (82%), жен-

щин было 13 (18%). Возрастной состав умерших – это лица молодого и среднего возраста от 20 до 45 лет. Большинство больных являлись социально-дезадаптированными и не имели постоянной работы: 47 (64,4%) человек, 38 (52,1%) из них ранее находились в пенитенциарных учреждениях. У 31 (42,4%) больного имелись данные об употреблении наркотиков, причем 17 (54,8%) из них оставались активными наркопотребителями до момента смерти.

Обращает внимание, что у 21 (28,7%) больных туберкулез был выявлен в пенитенциарных учреждениях или в течение первого года после освобождения. Большинство умерших больных, употреблявших наркотики, имели другие гемоконтактные инфекции. У 33 (45,2%) определялись вирусные гепатиты. Более чем в половине случаев выявлено сочетание вирусного гепатита В и С. Выявление туберкулеза предшествовало обнаружению ВИЧ-инфекции у 24 (32,8%) больных. Развитие туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных было зарегистрировано у 32 (43,8%) пациентов. Туберкулез выявлен одновременно с ВИЧ-инфекцией у 17(23,3%) больных.

Все умершие больные были разделены на 2 группы: первую из них составили 26 (35,6%) пациентов с впервые выявленным туберкулезом, вторую – 47 (64,4%) - больные с длительным туберкулезным анамнезом. У больных 2 группы заболевание в 68,1% случаях носило черты непрерывно текущего процесса, у 31,9% больных рецидивы туберкулеза возникли после эффективно проведенного основного курса лечения. Необходимо отметить, что у всех больных с рецидивом туберкулеза клинико-рентгенологическая картина была атипичной, так как у них определялись увеличенные внутригрудные лимфатические узлы по туморозному типу, лимфогематогенное распространение микобактерий туберкулеза (МТ).

Большинство умерших больных были бактериовыделителями, так, в 1 группе у 18 (69,2%) и во 2 группе у 39 (82,9%) больных в мокроте обнаружены МБТ. У всех выше перечисленных больных бактериовыделение подтверждено бактериологическим методом. По результатам культурального исследова-

ния мокроты множественная лекарственная устойчивость выявлена у 6 (23%) больных 1 группы и у 27 (57,4%) больных 2 группы.

Летальный исход в группе больных с относительно ограниченным туберкулезом легких наступал в результате полиорганной недостаточности, при явлениях выраженной интоксикации. В 2/3 случаев при аутопсии выявлена типичная картина хронического диссеминированного туберкулеза легких, в 1/3 - фиброзно-кавернозного туберкулеза легких. Обращает внимание, что у 52 (71%) больных определяли гиперплазию внутригрудных лимфатических узлов, у 2/3 из них – специфические туберкулезные изменения.

Генерализованные формы туберкулеза установлены у 57 (78,1%) умерших, при этом полиорганное поражение у больных с длительным туберкулезным анамнезом было выявлено в 46 (87%) случаях.

В 43 (58,9%) случаях генерализация туберкулеза наступила при давности ВИЧ-инфекции более 2 лет. Полиорганный туберкулез чаще выявлялся среди больных, у которых туберкулез развивался на фоне существующей ВИЧ-инфекции. В структуре генерализованных форм туберкулеза преобладало поражение внутригрудных лимфатических узлов – 61,4%, в 21,1% случаев зарегистрировано поражение легких и почек, в 31,6% случаев - поражение мезентеральных лимфатических узлов и селезенки. Поражение мозговых оболочек, вещества головного мозга и печени было обнаружено в 22,8% случаях. Специфическое поражение кишечника было констатировано в 15,8% случаях. Периферические лимфатические узлы оказались изменены только у 8,8% умерших больных. Обращает внимание, что при генерализованных формах доминировало поражение лимфатической системы с лимфогематогенным поражением органов и систем.

У больных 1 группы средняя продолжительность жизни с момента выявления туберкулеза до наступления летального исхода составила 3-4 года. Во 2 группе продолжительность жизни составила 2-3 года.

Выводы

1. От сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции преимущественно умирают мужчины молодого и среднего возраста с неблагополучным социальным положением, употребляющие наркотики;

2. При сочетании с ВИЧ-инфекцией туберкулез протекает атипично с преобладанием генерализ-

ованных форм и поражением внутригрудных лимфатических узлов;

3. Продолжительность жизни больных после установления диагноза туберкулеза не превышает 2-4 лет.

Литература

1. Stewart S., Poss E. TB and HIV: Lessons from the Field // *Int. J. Tuberc. and Lung Disease.* - 2000. - Vol. 4, №2., Suppl.1. – P. 100.

2. Rabeneck L. The role of Microsporidia in the pathogenesis of HIV – related chronic diarrhea // *Ann. intern.Med.* - 1993. - Vol.119. - P. 895.

3. Christopher C. Whalen, John L., Johnson A trial of three regimens to prevent tuberculosis in Ugandan adults infected with HIV // *The New England Journal of Medicine.* - 1997. - Vol.337, №10. - P. 801-808.

4. Whalen Ch. Accelerated course of human immunodeficiency virus infection after tuberculosis // *Amer.J.Resp.a Crit Care Med.*-1995.-Vol.151.-P.129-135.

5. Байарстанова К.А., Кенжибаев С.Е., Калметов Н.Т. и др. // Сборник науч. трудов VI съезда фтизиатров Республики Казахстан с международным участием. – Алматы, 2010. – С. 300-301.

ТҰЖЫРЫМ

АИВ-инфекциаланып туберкулезбен ауырған науқастардың қайтыс болу жағдайлары зерттеліп, туберкулезбен АИВ-инфекциясы жанасуынан көбінесе жас және орта жастағы әлеуметтік жағдайы төмен, наша қолданатын ер кісілердің қайтыс болатыны, АИВ-инфекциясымен жанасқан туберкулез, кеуде қуысы лимфа бездерінің зақымдалуымен сипатталатын жайылған түрлердің басымдылығымен атипті жүретіні белгілі болды.

РЕЗЮМЕ

Изучены случаи летальных исходов ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом, установлено, что от сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции преимущественно умирают мужчины молодого и среднего возраста с неблагополучным социальным положением, употребляющие наркотики, при сочетании с ВИЧ-инфекцией туберкулез протекает атипично, с преобладанием генерализованных форм поражением внутригрудных лимфатических узлов.

SUMMARY

Cases of lethal outcomes in HIV-infected patients

with tuberculosis was studied, it was stated that HIV-infected persons die mainly due to the association of tuberculosis and AIDS, there were men of young and middle age with the unsuccessful social status, on drug

abusers. At association with HIV-infection tuberculosis proceeds atypically with prevalence of the generalized forms with injury of intrathoracic lymphatic nodes.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОГО И УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ СРЕДИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ В СЕВЕРО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2008-2010 г.г.

Харламова С.А.

ОПТД, г. Петропавловск

В современных условиях проблема лекарственно-устойчивого туберкулеза приобретает ведущее место в противотуберкулезной программе.

Наличие новых технологий по определению теста на лекарственную устойчивость и оборудование лаборатории современными диагностическими средствами (ВАСТЕС, HAIN-тест) позволяет ускорить тестирование на наличие устойчивых изолятов *M.tuberculosis* у вновь выявленных больных («новых случаев» и своевременно начать адекватную терапию.

Оснащение диспансера современной цифровой рентгенодиагностической аппаратурой позволило с большей достоверностью определять клинические формы и наличие деструктивного туберкулеза до начала и в ходе проводимого лечения больных туберкулезом.

Цель исследования, сопоставить частоту регистрации деструкций в легких среди «новых» случаев в зависимости от лекарственной чувстви-

тельности, а также сравнить результаты рентгенологической динамики у этих больных в зависимости от проводимой химиотерапии.

Материалы и методы. Анализ зарегистрированных «новых» случаев туберкулеза за 2008-2010 годы проводился по возрастной структуре, наличию деструкций в легких, клиническим формам в зависимости от лекарственной чувствительности и рентгенологической динамики закрытия полостей распада у этих больных.

Результаты и обсуждение. Анализ динамики выявления деструктивного туберкулеза легких среди лекарственно-чувствительного (ЛЧ ТБ) и устойчивого туберкулеза (ЛУ ТБ) за 2008-2010 г.г. (таблица 1) показал рост удельного веса лекарственно-устойчивых форм туберкулеза на 33% с 9,1 до 12,1%.

Деструктивные формы туберкулеза регистрируются в 2,4 раза чаще среди больных МЛУ ТБ и составляют за 3 года 60,5% в среднем с тенденцией к уменьшению.

Таблица 1 - Частота выявления ЛУ и лекарственно-чувствительного туберкулеза легких в ОПТД г. Петропавловска за 2008-2010 г.г.

	2008 г.		2009 г.		2010 г.		Итого за 3 года	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Всего зарегистрировано «новых случаев» ТБ легких	903	100,0	705	100,0	569	100,0	2177	100,0
Устойчивые формы	82	9,1	72	10,2	69	12,1	223	10,2
Чувствительные формы	821	90,9	633	89,8	500	87,9	1954	89,8
Деструктивные формы ТБ, все случаи	359	39,8	148	21,0	122	21,4	629	28,9
Устойчивые формы	57	69,5	44	61,1	34	49,3	135	60,5
Чувствительные формы	302	36,8	104	16,4	88	17,6	494	25,3

Удельный вес деструктивного туберкулеза по возрастным группам (таблица 2) чувствительных форм туберкулеза регистрируется в среднем у 25,3% пациентов, в том числе у детей в 21,9%, у подростков в 26,9%, у взрослых в 25,3% случаев.

Частота регистрации деструктивного туберку-

леза у больных с ЛУ ТБ в 2,4 раза больше во всех возрастных группах, но среди детей - в 3 раза, а среди подростков - в 3,7 раза больше. Это подтверждает необходимость обследования на лекарственную чувствительность детей и подростков с деструкцией методами ускоренной диагностики ТЛЧ.

Таблица 2 - Динамика удельного веса деструктивного лекарственно-устойчивого ТБ и лекарственно-чувствительного туберкулеза в разных возрастных группах в ОПТД г. Петропавловска за 2008-2010 г.г.

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	Итого за 3 года
Удельный вес деструкций чувствительного туберкулеза, во всех возрастных группах	39,8 27,3 33,3 37,0	16,4 15,4 5,0 24,2	17,6 25,0 40,0 16,5	25,3 21,9 26,9 25,3
среди детей				
среди подростков				
среди взрослых				
Удельный вес деструкций устойчивого туберкулеза, во всех возрастных группах	69,5 66,7 100,0 89,5	61,1 - 100,0 60,6	49,3 - - 100,0	60,5 66,7 100,0 59,5
среди детей				
среди подростков				
среди взрослых				

При анализе клинико-рентгенологических форм ЛЧ ТБ и ЛУ ТБ (таблица 3) выявлено, что в среднем 83,3% ЛУ ТБ выявляется у больных инфильтративным туберкулезом и превышает частоту инфильтративных форм лекарственно-чувствительного туберкулеза (74,9%).

Не следует игнорировать очаговые формы туберкулеза, среди ЛУ ТБ эти формы составили 8,1%.

Больные с казеозной пневмонией и кавернозным туберкулезом в 9 раз чаще имеют ЛУ ТБ, и тест на чувствительность должен быть проведен по ускоренной методике.

Таблица 3 - Динамика основных клинико-рентгенологических форм лекарственно-устойчивого ТБ и лекарственно-чувствительного туберкулеза в разных возрастных группах в ОПТД г. Петропавловска за 2008-2010 г.г.

Лекарственно-чувствительный туберкулез	2008 г.		2009 г.		2010 г.		Итого за 3 года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
все формы	821	100,0	633	100,0	500	100,0	1954	100,0
инфильтративный ТБ	644	78,4	459	72,5	360	72,0	1463	74,9
очаговый ТБ	138	16,8	139	22,0	83	16,6	360	18,4
казеозная пневмония	3	0,4	1	0,2	-	-	4	0,2
кавернозный ТБ	1	0,1	1	0,2	4	0,8	6	0,3
ЛУ ТБ								
все формы	82	100,0	72	100,0	69	100,0	223	100,0
инфильтративный ТБ	70	85,4	65	90,3	51	73,9	186	83,3
очаговый ТБ	5	6,1	3	4,2	10	14,5	18	8,1
казеозная пневмония	2	2,4	1	1,4	1	1,4	4	1,8
кавернозный ТБ	2	2,4	1	1,4	3	4,3	6	2,7

Наблюдение в динамике за рентгенологической картиной деструктивного туберкулеза у боль-

ных с разной чувствительностью к тубпрепаратам и разными схемами лечения (Табл. 4) показало, что за-

крытие полостей распада у больных с чувствительным туберкулезом наступает в 1,2 раза чаще, чем у больных ЛУ ТБ. У больных ЛУ ТБ, получающих адекватную терапию препаратами второго ряда (ПВР),

в 1,3-1,6 раза чаще закрываются полости распада, чем у больных ЛУ ТБ, продолжающих курс терапии препаратами первого ряда (ППР).

Таблица 4- Эффективность закрытия полостей распада в зависимости от чувствительности в ОПТД г.Петропавловска за 2008-2010 г.г.

	2008 г.	2009 г.	2010 г.
% закрытия полостей распада у больных с чувствительными формами	86,2	87,9	75,9
% закрытия полостей распада у больных ЛУ ТБ, всего из них получали лечение ПВР	69,2 76,7	76,8 85,7	62,8 67,0
получали лечение ППР	57,1	54,2	54,6

Выводы

- удельный вес деструктивных форм ЛУ ТБ в области ежегодно увеличивается и составил 10,2% за последние 3 года;

- деструктивные формы в 2,4 раза чаще регистрируются среди «новых» случаев;

- частота регистрации деструкций среди ЛУ ТБ у детей и подростков выше, чем у взрослого населения;

- деструктивные формы ЛУ ТБ выявляются чаще у больных с инфильтративным туберкулезом легких (83,3%);

- положительная рентгенологическая динамика у больных с деструкцией при чувствительных формах туберкулеза наступает в 1,2 раза чаще, чем ЛУ ТБ, а у больных ЛУ ТБ, пролеченных ПВР, в 1,5 раза чаще, чем у продолжающих лечение ППР.

Литература

1. Руководство по программному ведению ЛУ ТБ.- // Женева: ВОЗ, 2005 - с. 13, 23, 28;

2.Выходные отчетные статистические формы из компьютерной базы НРБТ за 2008-2010 г.г. (ф. 8-здрав, ТБ-07-IV категория, ф. 33-здрав).

ТҰЖЫРЫМ

«Алғашқы» дәріге сезімталдықтан сақтану және туберкулезді уақытында диагностикалау үшін БМСК

желісі деңгейінде туберкулезді ерте анықтауды белсендендіру қажет. Туберкулездің деструктивті түрін анықтаған кезде, ҚДТ ТБ науқастарға талапқа сай терапияны жүргізу үшін дәріге сезімталдыққа сынаманы (ВАСТЕС, HAIN-тест) тездету әдісімен анықтау басым болу керек.

РЕЗЮМЕ

Для своевременной диагностики туберкулеза и предупреждения «первичной» лекарственной чувствительности необходимо активизировать раннее выявление туберкулеза на уровне сети ПМСП. При выявлении деструктивного туберкулеза следует отдавать приоритет ускоренным методам определения теста на лекарственную чувствительность (ВАСТЕС, HAIN-тест) для проведения адекватной терапии у больных МЛУ ТБ.

SUMMARY

To timely diagnose TB and prevent the primary drug resistance it is necessary to conduct actively the early TB detection in the level of Primary Health Care Network.

When cases of the destructive tuberculosis are found out the rapid methods of the drug sensitivity testing should be preferred (ВАСТЕС, HAIN-test) to conduct the adequate therapy for patients with MDR TB.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВИЧ / ТБ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Шыныбаева К.Б.

Павлодарский областной противотуберкулёзный диспансер

ВИЧ-инфекция внесла серьезные коррективы в распространение туберкулёзной инфекции среди населения планеты. Особенно это касается регионов Африки, находящихся к югу от Сахары [1,2]. Эпидемия туберкулёза, охватившая Нью-Йорк в 1985 году, также объяснялась исследователями наложением ВИЧ инфекции. В настоящее время в странах СНГ также идет увеличение контингента больных, страдающих от двойной инфекции. Так, в России, по данным Аталиповой И.Н. с соавт. (2011), за последние 8 лет более чем в 5 раз увеличилась доля лиц с ВИЧ-инфекцией в структуре впервые выявленных больных [3]. На Украине также имеется серьезная проблема по лечению и наблюдению больных в противотуберкулёзных диспансерах [4]. У нас в Казахстане эту проблему впервые осветила профессор Хауадамова Г.Т. [5,6]. В 2000 году были выпущены методические указания, в которых был освещен вопрос больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией, основанный на обобщении опыта работы по Карагандинской области.

Цель исследования: проанализировать факторы риска развития ВИЧ-инфекции среди больных туберкулезом.

Материалы и методы исследования

Нами проанализированы лица, страдающие двойной инфекцией ВИЧ и туберкулез, с 1996 по 2010 годы, состоящие на учете в противотуберкулёзных учреждениях в Павлодарской области. Всего этих больных было 1603 человека. Из них мужчины составили 1118 человек (69,7%), женщины 485 (30,3%). Представлены были все возрастные группы: дети, подростки и взрослые. Учитывая, что в начале наблюдения в 1990 годах были единичные случаи коинфекции, анализ частоты встречаемости различных критериев проводился нами по итоговым данным и исчислялся на 1603 больных: по полу, возрасту, путям передачи инфекции.

Обсуждение полученных результатов

В таблице 1 представлено распределение больных ТБ/ВИЧ по полу.

Таблица 1 – Распределение больных ТБ/ВИЧ по полу

Пол	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Итого
муж	1	3	4	3	72	369	127	70	42	45	71	47	90	83	91	1118
%	100	100	80	75	91,1	84	73,3	71,8	50	51,1	61,7	52,8	61,2	58,5	63,2	69,7
жен			1	1	7	68	45	26	40	43	44	42	56	59	53	485
%			20	25	8,9	16	26,7	28,2	50	48,9	38,3	47,2	38,8	41,5	36,8	30,3
Всего	1	3	5	4	79	437	172	96	82	88	115	89	146	142	144	1603

По данным таблицы 1 видно, что основную часть больных туберкулезом и ВИЧ составляли мужчины – 1118 человек (69,7%), в то время как женщин с двойной инфекцией наблюдалось 485 (30,3%) человек. При этом также установлено, что если больных с двойной инфекцией в 1996-1999 гг. было единичное количество, то в 2002 году отмечается увеличение частоты случаев ВИЧ/ТБ с 4 в 1999 г. до 79 человек в 2002, т.е. почти в 20 раз. В 2001 году таких больных наблюдалось уже 437, что свидетельствует о наличии вспышки ВИЧ-инфекции

среди населения Павлодарской области. Причем из этих 437 больных мужчины составили 84%, женщины – 16%. Это потребовало применения энергичных мер по разработке программы по профилактике ВИЧ-инфекции и туберкулеза среди населения Павлодарской области. Вследствие внедрения этих программ количество больных с двойной инфекцией снизилось к 2002 году более чем в 2 раза - до 172 случаев. В дальнейшем шло снижение этой инфекции: в 2003 году – до 96 случаев, в 2004 – до 82, 2005 – до 85 случаев. В 2008 году отмечается вновь

небольшой рост случаев заболевания ВИЧ/ТБ – до 146, и этот показатель практически не изменился и к 2010 году составил 144 случая.

В таблице 2 представлены различные возрастные группы больных ТБ/ВИЧ.

Таблица 2 – Распределение больных ТБ/ВИЧ по возрасту

Возраст	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Итого	%
0-14 лет					1		1	1	1	1			2			7	0,4
15-19 лет		1	1	1	22	79	16	11	9	5	6	6	6	5	3	171	10,6
20-29 лет		2	3	2	49	266	108	57	47	56	65	44	64	61	57	881	55,0
30-39 лет	1		1		6	73	38	22	22	23	34	30	55	59	53	417	26,0
40-49 лет					1	19	8	4	3	3	9	7	16	13	24	107	6,7
50-59 лет							1	1			1	2	3	4	7	19	1,2
Неуст.				1		0										1	0,1
Всего	1	3	5	4	79	437	172	96	82	88	115	89	146	142	144	1603	100

В таблице 2 представляет интерес распределение больных по возрасту. Единичными являлись случаи заболевания детей в 2000, 2002-2005, 2008 г.г. Эта возрастная категория составила в целом 0,4%. Среди подростков с 1997 по 1999 г.г. были зарегистрированы единичные случаи заболевания. В 2000 году отмечено 22 случая, в 2001г. – уже 79 с последующим снижением в 2002г. до 16 случаев. В целом эта возрастная категория среди заболевших составила 10,6%. Наиболее подверженной заболеванию ВИЧ/ТБ оказалась возрастная группа от 20 до 29 лет, которая составила 55%. В этой возрастной группе резкий рост ВИЧ/ТБ наблюдался в 2000 г. и составил 49 случаев. В 2001г. число заболевших

увеличилось более чем в 5 раз и составило 266 случаев, в 2002г. – отмечалось снижение до 108, а с 2003 года - до 57 случаев и в дальнейшем число случаев заболевания остается стабильным. Таким образом, эта возрастная категория является наиболее уязвимой в отношении заболевания ВИЧ/ТБ. По мере увеличения возраста количество больных ВИЧ/ТБ уменьшается. Так, возрастная категория 30-39 лет составляет 26%, а возрастная категория 40-49 лет – 6,7%. В возрасте 50-59 лет регистрируются единичные случаи заболевания.

Также нами отдельно проанализированы пути и факторы передачи ВИЧ-инфекции (таблица №3).

Таблица 3 – Пути и факторы передачи ВИЧ-инфекции

Пути передачи	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Итого	%
Гетеро-сексуальный			2 40%	1	2 2,5	6 1,4	25 14,5	23	37	44 55	43	55	79	65	68	450	28,1
в/в введение наркотиков	1	3	3 60%	2	76 96,2	426 97,2	134 77,3	66	40	39	65	30	64	75	73	1097	68,4
в/утробный					1 1,3				1	1			1			4	0,2
Гомо-сексуальный									1		3	2				6	0,4
Неустановл.				1		5 1,4	13 8,1	7	3	4	4	2	1	2	3	45	2,8
в/больничный													1			1	0,1
Всего	1	3	5	4	79	437	172	96	82	88	115	89	146	142	144	1603	100

По данным таблицы 3 установлено, что потребители инъекционных наркотиков составили основную часть заболевших ВИЧ/ТБ. Т.е. из 1603 больных – 1097(68,4%) относились к этой категории больных. На втором месте находятся лица с гетеросексуальными контактами – 450 человек (28,1%). В то же время лиц с гомосексуальной ориентацией не считывалось лишь 6 человек (0,4%).

Выводы

1. Из всех заболевших ВИЧ/ТБ в области более половины составили мужчины (69,7%), которые находились в возрасте 20-29 лет(55,0%).

2. Основными факторами риска передачи ВИЧ-инфекции являлись потребление инъекционных наркотиков (68,4%), гетеросексуальные половые контакты – 28,1%, гомосексуальные контакты – 0,4%.

Литература

1. Ascioğlu S., Rex J.H., de Rauw B. et al. // Clin. Infect. Dis. 2002; 34: 7-14.
2. Corbett E.L. et al. // Archives Internal Medicine.- 2003.- Vol. 163 – P.1009-1021.
3. Аталипова И.Н., Азаматова М.М., Гольянова К.И. и др. //Туб. и болезни легких.-2011.- №4.- С.43.
4. Белогорцева О.И., Симоненкова Н.В, Волык М.А. и др. //Туб. и болезни легких.-2011.- №4.- С.53.
5. Хауадамова Г.Т., Бекембаева Г.С., Бекзатов М.Н. и др. // Материалы 5 съезда фтизиатров и пульмонологов Узбекистана.– Ташкент, 2000 – С. 27-28.
6. Хауадамова Г.Т., Аруинова Б.К., Бидайбаев Н.Ш. и др. // Пробл. туб. – 2001.- №5 – С. 34-36.

7. Ракишев Г.Б., Хауадамова Г.Т., Бекембаева Г.С. и др. Лечение и наблюдение больных двойной инфекцией (Туберкулез/ВИЧ): Метод. рекомендации. -Алматы, 2002. -20 с.

ТҶҲҲҲҲҲ

Павлодар облысындағы туберкулез және АИВ ауруын талдауда, науқастардың көп бөлігі яғни (69,7%) ер адамдар құрайтыны белгіленген. ТБ және АИВ ауруы әйелдер мен ерлер арасында 20-29 жас аралығында кеңінен таралған. АИВ-жұқпасының негізгі қаупін тудыратындар нашақормен зардап шегетіндер - 68,4%, гетеросексуалды қатынастағы - 28,1%, гомосексуалды қатынастағылар - 0,4% болып табылады.

РЕЗЮМЕ

При анализе заболеваемости ВИЧ/ТБ в Павлодарской области установлено, что большую часть больных составили мужчины (69,7%). ВИЧ/ТБ наиболее распространен среди лиц обоего пола в возрасте 20-29 лет (55,0%). Основными факторами риска передачи ВИЧ-инфекции являлись потребление инъекционных наркотиков - 68,4%, гетеросексуальные контакты – 28,1%, гомосексуальные контакты – 0,4%.

SUMMARY

When analyzed HIV/TB incidence in Pavlodarskaja oblast it was stated that the majority of patients constituted the men (69.7%). HIV/TB is the most prevalent among people of both genders in the age of 20 to 29 years old (55.5%) The main risk factors of HIV-infection transmission were the injection drugs abuse (68.4%), heterosexual contacts (28.1%), homosexual contacts (0.4%).

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В СОЧЕТАНИИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С РАЗЛИЧНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Абилдаев Т.Ш., Човдурбаев Н.Ж., Туткышбаев С.О., Альходжаев С.С.

Национальный центр проблем туберкулеза, г. Алматы

В последние годы в Республике Казахстан отмечается повсеместный рост внелегочного туберкулеза (ВЛТ) в общей структуре заболеваемости туберкулезом. На сегодняшний день удельный вес ВЛТ в Казахстане составляет 6,6% на 100 тыс. населения, при этом туберкулезный лимфаденит занимает второе место.

Наряду с ростом числа больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) среди больных легочным туберкулезом, проблема МЛУ ТБ также остается острой среди больных ВЛТ, поэтому особое внимание уделяется бактериологическому исследованию патологического материала с определением теста на лекарственную чувствительность. Лекарственная устойчивость развивается в результате одной или нескольких спонтанных мутаций в независимых генах микобактерии туберкулеза (МБТ), которые, как правило, происходят под воздействием неадекватной терапии и монотерапии.

Клиническая картина лекарственно-устойчивого туберкулеза у больного появляется тогда, когда популяция лекарственно-устойчивых МБТ значительно превосходит популяцию бацилл, чувствительных к противотуберкулезным препаратам. Селекция лекарственно-устойчивых мутантов происходит при неадекватной терапии и монотерапии. При лечении туберкулезного очага одним эффективным препаратом происходит уничтожение МБТ, чувствительных к данному препарату. В то же самое время отдельные резистентные МБТ продолжают делиться и накапливаться. Через несколько недель подобного лечения резистентные МБТ вызывают появление клинической картины лекарственно-устойчивого туберкулеза.

При смене препарата происходит селекция бацилл, устойчивых как к препаратам первого, так и ко второго ряда.

Имеются различные мнения о патогенезе и его взаимосвязи с легочным туберкулезом. Туберкулез

периферических лимфатических узлов (ТПЛУ) является заболеванием общего характера, связанным с легочным туберкулезом, в связи с чем туберкулез определяется как заболевание всей лимфатической системы.

При этом мнения патологоанатомов (А.И. Абрикосов и А.И. Струков, 1961) сходятся в том, что распространение МБТ происходит из очагов первичного комплекса в периферические лимфатические узлы при лимфогенной и лимфожелудистой генерализации процесса. После инфицирования организма МБТ некоторое время циркулируют в крови, а впоследствии отмечается преимущественная их локализация в лимфатической системе, так называемая лимфатическая стадия. Развитие специфического процесса в лимфатических узлах связывают с лимфотропностью микобактерий туберкулеза, с барьерфиксирующей функцией лимфатических узлов, а также с бедностью их ферментами, играющими роль в обеспечении резистентности тканей (липазы фосфатазы).

Таким образом, в результате инфицирования происходит оседание возбудителя в лимфатическом аппарате с последующим его размножением и рассеиванием в организме с образованием локальных форм туберкулеза. Степень выраженности изменений, возникающих в лимфатической системе при туберкулезе, зависит как от общей реактивности организма, так и от массивности и вирулентности возбудителя.

Цель работы - проанализировать клиническое течение изолированного ТПЛУ и ТПЛУ в сочетании с туберкулезом легких с различной лекарственной устойчивостью.

Задача исследования - изучение клинического течения изолированного ТПЛУ и ТПЛУ в сочетании с туберкулезом легких с различной лекарственной устойчивостью.

Материалы и методы исследования

Для выполнения задач, поставленных в этом

исследовании, нами обследовано 129 больных, находившихся на лечении по поводу ТПЛУ в отделении хирургического лечения внелегочного туберкулеза НЦПТ РК. Все больные после изучения сравнительных характеристик были разделены на две группы: основная - 88 больных с ТПЛУ и контрольная - 41 больной с ТПЛУ в сочетании с туберкулезом легких. Критерием разделения данных групп был туберкулез периферических лимфоузлов в сочетании с туберкулезом легких разной степени активности.

При поступлении всем больным делали прямую и боковую рентгенограммы, а также томограммы в прямой проекции, при необходимости - боковые томограммы. В некоторых случаях рентгеномографическое исследование органов грудной клетки проводилось с захватом мягких тканей для выявления кальцинатов, петрификатов в периферических

лимфатических узлах. При наличии туберкулеза легких контрольная рентгенография проводилась в динамике лечения.

Обсуждение и результаты

Для выявления особенностей клинической картины туберкулеза периферических лимфатических узлов были проанализированы данные анамнеза, клинико-лабораторные проявления болезни в сравниваемых группах.

У всех больных учитывался характер начала заболевания, у 63 (71,6%) больных основной группы начало заболевания было бессимптомным, у 8 (9,1%) подострым, и у 17 (19,3%) - острым. В контрольной группе начало заболевания в большинстве случаев было острым - 23 (56,1%), несколько меньше подострым - 11 (26,8%), и бессимптомным - всего у 7 (17,1%) больных (таблица 1).

Таблица 1 - Характеристика начала заболевания в сравниваемых группах

Группы	Всего больных	Начало заболевания					
		острое		подострое		бессимптомное	
		абс.ч.	%	абс.ч.	%	абс.ч.	%
основная группа	88	17	19,3	8	9,1	63	71,6
контрольная группа	41	23	56,1	11	26,8	7	17,1

Признаки измененных лимфоузлов оценивали по шкале размеров лимфатических узлов: I - просяное зерно; II - чечевичное зерно; III - средняя го-

рошина; IV - фасоль; V - лесной орех; VI - голубиное яйцо; VII - больше голубинового яйца (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение больных в сравниваемых группах по размерам патологически измененных лимфоузлов

Размеры лимфатических узлов	основная группа		контрольная группа	
	абс	%	абс	%
IV	14	15,9	14	13,2
V	25	28,4	25	29,5
VI	21	23,9	21	24,0
VII	28	31,8	28	33,3
Всего	88	100,0	88	100,0

По данным таблицы 2, диаметр патологически измененных узлов у больных в большинстве случаев достигал VII размера: в основной группе в 31,8%, в контрольной группе - 33,3% случаев. Увеличение лимфоузлов до V и VI размера отмечено почти одинаково в обеих исследуемых группах, в основной группе - 28,4%, в контрольной группе - 29,5% случаев, до 23,9% и 24,0% случаев соответственно. В обеих исследуемых группах было также почти одинаковым увеличение лимфоузлов до IV размера: в основной группе таких больных было всего лишь 15,9%, в контрольной группе - 13,2% случаев.

У больных обеих групп в большинстве случаев лимфаденит был односторонним: в основной группе 79 (89,7%), в контрольной группе 35 (85,3%) случаев. При этом, в обеих же группах преобладало правостороннее поражение лимфатического узла: в основной группе - 60,2%, в контрольной группе - 70,7% случаев. Двустороннее поражение отмечено лишь у небольшой части больных: в основной группе в 9 (10,2%), в контрольной группе в 6 (14,6%) случаях.

Анализ распространенности лимфоузлов показал, что среди больных основной группы поражалась

в большинстве случаев одна группа - в 63 (71,6%), поражение нескольких групп составило всего лишь 1/3 больных, т.е. - 25 (28,4%) случаев. В контрольной группе поражение одной группы отмечено почти у половины больных - 19 (46,3%), и поражение не-

скольких групп отмечено в 22 (53,6%) случаях.

Согласно клинико-рентгенологической картине, исследуемые лица контрольной группы были разделены по нозологическим формам туберкулеза легких (таблица 3).

Таблица 3 - Распределение больных ТПЛУ с туберкулезом легких (контрольная группа)

Клинические формы легких	контрольная группа		Всего
	активный	затихающий	
Очаговый	4 (9,7%)	5 (12,2%)	9 (21,9%)
ИТЛ	14 (34,2%)	11 (26,8%)	25 (61,0%)
ФКТ	4 (9,7%)	3 (7,3%)	7 (17,0%)
Итого	22 (53,7%)	19 (46,3%)	41 (100,0%)

Из данной таблицы следует, что в большинстве случаев ТПЛУ сочетался с инфильтративным туберкулезом в 25 (61,0%), с очаговым туберкулезом легких - в 9 (21,9%), с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких - в 7 (17,0%) случаях. При этом в 22 (53,7%) процесс в легких был активный, а в 19 (46,3%)

случаях отмечалось затихание процесса. Данные больные завершили полный курс химиотерапии и находились на учете по неактивной группе. Проведен анализ больных контрольной группы по фазам специфического процесса в легких и по бактериовыделению (таблица 4).

Таблица 4 - Распределение больных контрольной группы по фазам процесса в легких и бактериовыделению

Клинические формы	Фазы процесса			Выделение МБТ	
	инфильтрация	распад, обсеменение	рассасывание, уплотнение	микроскопия	посев
Очаговый	4 (9,7%)		5 (12,1%)		2 (4,8%)
ИТЛ	9 (21,9%)	5 (12,1%)	11 (26,8%)	3 (7,3%)	5 (12,1%)
ФКТ	4 (9,7%)		3 (7,3%)	1 (2,4%)	3 (7,3%)
Итого	17 (41,4%)	5 (12,1%)	19 (46,3%)	4 (9,7%)	10 (24,3%)

Из данной таблицы можно отметить, что почти у половины больных (46,3%) ТПЛУ выявлен при затихающей стадии специфического процесса в легких, т.е. в фазе рассасывания и уплотнения. У 41,4% больных процесс был в фазе инфильтрации, и в 12,1% отмечен распад легочной ткани и обсеменение. Данные больные выделяли микобактерии туберкулеза: в 9,7% обнаружены методом бактериоскопии и в 24,3% случаев культуральным методом.

Лекарственная устойчивость к препаратам первого ряда была установлена у 4 (9,7%) пациентов с деструктивным туберкулезом легких.

Клиническая картина заболевания зависела и от распространенности туберкулезного процесса. При сочетанном поражении туберкулезом периферических лимфоузлов и туберкулезом легких клиническая картина была своеобразной. Помимо общих симптомов интоксикации наблюдались грудные симптомы: боль в грудной клетке, одышка, кашель в основном сухой, разнокалиберные хрипы у больных контрольной

группы с патологическими изменениями в легких в 14 (34,1%). При этом кашель и одышка отмечалась у больных инфильтративным туберкулезом легких в 8 (19,5%) и фиброзно-кавернозным - в 6 (14,6%) случаях. При перкуссии укорочение легочного звука установлено при инфильтративном и фиброзно-кавернозном туберкулезе легких - в 17,4% случаев.

При аускультации легких в проекции патологического процесса на фоне ослабленного и жесткого дыхания выслушивались разнокалиберные хрипы в зонах измененного перкуторного звука у соответствующего числа больных контрольной группы. Выраженность клинической симптоматики больных контрольной группы зависела и от рентгенологической картины в легких. Инфильтративные изменения в легких с участками деструкции были в контрольной группе у 5 (12,1%).

Нами проводилось бактериоскопическое и культуральное исследование патологического материала из лимфатических узлов (таблица 5).

Таблица 5 - Исследования патологического материала на МБТ из лимфоузлов в сравниваемых группах

Методы обнаружения МБТ	основная группа		контрольная группа	
	абс.ч.	%	абс.ч.	%
Только микроскопией	14	15,9	14	19,5
Только посевом	8	9,1	8	12,2
Микроскопия + посев	11	12,5	11	17,1
Итого выделявших МБТ	33	37,5	33	48,7
Всего больных	88	100,0	88	100,0

Данные таблицы 5 свидетельствуют о том, что МБТ выделены из лимфатических узлов в основной группе больных в 33 (37,5%), в контрольной группе - в 20 (48,7%) случаях. При этом в основной группе МБТ у 14 (15,9%) больных обнаружены методом бактериоскопии, у 8 (9,1%) - культуральным методом и в 11 (12,5%) случаях - обоими методами одновременно. В контрольной группе в 8 (19,5%) они обнаружены методом микроскопии, и в 5 (12,2%) случаях - культуральным методом, а у 7 (17,1%) пациентов - обоими методами.

Лекарственная устойчивость к препаратам 1 ряда была установлена у основной группы больных в 4 (4,5%), в контрольной группе в 6 (14,6%) случаях.

ТҰЖЫРЫМ

Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі (ШЛТТ) асқынуды себебі өкпедегі туберкулез үрдісінің болуы. Бақылау тобындағы науқастардың 53,7% өкпе туберкулезінің белсенді сатысы, аурудың жедел басталуымен (56,1%), бірнеше лимфа түйіндерінің (53,6%) зақымдалуымен қосарланып жүреді. Негізінен қақырықта 34% және 37,5% лимфа түйіндерінде өмірге икемді туберкулез микобактерияларының 1 қатардағы препараттарға дәріге тұрақтылығы негізгі

топтарда 4,5 % және бақылау топтарында 14,6% жағдай анықталады.

РЕЗЮМЕ

Наличие туберкулезного процесса в легком является отягчающим фактором при ТПЛУ. У 53,7% больных контрольной группы отмечается его сочетание с туберкулезом легких в активной стадии, которое протекает с поражением нескольких групп лимфоузлов (53,6%), с острым началом заболевания (56,1%). При этом в 34,0% в мокроте и 37,5% в лимфатических узлах обнаруживаются жизнеспособные микобактерии туберкулеза с лекарственной устойчивостью к препаратам 1 ряда - в 4,5% случаев в основной группе и 14,6% случаев в контрольной группе.

SUMMARY

The presence of TB process in lung is the complicating factor at TB of peripheral lymphatic nodes. In 53.7% of patients of the control Group association of pulmonary TB in the active stage which is accompanied by injury of some groups of lymphatic nodes (53.6%), with heavy disease beginning (56.1%) was marked. At this in 34.0% in sputa and in 37.5% in the lymphatic nodes viable mycobacteria with drug resistance to the drugs of the first line in 4.5% in the main Group and in 14.6% of cases in the control one were isolated.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

*Аленова А.Х., Бисмилда В.Л., Чингисова Л.Т., Касаева Л.Т.
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г Алматы
Национальный Центр Биотехнологии Республики Казахстан, г.Астана*

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) представляет собой серьезную проблему для здравоохранения в связи с

эпидемиологической опасностью и сложностью его лечения.

Рифампицин и изониазид являются основными

ми противотуберкулезными препаратами для лечения туберкулеза, которые обладают бактерицидными свойствами. Поэтому выявление лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) к этим препаратам является чрезвычайно важным для определения дальнейшей тактики лечения. Своевременность выявления мультирезистентности МБТ позволит вовремя изолировать таких больных, назначить правильное лечение и осуществлять качественный эпидемиологический контроль за мультирезистентным туберкулезом среди населения. Своевременная и адекватная химиотерапия больных туберкулезом способствует благоприятному течению и исходу заболевания, снижению резервуара инфекции в обществе, снижению риска инфицирования взрослых и детей.

В настоящее время известно, что резистентность к изониазиду определяется мутациями в 4 основных генах: *katG*, *inhA*, *ahpC/oxuR*, *kasA* и еще некоторых других, менее изученных: *fur A*, *ndh* [Riska P. et al., 2000; Zhang Y. et al., 2005].

Более 90% случаев резистентности к рифампицину у больных туберкулезом обусловлено мутациями в коротком фрагменте (81 пара нуклеотидов) гена *groB*, [ВОЗ, 2008].

Было доказано, что обнаружение устойчивости к рифампицину чаще всего является доказательством наличия устойчивости микобактерий туберкулеза к изониазиду, то есть наличия множественной лекарственной устойчивости (МЛУ), поэтому в подобных ситуациях возможно использование молекулярно-генетического метода: INNO-Lipa Rif. TB INNOGENETICS [ВОЗ, 2008].

Первоначально молекулярные линейные анализы были разработаны для обнаружения устойчивости к медикаментам в изолированных средах, ряд последних исследований, включая Демонстрационный Проект FIND/SAMRC/NHLS в Южной Африке, показал отличные характеристики выявления МЛУ ТБ, когда молекулярные линейные анализы выполнялись на образцах мокроты с положительным мазком. Было получено большое количество качественных и хорошо интерпретируемых результатов, с уровнем чувствительности более 97% случаев и специфичности более 98%. Данные результаты подтверждают большую значимость молекулярных линейных анализов, в частности, GenoType MTBDRPlus для быстрой проверки пациентов с подозрением на МЛУ ТБ и гарантируют высокую чувствительность, специфичность и быстроту получения результатов.

По данным российских ученых, на северо-западе России у 65,4% больных туберкулезом выявлены штаммы семейства Beijing. Мутации в гене *groB* на северо-западе и по Российской Федерации были определены в 68,6% и 35,5% случаев, а мутации в гене *katG* – около 100% [Букатина А.А., 2006].

При проведении исследования по генотипированию микобактерий туберкулеза в 9 областях Республики Казахстан были исследованы 142 штамма, около 70% устойчивых штаммов принадлежали к генотипу Beijing; 37,5% чувствительных штаммов принадлежали к генотипу Beijing. Было определено, что пекинский генотип является основной причиной мультирезистентного туберкулеза (МЛУ ТБ) в Республике Казахстан [Hillemann, D., Kubica et al. 2005].

При проведении генотипирования МБТ в Институте молекулярной генетики РК частота встречаемости мутаций к рифампицину была определена в 33,3% случаев, а к изониазиду – в 66,1% случаев.

Нами в течение 2010-2011 гг. апробирован новый молекулярно-генетический тест GenoType MTBDRPlus, который состоит из трех этапов: выделения ДНК, амплификации и гибридизации. Выделение ДНК МБТ осуществлялось из самой культуры, выросшей на плотной среде Левенштейна-Йенсена; из культуры, выросшей на «ВАСТЕС» и непосредственно из мокроты.

Набор для выделения ДНК GenoLyse позволяет быстро и легко вручную выделить бактериальную ДНК из образцов, взятых от пациентов для дальнейшего применения в диагностических тестах от Hain Lifescience: GenoType MTBDRPlus.

Целью нашего исследования явилось выявление мутаций, ответственных за резистентность к изониазиду и рифампицину при помощи полимеразной цепной реакции у больных впервые выявленным туберкулезом легких. Тест Хайн, MTBDR Plus, Hain LifeScience, GmbH основан на мультиплексной ПЦР в комбинации с обратной гибридизацией с мембранными полосками, покрытыми специфичными к цели олигонуклеотидами.

Материалы и методы:

ДНК МБТ выделяли из бактериоскопически положительной мокроты с помощью набора GenoLyse по инструкции, модифицированной нами. Модификация метода состояла в том, что на этапе инкубации в водяной бане мы удлинили время и добавили этап инкубации в ультразвуковой бане. Модификация данного метода позволила осуществлять постановку Хайн-теста не только непосредственно с мокротой, но

и повысить чувствительность и специфичность теста.

Нами был исследован следующий диагностический материал: мокрота - 82 образца; культура МБТ - 169 образцов от больных, поступивших на обследование в НЦПТ РК. У больного забирался образец мокроты, который одновременно был использован для молекулярно-генетического исследования (MTBDRPlus) и для посева на жидкие (Middlebrook 7H9) и плотные (Левенштейна-Йенсена) среды.

Все обследованные больные были с впервые выявленным туберкулезом легких. Из больных туберкулезом легких, у которых была исследована мокрота, мужчин было 45 (54,9%), женщин – 37 (45,1%). В 100% случаев у всех больных был установлен инфильтративный туберкулез легких. Все больные были бактериовыделителями (от + до +++).

Из пациентов, у которых исследовалась культура, мужчин было 84 (49,7%), женщин – 85 (50,3%). По клиническим формам туберкулеза больные были распределены следующим образом: инфильтративный туберкулез легких – 169 (99,4%), туберкулема – 1 (0,6%). И, безусловно, все больные были бактериовыделителями (от + до +++).

Посев и определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза на плотную Левенштейна-Йенсена и на жидкую среду Middlebrook 7H9 осуществлялся по стандартной методике.

Результаты

В ходе проведенного нами исследования было выявлено, что лекарственная устойчивость МБТ, выявленная ВАСТЕС, определялась в 89,3% (151) случаев; выявленная молекулярно-генетическим методом – в 83,4% (141) случаев, но в первом случае результаты мультирезистентности микобактерий туберкулеза устанавливались от 20 до 35 дней, а во втором - в течение 2 суток.

Установлено, что МЛУ ТБ, определенный *in vitro* модифицированным методом MTBDRPlus, был диагностирован почти в 90,0% случаев, что было подтверждено классическим культуральным методом в большинстве случаев.

У штаммов, устойчивых к изониазиду, наиболее часто встречались мутации в кодоне гена *katG* S315 (ACC)T1 и *katG* S315 (ACC)T2 (ACA) и рифампицину кодоне гена *groB* MUT1 D516V и *groB* MUT3 S531L.

Кроме того, на основе накопленного опыта в процессе работы разработан ряд рекомендаций при постановке метода MTBDRPlus для выявления МЛУ ТБ.

Хранение и предосторожности: все компоненты

набора необходимо содержать при 2-80С, а образцы пациентов должны всегда помечаться и содержаться в соответствующих условиях безопасности. Персонал обязан носить соответствующую защитную одежду и перчатки. Мокрота, бронхиальный секрет должны обрабатываться NALC/NaON, в соответствии со статьей CDC "Public Health Mycobacteriology: A Guide for the Level III Laboratory". Обработку образцов, включая этап горячей активации, проводить в БШБ II класса. Образцы должны быть центрифугированы в центрифуге с аэрозольнепроницаемым ротором, открывать аэрозольнепроницаемый ротор можно только в БШБ. Все реагенты и материалы, используемые для выделения ДНК и амплификации, должны быть свободны от продуктов ДНК.

Ограничения: набор GenoLyse предназначен для работы *in vitro*, где амплификация следует за выделением ДНК или другой ферментативной ее модификацией.

Полученные результаты, должны быть интерпретированы в соответствии с другими клиническими и микробиологическими методами. Метод доверяется квалифицированному персоналу, обученному молекулярно-биологическим методам. Набор не должен быть использован для выделения ДНК из образцов из кишечника и крови, со средами, содержащими ингибиторы ПЦР.

Возможные диагностические проблемы: малое количество ДНК и, как следствие, неверный результат, в этой ситуации необходимо удлинить инкубационное время, возможной причиной может быть недостаточное количество клеток из стартового материала. В последнем случае необходимо обеспечить качественный стартовый материал и соответствующее хранение стартового материала (деградированная ДНК).

Возможные проблемы при амплификации: если раствор ДНК содержит ингибиторы, нужно обеспечить качественный стартовый материал. Если раствор ДНК контаминирован белками, необходимо осуществить этап второго центрифугирования нейтрализованного клеточного лизата и перелить супернатант в другую пробирку.

Выводы

Нами изучена и доказана возможность экспресс-диагностики мутаций в ДНК микобактерий туберкулеза в 89,3% случаев при работе непосредственно с мокротой больных с МБТ +. Результаты теста совпадали с аналогичными при работе с культурой МБТ в абсолютном большинстве случаев и позволили через

2 дня с момента взятия мокроты назначать больным МЛУ ТБ адекватный курс лечения.

Кроме того, на основе накопленного опыта в процессе работы, разработан ряд рекомендаций при постановке метода MTBDRPlus для выявления МЛУ ТБ.

Таким образом, высокая чувствительность, быстрое получение результатов устойчивости к изониазиду и рифампицину, а также возможность работы непосредственно с мокротой больного позволяют рекомендовать HAIN тест MTBDRPlus в качестве основного скринингового метода для выявления МЛУ ТБ.

Литература

1. Молекулярные методы (гибридизация с ДНК-зондами) для ускоренного скрининга пациентов с повышенным риском развития мультирезистентного туберкулеза. Официальные рекомендации ВОЗ-Женева, 2008 - С.54.

2. Букатина А.А. Использование молекулярно-биологических методов для анализа мутаций в трех генах GYRA, GYRB И RRS для диагностики широкой лекарственной устойчивости МБТ: Метод. рекомендации.// М., 2006 - С.27.

3. Riska P. et al., 2000; Zhang Y. et al., Microb. Drug Resist., 2005., 11, 107-114

4. Hillemann, D., Kubica, T., et al. (2005): Rifampicin and isoniazid resistance mutations in Mycobacterium tuberculosis strains isolated from patients in Kazakhstan. Int. J. Tuberc. Lung Dis., 9, 1161–1167.

ТҰЖЫРЫМ

МБТ+ науқастардың қақырығын тікелей зерттеу кезінде туберкулездің микобактериясының ДНК-да 89,3% пайыз ағзада жаңа қасиеттің пайда болуының

жедел анықталған мүмкіндіктері дәлелденді. Туберкулездің микобактериясының дақылын зерттеу кезінде тест нәтижелерімен үйлесімділігі басым болды және қақырық алынғаннан 2 күннен кейін науқастарға көпдеріге төзімді түрімен жүйелі түрде емдеу курсы тағайындалды. Сондай-ақ жұмыс барысындағы жинақталған тәжірибиенің негізінде, туберкулездің көпдеріге төзімділігін анықтау үшін MTBDRPlus әдісін қолданудың ұсыныстары жете зерттелді.

РЕЗЮМЕ

Доказана возможность экспресс-диагностики мутаций в ДНК микобактерий туберкулеза в 89,3% случаев при работе непосредственно с мокротой. взятой у больных с МБТ +. Результаты теста совпадали с аналогичными при работе с культурой МБТ в абсолютном большинстве случаев и позволили через 2 дня с момента взятия мокроты назначать больным с МЛУ ТБ адекватный курс лечения. Кроме того, на основе накопленного опыта в процессе работы, разработан ряд рекомендаций при постановке метода MTBDRPlus для выявления МЛУ ТБ.

SUMMARY

Possibility of express diagnostics of mutation in the DNA of M. tuberculosis strains directly isolated from sputum of patients with positive smear was proved in 89.3% of cases. Results of test coincided with analogous ones if they worked with cultures of MBT in the absolute number of cases and allowed to administrate the adequate treatment course 2 days later after sputum samples taking. Beside this, on the base of experience obtained during this work recommendations were elaborated for implementation of MTBDPlus method to detect MDR TB.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ В ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ M. TUBERCULOSIS

Аленова А.Х., Бисмилда В.Л., Чингисова Л.Т., Кожамкулов У.А., Ахметова А.Ж., Момыналиев К.Т., Раманкулов Е.М.

*Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, г Алматы
Национальный Центр Биотехнологии Республики Казахстан, г.Астана*

В современной эпидемиологии туберкулеза важным компонентом является изучение вопроса и

закономерностей развития эпидемии туберкулеза, изучение причин и факторов, способствующих рас-

пространению штаммов *M.tuberculosis*, обладающих определенными свойствами. Для этого проводится идентификация и специфическая характеристика штаммов по определенным признакам, что позволит решать такие вопросы, как его происхождение, выявление источника инфекции, вероятные пути и факторы передачи, а также выявлять случаи возникновения и распространения устойчивости к химиотерапевтическим препаратам [1].

Ранее для характеристики клинических штаммов *M.tuberculosis* и установления степени сходства или различия между ними преимущественно использовались традиционные микробиологические методы, основанные на изучении тех или иных фенотипических проявлений [2,3]. Недостаточная разрешающая способность этих методов, относительная нестабильность описываемых признаков не позволяли эффективно решать задачи эпидемиологии туберкулеза, в то же время молекулярно-генетические подходы типирования *M.tuberculosis* позволяют восполнить эти пробелы [1].

Для молекулярно-генетического типирования микобактерий разработано около десятка различных технологий, однако наибольшее распространение получили три: анализ полиморфизма длины рестрикционных фрагментов IS6110, сполиготипирование и анализ числа tandemных повторов в различных локусах генома, VNTR) [1].

За последние десятилетия было зарегистрировано немалое количество вспышек туберкулеза в больницах, пенитенциарных учреждениях, школах, и т.д. По данным некоторых исследований, распространение *M. tuberculosis* во время вспышек ограничено, в то время как другие работы показывают высокую степень трансмиссии инфекции [4-8]. Sarah E.Valway et al., 1998 [9] в своем исследовании показали обширное распространение *M. tuberculosis* от индекс-пациента (изучаемый пациент), исходного пациента (источник заражения индекс-пациента) жителям округов США с низкой заболеваемостью туберкулезом.

В мае 1995 года обследование ребенка дошкольного возраста с положительной туберкулиновой пробой выявило его дядю - как источника (индекс-пациента), заразившего ребенка. Дядя этого ребенка жил в сельской местности в соседнем округе.

Индекс-пациент. Возраст индекс-пациента составляет 21 год, жил в сельской местности и работал в соседнем штате на швейной фабрике с осени 1994 года. Через месяц после того, как он устроился на работу, был на приеме у врача с жалобами на боль

в груди и кашель. Ему был поставлен диагноз пневмонии, выписаны необходимые лекарства, после которых ему стало лучше. Только в апреле 1995г., когда выяснилось, что у его племянника положительный туберкулиновый тест и вся семья прошла обследование, ему был поставлен диагноз кавернозного туберкулеза (микроскопия и бакпосев положительные).

Для того, чтобы определить связь больных туберкулезом, зарегистрированных с 1994 по 1996гг., с индекс-пациентом, авторами были составлены списки всех контактных лиц (социальные, рабочие, родственные контакты) индекс-пациента, проверены отчеты микобактериологических лабораторий, для того, чтобы выявить больных с положительным бакпосевом *M.tuberculosis*.

Выделенные клинические изоляты *M. tuberculosis* от лиц, вовлеченных в процесс, были отправлены в Центр по контролю и профилактике заболеваний (CDC) для генотипирования по IS6110 RFLP. Вторичным методом для типирования изолятов, вовлеченных в вспышку, являлось PGRS-типирование.

С мая 1995 по ноябрь 1995 было выявлено 5 случаев туберкулеза среди членов семьи и коллег индекс-пациента.

Авторы выявили 338 контактных лиц с индекс-пациентом, включающих членов семьи, близких друзей и случайных знакомых. Большинство случайных контактов зафиксировано на заправке, причем не в закрытом помещении, а на открытом воздухе. Результаты туберкулиновой пробы были получены для 328 контактных лиц (97%), из которых 224 (68%) показали положительные результаты.

Весь комплекс проведенных исследований показали, что пациент, которому поставили диагноз туберкулеза в 1994 году, является исходным пациентом, т.е. является источником заражения индекс-пациента. Индекс-пациент не был идентифицирован как контактное лицо с этим пациентом в 1994г. Только в 1995 году, стало известно, что индекс-пациент имел контакт с исходным пациентом, до того, как ему поставили диагноз туберкулеза.

В общем, с 1994 по 1996 г.г. был выявлен 21 случай, связанный со вспышкой (индекс-пациент, исходный пациент), из них у 15 бакпосев показал положительные результаты. В итоге, 38 изолятов *M. tuberculosis* были отправлены для генотипирования в лабораторию CDC: 13 из 15 подтвержденных бакпосевом положительных случаев, относящихся к вспышке, и 25 изолятов *M. tuberculosis*, выделенных от больных из разных округов, т.е. изолятов, не связанных

со вспышкой. Все 13 изолятов, имевшие отношение к вспышке, были чувствительны к противотуберкулезным препаратам, и по результатам IS6110 RFLP-типирования имели одинаковые IS6110 паттерны (по 4 бэнда) т.е. были идентичны с исходным изолятом *M. tuberculosis* индекс-пациента. По вторичному методу генотипирования (PGRS-типирование) было протипировано 8 из 13 изолятов, все 8 изолятов также показали идентичные паттерны.

По мнению некоторых исследователей, активный туберкулез рецидивирует у 2-7% пациентов с лекарственно-чувствительными штаммами после короткого курса химиотерапии противотуберкулезными препаратами [11]. С помощью генотипирования штаммов можно определить у больного рецидив или заражение новым штаммом *Mycobacterium tuberculosis* (реинфекция).

Robert M. Jasmer и соавт. [11] оценили случаи повторного туберкулеза в двух клинических исследованиях: рандомизированное исследование двух режимов лечения в США и Канаде. В первую группу вошли лица с лекарственно-чувствительным туберкулезом легких, во вторую группу вошли лица, больные туберкулезом в сочетании с ВИЧ.

В качестве метода генотипирования авторы использовали “золотой стандарт типирования” – IS6110 RFLP типирование. Изоляты, которые имели пять или меньше бэндов, были протипированы методом PGRS.

По результатам генотипирования 72 изолята имели одинаковые генотипы в парных образцах, то есть они все были определены как повторные случаи или рецидив туберкулеза, а в 3 случаях в парных образцах были получены разные генотипы, то есть пациенты были заражены новым штаммом *M. tuberculosis* (реинфекция). Первоначальные генотипы, полученные при генотипировании отличались от последующих образцов, как минимум, на два IS6110 бэнда, данные случаи классифицированы как реинфекция.

Частота рецидива и реинфекции была выше среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ - инфекцией.

Полученные авторами результаты показали, что 69% случаев рецидива произошли в течение 6 месяцев после завершения лечения и 89,7% произошли в течение 12 месяцев после завершения лечения среди ВИЧ-отрицательных пациентов. А среди больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в течение 6 месяцев после завершения лечения было выявлено 78,6% рецидивов.

Заболеваемость туберкулезом в Соединенных Штатах Америки и Канаде низкая и составляет около 6 случаев на 100 000 населения в год [12,13,14]. По литературным данным, в разных странах реинфекция новым штаммом зависит от уровня заболеваемости туберкулезом. В странах, где заболеваемость туберкулезом низкая или средняя (<50 случаев на 100 000 населения в год), выявлено, что 10%, 16% и 33% повторных случаев заболевания туберкулезом относятся к реинфекции в Швейцарии, Италии и Испании соответственно [15,16,17]. В странах с высокими показателями заболеваемости туберкулезом (>200 случаев на 100 000 населения в год), например, показатели реинфекции варьируют от 23% в Уганде до 60% в г. Кейптауне, Южная Африка [18,19].

Таким образом, авторами проведены исследования в двух группах в период с 1995 по 2004г.г. в США и Канаде, при этом почти все случаи (96%) отнесены к случаям рецидива туберкулеза первоначальным штаммом *M. tuberculosis*, т.е. случаи реактивации первоначального туберкулезного процесса. Также показано преимущество в использовании метода генотипирования для выявления случаев ложноположительных результатов при лабораторной кросс-контаминации. В данном исследовании без использования метода генотипирования определено, что около 6% положительных бакпосевов после завершения лечения были ошибочно классифицированы как рецидив заболевания в результате лабораторной кросс-контаминации. Частота обнаружения лабораторной кросс-контаминации в данных исследованиях имеют примерно такие же значения, как и в предыдущих исследованиях и составляют 0,9-3,5% [20-25].

Авторы приходят к выводу, что повторный туберкулез в Соединенных Штатах и Канаде редко возникает вследствие реинфекции туберкулезного процесса, в этих странах в большинстве случаев отмечены рецидивы старой инфекции, где пациенты заражаются одним и тем же штаммом.

Другой пример использования методики генотипирования *M. tuberculosis* на основе MIRU-VNTR анализа описан Guomiao Shen и соавт. 2006 [26], где определены случаи эндогенной реактивации туберкулеза и случаи экзогенной реинфекции новым штаммом *M. tuberculosis*, и данный метод генотипирования является дополнительным инструментом оценки роли реинфекции среди рецидивов туберкулеза. Исследование проводилось в г. Шанхае, одном из регионов Китая с высоким показателем успешного излечения от туберкулеза. Все бакпосев-положительные изо-

ляты *M.tuberculosis* направлялись из туберкулезного госпиталя в референс-лабораторию муниципального центра СиДиСи (CDC) г.Шанхай.

В период с 1999 по 2004г.г. собрано 6442 клинических изолята от лиц с культурально подтвержденным туберкулезом. Среди них 5688 больных получили полный курс химиотерапии, 202 больных имели рецидив туберкулеза и соответствовали следующим критериям: все случаи были подтверждены бактериологическим посевом патологического материала и получили полный стандартный курс химиотерапии при первом эпизоде туберкулеза. Из этого количества для исследования было отобрано 52 пациента с рецидивом туберкулеза.

MIRU-VNTR-типирование основано на ПЦР-амплификации с использованием специфических праймеров для перекрывающихся регионов VNTR-последовательностей и на определении размеров ампликонов после гель-электрофореза. Преимуществом метода являются простота и доступность, в сравнении с IS6110-RFLP-генотипированием, описанным ранее в эпидемиологических исследованиях туберкулеза [27].

Всего генотипировано 104 изолята *M.tuberculosis* от 52 больных с рецидивом туберкулеза, т.е. каждый случай туберкулеза содержал два клинических изолята *M.tuberculosis*, один - при первом случае туберкулеза и клинический изолят - при повторном случае туберкулеза. Анализ данных генотипирования показал, что 20 пациентов имели одинаковый профиль генотипирования и 32 пациента-разные профили генотипирования. Из 32 изолятов - 13 имели различия по одному MIRU-VNTR-локусу между двумя эпизодами туберкулеза (первичный и повторный случай), 10 – по двум MIRU-VNTR-локусам и 9 – по 3 и более MIRU-VNTR-локусам. Эти результаты указывают на то, что 32 (61,5%) из 52 случаев рецидива туберкулеза являются результатом реинфекции новым штаммом *M.tuberculosis*. Было обнаружено, что процент больных туберкулезом с экзогенной реинфекцией уменьшается с возрастом со 100% в возрастной категории менее 30 лет, до 66,7% в категории 30-60 лет и 53,3% в категории старше 60 лет. Также отмечено, что частота экзогенной реинфекции увеличивается с увеличением временного промежутка между окончанием лечения первого эпизода (случая) заболевания туберкулезом и датой постановки повторного случая туберкулеза. Экзогенная реинфекция обнаружена в 46,7% рецидивов туберкулеза, выявленных в течение первых 6 месяцев после окончания лечения первого

случая туберкулеза и в 73,9% рецидивов туберкулеза, выявленных спустя 1 год и более после лечения первого случая туберкулеза.

В различных исследованиях разными авторами описывались разные причины происхождения экзогенной реинфекции, объясняя это использованием в исследованиях разных сроков между первым и вторым эпизодом заболевания туберкулезом, разной выборкой для исследования, наличием ВИЧ у больных туберкулезом, малой выборкой образцов [28]. В некоторых исследованиях [29, 30] авторы отмечают, что наличие ВИЧ-инфекции является фактором риска развития экзогенной реинфекции. К сожалению, в этой работе нет данных о ВИЧ-статусе каждого пациента и нельзя полностью исключить фактор воздействия ВИЧ-инфекции. Однако, учитывая, что уровень заболеваемости ВИЧ в Шанхае низкий (0,6 случаев на 100000 населения), можно заключить, что ВИЧ-инфекция не является значительным фактором риска развития реинфекции. Предыдущие и данное исследование демонстрируют, что больные туберкулезом после получения полного курса терапии могут заразиться новым штаммом *M.tuberculosis* (реинфекция), и это указывает на то, что иммунитет, выработанный после первого случая заболевания туберкулезом, не защищает при последующем заражении *M.tuberculosis*. Также настораживает, что число случаев реинфекции увеличивается, так, исследования в Южной Африке [31] показали, что показатель реинфекции туберкулеза после успешного лечения первичного туберкулеза выше, чем показатель новых выявленных случаев туберкулеза.

В результате проведенных исследований за изучаемый период обнаружено, что 61,5% случаев повторного туберкулеза (рецидив заболевания) в г. Шанхай относятся к экзогенной реинфекции туберкулеза. Высокая частота реинфекции среди повторных случаев туберкулеза показывает высокий уровень передачи заболевания и является важной причиной развития туберкулеза.

Заключение

В эпидемиологических исследованиях туберкулеза методы генотипирования *M.tuberculosis* занимают важное место и с каждым годом все чаще применяются в клинике для контроля путей передачи заболевания, дифференциации рецидивов от реактивации заболевания; для отслеживания вспышек заболевания, а также определения лабораторных ошибок, проведения эпидемиологического мониторинга чувствительных и устойчивых штаммов, изучение

динамики и закономерностей распространения туберкулеза, как в популяции в целом, так и среди определенных групп населения.

Самой важной ролью методов генотипирования является использование этих методов для отслеживания вспышек заболеваний. Молекулярно-эпидемиологические исследования также значимы для оценки развития лекарственной устойчивости и распространения лекарственно-устойчивых штаммов среди больных.

Литература

1. Афанасьев М.В. Молекулярное типирование клинических штаммов *Mycobacterium tuberculosis*: Дис. канд. мед. наук. - М. 2008 - 150с.
2. Hoffner S.E., Svenson S.A., Norberg R., Dias F., Ghebremichael S. and Kallenius G. Biochemical heterogeneity of *Mycobacterium tuberculosis* complex isolates in Guinea-Bissau // *J. Clin. Microbiol.* -1993. -Vol. 31. -P.2215-2217.
3. Jones W.D. Phage typing of *M. tuberculosis* cultures from incidents of suspected laboratory cross-contamination // *Tubercle.* -1988. -Vol. 69.- P. 43-46.
4. Griffith D.E., Hardeman J.L., Zhang Y., Wallace R.J., Mazurek G.H. Tuberculosis outbreak among healthcare workers in a community hospital. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* - 1995.- 152:808-11.
5. Kline S.E., Hedemark L.L., Davies S.F. Outbreak of tuberculosis among regular patrons of a neighborhood bar. // *N. Engl. J. Med.*- 1995.-333:222-7.
6. Hill J.D., Stevenson D.K. Tuberculosis in unvaccinated children, adolescents, and young adults: a city epidemic. // *BMJ.*- 1983-286:1471-3.
7. Lincoln E.M. Epidemics of tuberculosis. // *Bibl. Tuberc.*- 1965.- 281:187-9.
8. Ordway D.J., Sonnenberg M.G., Donahue S.A., Belisle J.T., Orme I.M. Drug-resistant strains of *Mycobacterium tuberculosis* exhibit virulence for mice. // *Infect. Immun.*- 1995.- 63:741-3.
9. Sarah E.Valway, Maria Ria C.Sanchez, Thomas F.Shinnick, Ian Orme, Tracy Agerton, Debbie Hoy, J.Scott Jones, Harriet Westmoreland and Ida M.Onorato. An outbreak involving extensive transmission of a virulent strain of *Mycobacterium tuberculosis*. // *The New England Journal of Medicine.*- 1998.- 338 (10): 633-639.
10. Hong Kong Chest Service/British Medical Research Council. Controlled trial of 2, 4 and 6-months of pyrazinamide in 6-months, three times weekly regimens for smear-positive pulmonary tuberculosis, including

an assessment of a combined preparation of isoniazid, rifampin, and pyrazinamide: results at 30 months. // *Am. Rev. Respir. Dis.*- 1993.-143:700-706.

11. Robert M. Jasmer, Lorna Bozeman, Kevin Schwartzman, M. Donald Cave, Jussi J. Saukkonen, Beverly Metchock, Awal Khan, William J. Burman Recurrent Tuberculosis in the United States and Canada. Relapse or reinfection? // *Respir. Crit. Care Med.*- 2004.- 170:1360-1366.
12. WHO annual report on global TB control: summary. *Wkly Epidemiol. Rec.* 2003; 78: 122-128.
13. Centers for Disease Control. Reported tuberculosis in the United States, 2002. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control; August 2003.
14. Allegakone M, Phipers M. Tuberculosis in Canada, 2002: Pre-Release. Ottawa: Health Canada, 2003. Accessed online at <http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/tbc02p/pdf/tb-canada-pr-2002-e.pdf> / Last accessed March 1, 2004.
15. Bandera A, Gori A, Catozzi L, et al. Molecular epidemiology study of exogenous reinfection in an area with a low incidence of tuberculosis. // *J. Clin. Microbiol.* 2001- 39: 2213-2218.
16. Sudre P, Pfyffer G.E., Bodmer T. et al. Molecular epidemiology of tuberculosis among HIV-infected persons in Switzerland: a countrywide 9-year cohort study: Swiss HIV Cohort Study. // *Infection* -1999 - 27: 323-330.
17. Garcia de Viedma D., Marin M., Hernangomez S., Diaz M., Serrano M.Jr., Alcalá L., Bouza E. Tuberculosis recurrences: reinfection plays a role in a population whose clinical/epidemiological characteristics do not favor reinfection. // *Arch. Intern. Med.* -2002.- 162:1873-1879.
18. Lambert M.L., Hasker E., Van Duen A., Roberfroid D., Boelaert M., Van der Stuyft P. Recurrence in tuberculosis: relapse or reinfection. // *Lancet Infect. Dis.*-2003.-3: 282-287.
19. Fitzpatrick L.K., Okwera A., Mugerwa R., Ridzon R., Ehiner J., Onorato I. An investigation of suspected exogenous reinfection in tuberculosis patients in Kampala, Uganda. // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*- 2002.- 6:550-552.
20. Burman W.J., Stone B.L., Reves R.R., Wilson M.L., Yang Z., El-Hajj H., Bates J.H., Cave M.D. The incidence of false-positive cultures for *Mycobacterium tuberculosis*. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*-1997.- 155:321-326.
21. Van Duin J.M., Pijnenburg J.E.M., van Rijswoud

C.M., de Haas P.E.W., Hendriks W.D.H., van Soolingen D. Investigation of cross contamination in a Mycobacterium tuberculosis laboratory using IS6110 DNA fingerprinting. // *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*-1998.-1:425–429.

22. Frieden T.R., Woodley C.L., Crawford J.T., Lew D., Dooley S.M. The molecular epidemiology of tuberculosis in New York City: the importance of nosocomial transmission and laboratory error. // *Tuber. Lung Dis.*-1996.-77:407–413.

23. Jasmer R.M., Roemer M., Hamilton J., Bunter J., Desmond E.P. A prospective, multicenter study of laboratory cross-contamination of Mycobacterium tuberculosis cultures. // *Emerg. Infect. Dis.*-2002.-8:1260–1263.

24. Centers for Disease Control and Prevention. Misdiagnosis of tuberculosis resulting from laboratory cross-contamination of Mycobacterium tuberculosis cultures // *New Jersey.*-1998.-*Morb. Mortal. Wkly. Rep.*-2000.-49:413–416.

25. Small P.M., Mc Clenny N.B., Singh S.P., Schoolnik G.K., Tompkins L.S., Mickelsen P.A. Molecular strain typing of Mycobacterium tuberculosis to confirm cross-contamination in the mycobacteriology laboratory and modification of procedures to minimize occurrence of false-positive cultures. // *J. Clin. Microbiol.*-1993.-35:988–991.

26. Guomiao Shen, Zhen Xue, Xin Shen, Bin Sun, Xiaohong Gui, Mei Shen, Jian Mei, and Qian Gao Recurrent Tuberculosis and Exogenous Reinfection, Shanghai, China // *Emerging Infectious Diseases.*-Vol.12, No.11.-November 2006.-1776-78.

27. Scott A.N., Menzies D., Tannenbaum T.N., Thibert L., Kozak R., Joseph L., et al. Sensitivities and specificities of spoligotyping and mycobacterial interspersed repetitive unit-variable-number tandem repeat typing methods for studying molecular epidemiology of tuberculosis. // *J. Clin. Microbiol.*-2005.-43:89–94.

28. Lambert M.L., Hasker E., van Deun A., Roberfroid D., Boelaert M., van der Stuyft P. Recurrence in tuberculosis: relapse or reinfection? // *Lancet Infect. Dis.*-2003.-3:282–7.

29. Godfrey-Faussett P., Githui W., Batchelor B., Brindle R., Paul J., Hawken M., et al. Recurrence of HIV-related tuberculosis in an endemic area may be due to relapse or reinfection. // *Tuber. Lung Dis.*-1994.-75:199–202.

30. Sonnenberg P., Murray J., Glynn J.R., Shearer S., Kambashi B., Godfrey-Faussett P. HIV-1 and recurrence, relapse, and reinfection of tuberculosis after

cure: a cohort study in South African mine workers. // *Lancet.*-2001.-358:1687–93.

31. Verver S., Warren R.M., Beyers N., Richardson M., van der Spuy G.D., Borgdorff M.W., et al. Rate of reinfection tuberculosis after successful treatment is higher than rate of new tuberculosis. // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*-2005.-171:1430–5.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада туберкулез инфекциясының эпидемиологиялық зерттеулерінде M.tuberculosis генотиптеу әдістерінің қолданылуының мысалдары көрсетілген. Туберкулез инфекциясы таралуының эпидемиологиялық зерттеулері мен қайталама туберкулездің реактивация және реинфекция жағдайларын анықтауға арналған генотиптеу әдістері - IS6110 рестрикциялық фрагменттері ұзындығының полиморфизмі (ағылшынша Restriction Fragment Length Polymorphisms IS6110, немесе IS6110RFLP) анализі және геномның әр түрлі локустарындағы тандемді қайталанулар санының (ағылшынша Variable Number of Tandem Repeats, VNTR) анализі қолданылған мақалалардың анализі өткізілді.

РЕЗЮМЕ

В обзорной статье представлены примеры использования методов генотипирования M. tuberculosis в эпидемиологических исследованиях туберкулезной инфекции. Проведен анализ статей, где использовались методы генотипирования на основе анализа полиморфизма длины рестрикционных фрагментов IS6110 (от англ. Restriction Fragment Length Polymorphisms IS6110, или IS6110RFLP) и анализ числа тандемных повторов в различных локусах генома (от англ. Variable Number of Tandem Repeats, VNTR) для эпидемиологического исследования вспышки туберкулезной инфекции, определения случаев реактивации и реинфекции повторных случаев туберкулеза.

SUMMARY

Examples of using of genotyping methods of M. tuberculosis in epidemiological studies of tuberculosis are shown in this review. Articles where methods of genotyping based on IS6110RFLP (IS6110 Restriction Fragment Length Polymorphism) typing and VNTR analysis (Variable Number of Tandem Repeats) were used for investigation of outbreak of tuberculosis and definitions of cases of recurrent and reinfection tuberculosis were analyzed.

ВАЖНОСТЬ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН В ТЕЧЕНИЕ МЕСЯЦА ПОСЛЕ РОДОВ ДЛЯ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Байжуманова Ш.О.
РПТД, Алматинская область

В настоящее время проблема туберкулеза в сочетании с беременностью при сложившейся ситуации в Алматинской области очень актуальна. Показатель заболеваемости туберкулезом органов дыхания женщин в период беременности и после родов в 5 раз превышает аналогичный показатель у женщин детородного возраста.

Влияние беременности и родов на течение туберкулеза определяется характером туберкулезного процесса, периодом беременности, состоянием иммунной системы организма, социально-бытовыми и семейно-психологическими факторами. По литературным данным, среди всех случаев ухудшения течения туберкулеза 1/3 приходится на первые три месяца беременности и 2/3 на первое полугодие после родов (1, 2, 3).-

Своевременным является выход Государственной Программы «Здоровье народа» и соответствующего приказа МЗ РК от 03.08.2007г. №466, регламентирующего обязательное флюорографическое обследование женщин в послеродовом периоде, что позволило значительно улучшить выявляемость и структуру форм туберкулеза в послеродовом периоде.

Приводим анализ случаев, взятых на учет женщин с туберкулезом в послеродовом периоде за 2010г. В течение года после родов на диспансерном учете с активным туберкулезом было взято 37 женщин.

Среди анализируемых случаев имелись: двусторонний инфильтративный туберкулез легких с распадом и бактериовыделением – 10-11 случаев; инфильтративный туберкулез одного легкого с распадом и бактериовыделением – 4-6 случаев; диссеминированный туберкулез легких – 1 случай; туберкулезный плеврит – 4 случая; очаговый туберкулез – 2 случая. Бактериовыделителей было 12 (32,4%), с МБТ (-) - 25 (67,6%).

Очаговый туберкулез легких имел место в 2 случаях, в одном - осложнившийся туберкулезным плевритом. Инфильтративный туберкулез верхних долей обоих легких выявлялся в 2010г. в 2 раза

реже, чем в предыдущих годах и составил 2 случая, и только в 1 случае – в фазе распада и обсеменения, МБТ+. Инфильтративный туберкулез в доли левого легкого - 13 случаев, правого – 9 случаев, в 3 случаях – осложнившийся туберкулезным плевритом.

В 2010г. из 37 выявленных после родов - 4 случая выявлены через месяц после родов, по обращаемости в поликлинику по месту жительства с жалобами, остальные женщины обратились за медицинской помощью через 3-6-9-12 месяцев после родов.

При анализе группы бактериовыделителей отмечено, что флюорографически после родов было обследовано 5 женщин, в 4 случаях - активный туберкулез легких выявлен флюорографически и бактериоскопически непосредственно в роддоме, у 1 – патологии не выявлено, но через 8 месяцев после родов она поступила в областной тубдиспансер с поражением обоих легких и бактериовыделением. Больная относилась к группе риска (контакт с больным туберкулезом). Это приводит к выводу о целесообразности дополнительной группы риска среди послеродовых женщин с двукратным флюорообследованием (непосредственно в роддоме и через 6 мес. после родов).

12 женщин, поступивших в областной туберкулезный диспансер с распадом и бактериовыделением, в послеродовом периоде в течение месяца флюорографически не обследованы в общей лечебной сети. За медицинской помощью через 3 месяца после родов обратилась 1 женщина, через 6 месяцев – 4; через 7-9 месяцев -7 женщин.

Таким образом, в связи с увеличением заболевания туберкулезом особое значение приобретают профилактика и диагностика данной патологии у родильниц и рожениц.

Литература

1. Туберкулез и беременность: Метод. рекомендации - Алматы, 1999 - 24 с.
2. Колачевская Е.Н. Туберкулез женских половых органов – М., 1996 - 240 с.

3. Туберкулез. Руководство для врачей / Под ред. А.Г.Хоменко. – М. 1996 - 496 с.

ТҰЖЫРЫМ

2010 жылдың жас босанған әйелдер арасындағы туберкулезбен сырқаттанушылықтың сараптамасы бойынша бала туу жасындағы әйелдердің сырқаттанушылығынан 5 есе артық екенін есепке ала отырып, әйелдерді жүктіліктің екінші жартысында денсаулығының ақауына байланысты кезде қуысын рентгенографиялық тексерістен өткізу қажет. Ал флюорографиялық тексеру босанғаннан кейін бірінші айында өткізілуі тиіс.

РЕЗЮМЕ

На основании показателя заболеваемости туберкулезом среди женщин послеродового периода

за 2010 год, в пять раз превышающий аналогичный показатель у женщин детородного возраста, необходимо проводить рентгенографию органов дыхания во второй половине беременности по жизненным показаниям и флюорографическое обследование родильниц в первый месяц после родов.

SUMMARY

On the base of indicator of TB incidence among women in the period after delivery during 2010 which exceed by 5 times the same indicator the analogous indicator among women of the fertile age it is necessary to conduct the roentgenographic investigation of breathing organs in the second half of pregnancy by vital indications and the fluorographic investigations of women during first month after delivery.

ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ (обзор литературы)

Ибраимханова Р.Ж.

Областной противотуберкулезный диспансер, г.Талдыкорган

Туберкулез – наиболее частая причина смертельных исходов от специфической инфекции легких. Установлено, что в мире более 646 млн женского населения инфицированы туберкулезом и 3,1 млн. из них ежегодно заболевают туберкулезом [1].

В развивающихся странах туберкулез является третьей по частоте причиной заболеваемости и смертности женщин репродуктивного возраста. Однако показатели заболеваемости среди мужчин вдвое превышают показатели заболеваемости среди женщин. Туберкулез среди женщин приводит в серьезным социальным и экономическим потерям в обществе. Более 95% случаев заболеваний туберкулезом приходится на страны с низким экономическим развитием. Низкий социальный статус населения может создавать большие препятствия на пути к достижению оздоровления общества в целом и женского населения в частности.

Выявлена высокая частота туберкулеза у беременных и родильниц [1, 2, 3]. Считается, что частота туберкулеза у беременных и родивших женщин в 1,5

– 2,5 раза превышает общую заболеваемость женщин туберкулезом и имеет тенденцию к нарастанию. Причем у заболевших в период беременности и вскоре после родов выявляются острые, нередко осложненные формы туберкулеза, близкие по генезу к первичному процессу. Частота заболеваний туберкулезом беременных, помимо особенностей изменений в организме у женщин в период беременности, объясняется неблагоприятной эпидемиологической обстановкой. Факторами, способствующими развитию туберкулеза, являются специфические неактивные изменения в легких, контакт с больным туберкулезом, хронические неспецифические заболевания органов дыхания, курение, злоупотребление алкоголем. Этих женщин рекомендуют отнести к группе риска по развитию туберкулеза.

В настоящее время, в связи с резким увеличением заболеваемости туберкулезом, особое значение приобретают профилактика, диагностика, терапевтическая тактика во время беременности.

Туберкулез у беременных возникает на фоне

снижения специфического иммунитета, ввиду чего отмечается высокий удельный вес заболеваемости, что составляет 11,2% на 100 тыс населения. Всего женщин фертильного возраста с активной формой туберкулеза в 2009г. – 179, из них МБТ(+) 37, в 2010г. – 175, из них МБТ(+) - 29. В 2009г. впервые выявлен туберкулез у 73 женщин (40,7%), в 2010г. - у 74 женщин (42,2%). При беременности происходят значительные обменные и эндокринные изменения в организме женщины вследствие включения плаценты как активного гормонального органа в общий гомеостаз и наличия самого плода. У беременных происходит ряд нарушений вегетативной нервной системы, появляется большая нагрузка на сердечно-сосудистую и мочевыделительную системы, а сам туберкулезный процесс может способствовать ослаблению организма, снижению адаптационных возможностей и, естественно, при этих ситуациях сама беременность может способствовать активации туберкулезного процесса.

Обострение туберкулеза легких в период беременности, по данным литературы, отмечено в 63,3% при диссеминированной форме, в 75% - после перенесенного экссудативного плеврита и в 60,8% - при неэффективности проводимой терапии. Обострение или рецидив процесса чаще отмечаются в начале беременности; далее - в сроке 16-18 недель, когда начинает функционировать плацента; на 5-8 день после родов из-за большой нагрузки на организм роженицы, а также в период лактации [1].

При отсутствии лечения в течение первого года после родов обострение легочного туберкулеза наблюдается у 41,1% случаев, при активной форме туберкулеза и у не леченных больных оно возможно и в последние месяцы беременности. Ухудшение общего состояния беременной либо явное обострение основного заболевания зависят от клинической формы туберкулезного процесса и его распространенности, от неполноценности предшествующего лечения, социально-бытовых условий.

На течение туберкулезного процесса значительное влияние оказывают роды. За счет увеличения размеров матки, высокого стояния ее дна меняется соотношение органов в брюшной и грудной полостях. Резкое опускание диафрагмы после родов способствует аспирации казеозных масс при кавернозных формах туберкулеза в здоровые отделы легких. Сами роды вызывают соответствующую перестройку организма женщины, а кормление грудью ведет к значительному расходу жиров, белков,

углеводов и других веществ. Отрицательное влияние на течение туберкулеза после родов оказывают повторные и частые роды.

Возможности ранней диагностики легочного туберкулеза и эффективность современных методов лечения являются основанием для пересмотра сложившихся представлений в отношении пролонгирования или прерывания беременности при наличии туберкулезного процесса в различных органах и, в частности, в легких. Это обусловлено тем, что современные методы диагностики дают возможность распознать туберкулез на более ранних стадиях развития, а мощные терапевтические средства в комплексе с санитарно-гигиеническим режимом, проводимым в специальных противотуберкулезных учреждениях или на дому, позволяют рассчитывать на излечение от туберкулеза или ликвидацию обострения.

Своевременное выявление туберкулеза во время беременности позволяет провести полноценное лечение, добиться выздоровления женщин и рождения здоровых детей. С этой целью в женской консультации необходимо проводить следующую работу. В случае подозрения на туберкулез легких беременным, при наличии кашля с мокротой более 2-х недель, необходимо провести трехкратное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза. При необходимости можно провести рентгенологическое обследование легких. Обследование беременных необходимо проводить в прямой проекции, при этом рентгенологическое облучение плода в 10 раз меньше, чем грудной клетки матери. Кроме того, необходимо использовать прорезиненный фартук для защиты плода.

При выявлении туберкулезного процесса любой локализации беременные должны находиться под наблюдением врачей противотуберкулезного диспансера и женской консультации. Беременные за 2 недели до родов при любой форме туберкулеза легких или туберкулезного процесса в других органах должны быть госпитализированы в палату беременных специализированного родильного дома. Вопрос о пролонгировании или прерывании беременности при наличии туберкулеза может быть правильно разрешен с учетом всех возможностей лечения, а также с учетом условий труда и быта женщины.

Успешное внедрение в лечебную практику эффективных терапевтических средств должно направлять врачебную мысль, прежде всего, на излечение от туберкулеза беременной женщины и на предупре-

ждение заболевания туберкулезом ребенка. Вопрос о влиянии беременности на туберкулез и неразрывно связанный с ним вопрос о показании к сохранению или прерыванию беременности при этом заболевании давно привлекает к себе внимание как фтизиатров, так и акушеров.

К группе повышенного риска по обострению туберкулезного процесса во время беременности относятся:

1. Беременные, которые недавно перенесли туберкулез (не менее одного года после окончания лечения);
2. Беременные после операций, произведенных по поводу туберкулеза (не менее одного года);
3. Беременные, имеющие в анамнезе туберкулезный процесс различной локализации в возрасте моложе 20 и старше 35 лет;
4. Беременные, имеющие в анамнезе распространенный туберкулезный процесс независимо от его фазы;
5. Беременные молодого возраста, имеющие контакты с больным туберкулезом. Этим беременным необходимо тщательно обследовать.

При решении вопроса о пролонгировании беременности некоторые ученые исходят из возможности отрицательного влияния туберкулезного процесса у матери и антибактериальной терапии на внутриутробное развитие плода, а в дальнейшем и на ребенка.

Вопрос о пролонгировании беременности необходимо решать, прежде всего, с учетом общего состояния беременной, желая иметь ребенка, клинической формы и активности основного процесса, эффективности проводимой терапии.

Показанием для пролонгирования беременности являются следующие процессы:

1. Клиническое излечение туберкулеза без выраженных остаточных изменений;
2. Малые формы активного туберкулеза легких без деструкции на фоне противотуберкулезного лечения;
3. Эффективность противотуберкулезной терапии при очаговых, инфильтративных и диссеминированных формах туберкулеза;
4. Туберкулез легких, выявленный во второй половине беременности, когда прерывание ее чревато различными осложнениями;
5. При диссеминированном туберкулезе легких беременность можно сохранить, если процесс протекает с не резко выраженными симптомами

интоксикации, и в тех случаях, когда женщина настаивает на ее сохранении. В этих случаях необходимо активное длительное лечение антибиотиками и химиопрепаратами в противотуберкулезном стационаре;

6. При туберкулезе почек беременность может быть сохранена при настойчивом желании женщины иметь ребенка. Однако обязательно должны учитываться форма, фаза заболевания и функциональная способность почек;

7. Активный, далеко зашедший распространенный туберкулез легких в сочетании с туберкулезом гортани или другими внелегочными формами туберкулеза, выявленными при больших сроках беременности, так как операция прерывания беременности может привести к тяжелым последствиям. В этих случаях необходимо проводить интенсивную терапию и довести беременность до конца;

8. Наличие в анамнезе у беременной операции торакопластики со стойкой компенсацией и отсутствием рецидивов в течение двух лет;

9. Туберкулез костной системы, суставов. Как правило, эти процессы в период беременности не обостряются.

При решении вопроса о возможности пролонгирования беременности при наличии туберкулезного процесса в легких и других органах необходимо исходить из активности и тяжести основного заболевания, клинической формы и фазы туберкулезного процесса, срока беременности, акушерского анамнеза (наличие детей), результатов проводимой терапии, переносимости антибактериальных препаратов и желая иметь ребенка.

Показания для прерывания беременности:

1. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких и кавернозный туберкулез легких – при любом сроке беременности. Необходимо помнить, что прерывание беременности при больших сроках обычно приводит к ухудшению основного заболевания и возможности бронхиального обсеменения. При отказе больной от прерывания беременности необходимо проводить антибактериальную терапию на протяжении всей беременности и в послеродовом периоде;
2. Хронический гематогенно-диссеминированный туберкулез. При таком процессе прерывание беременности показано при любом сроке;
3. Сочетание туберкулеза с легочно-сердечной недостаточностью, диабетом и другими хроническими заболеваниями;

4. Впервые выявленный очаговый инфильтративный диссеминированный туберкулез легких с тенденцией к прогрессированию процесса на фоне лечения;

5. Цирротический туберкулез легких с явлениями легочно-сердечной недостаточности;

6. Туберкулез мочевыделительной системы, протекающий на фоне хронической почечной недостаточности 1-3 степени;

7. Предстоящее хирургическое лечение по поводу туберкулеза;

8. Тяжелый прогрессирующий костно-суставной туберкулез в первые три месяца беременности;

9. Неэффективность антибактериальной терапии и прогрессирующее течение туберкулеза легких и внелегочных форм, в частности, туберкулеза гортани, лимфатических узлов, кишечника.

10. При активном распространении туберкулеза легких и гортани, а также при туберкулезном менингите и милиарном туберкулезе прерывание беременности на фоне интенсивной антибактериальной терапии.

Прерывание беременности при этих процессах во второй половине может привести к тяжелым исходам для беременной. После прерывания беременности необходимо продолжать антибактериальную терапию под наблюдением фтизиатра.

Роды ведутся консервативно через естественные родовые пути, с учетом возможных осложнений и под защитой антибактериальных препаратов. Исключением является легочно-сердечная недостаточность при тяжелых формах туберкулеза. В таких случаях вопрос решается в пользу кесарева сечения.

У больных с кавернозной формой туберкулеза легких, со свежим инфильтративным и диссеминированным процессом или при наличии легочно-сердечной недостаточности рекомендуется выключение второго периода родов. При головном предлежании применяется наложение акушерских щипцов, при тазовом – экстракция плода за тазовый конец.

При костном туберкулезе и значительном сужении малого таза рекомендуется родоразрешение путем кесарева сечения. В третьем периоде родов обязательно профилактика кровотечения.

Инфицирование ребенка возможно при контакте с больной матерью в послеродовом периоде. Вопрос о грудном вскармливании решается индивидуально. При компенсированном, ограниченном,

не бациллярном и неактивном туберкулезном процессе кормление ребенка грудью разрешается. Необходима изоляция новорожденных от матерей с активным туберкулезом любой локализации при бацилловыделении сроком 8 недель. Все новорожденные от матерей, больных туберкулезом, должны быть вакцинированы БЦЖ. Новорожденные от матерей, больных активным туберкулезом, в период выработки начального иммунитета должны находиться в отделении патологии новорожденных (или на втором этапе выхаживания) 42 дня от начала иммунизации (47-50 дней после родов). Родильница с активным туберкулезом должна быть переведена для лечения в противотуберкулезный стационар.

Литература

1. Е.Н. Колачевская. Туберкулез женских половых органов – М., 1996.
2. Валиев Р.Ш. Гилязутдинова З.Ш. Туберкулез и беременность: учеб.-метод. пособие – Казань, 2000.
3. Х.М. Омарова. Родовспоможение при туберкулезе легких у женщин: Автореф. дис... канд. мед. наук – М. 2000.
4. Омарова Х.М. Ведение беременности и родов при туберкулезе легких у женщин // Материалы II Российского форума «Мать и дитя» - М., 2000.
5. Омарова Х.М. Перинатальные аспекты гестации при туберкулезе легких // Материалы II Российского форума «Мать и дитя» - М., 2000.

ТҰЖЫРЫМ

Жүктілік және босанғаннан кейінгі кезеңде туберкулездің жедел жиі асқынған түрінің анықталуында жүктілікті ұзу немесе оның емін ұзарту жағдайы туындайды. Жүктілікті ұзу бұл жағдайлардың екінші жартысында жүкті әйелдер үшін қиын жағдай туғызуы мүмкін. Осы мақалада, емді ұзарту және жүктіліктің үзілу көрсеткіштері берілген: негізгі аурудың белсенділігі мен ауырлығы, клиникалық түрі және туберкулезді үрдістің сатысы жүктіліктің мерзімі, акушерлік анамнезі (баланың бар болуы), жүргізілген емнің нәтижесі, антибактериалдық дәрілерді қабыдау қабілеті және әйелдің бала сүюді армандауы.

РЕЗЮМЕ

При выявлении острых, нередко осложненных форм туберкулеза в период беременности и вскоре после родов неизбежно возникает вопрос о возможном прерывании беременности или ее про-

лонгировании. Прерывание беременности при этих процессах во второй половине может привести к тяжелым исходам для беременной. В данной статье предлагаются показания для пролонгирования беременности и ее прерывания с учетом активности и тяжести основного заболевания, клинической формы и фазы туберкулезного процесса, срока беременности, акушерского анамнеза (наличие детей), результатов проводимой терапии, переносимости антибактериальных препаратов и желания женщины иметь ребенка.

SUMMARY

If there are the acute and often complicated tuberculosis forms in the period of pregnancy and soon after delivery, question about possible abortion or its prolongation erases obligatory. The abortion at these processes during the second half of pregnancy can led to the heavy outcomes for a pregnant. In this paper indications for pregnancy prolongation or its abortion are given taking into account the activity and heaviness of the main disease, clinical form and phase of the tuberculosis process, term of a pregnancy, obstetric anamnesis (presence of the children), outcomes of the treatment conducted, tolerance of anti-TB drugs and

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВИДЕОТЕХНОЛОГИИ В ЛЕГОЧНОЙ ФТИЗИОХИРУРГИИ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

*Темирбаев А.А., Айткулов Ж.Д., Шоланова Л.М., Мещеряков С.А.
ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Караганда*

Последние годы видеоторакоскопия (ВТС) все шире используется у взрослых в хирургии легких, плевры и средостения [1-3]. Имеются сведения о видеоторакоскопических и видеоассистентторакоскопических (ВАТС) резекциях легкого и плеврэктомии при туберкулёзе и его осложнениях у взрослых и детей [1, 3].

Использование видеоторакоскопии в дифференциальной диагностике и лечении плевритов отличается высокой эффективностью [4, 5,

7]. Считается, что морфологическая верификация плеврального выпота должна входить в обязательный диагностический минимум [6].

С ноября 2006 года в легочно-хирургическом отделении ГУ «ОПТД» в диагностике и лечении туберкулеза легких и плевры используется видеоторакоскопия при помощи видеостойки компании «Эндомедиум» (Россия, Казань). За этот период произведено 134 операции. Динамика и виды операций представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Виды операций по годам (2006-2010), произведенных в ОПТД г.Караганды

Виды операций	2006	2007	2008	2009	2010	всего
Диагностическая видеоторакоскопия	1	12	18	23	42	96
ВАТС-резекция легкого	-	8	12	5	1	26
Видеоторакокаустика	-	1	1	1	1	4
ВАТС- декорткация легкого	-	4	3	1	-	8
Всего	1	25	34	30	44	134
Процентное отношение к общему числу операций	1	19,4	21,4	18,8	22,1	19,9

Показаниями к диагностической торакоскопии являлось наличие плеврального выпота и легочной диссеминации, этиологию которых не удалось установить другими неинвазивными и инвазивными

методами диагностики. Диагностических видеоторакоскопий было выполнено 96. Из них 50 или 52% поражений носили туберкулезный характер. Из 50 больных у 3 была легочная диссеминация, причи-

ной которой явился диссеминированный туберкулез легких, в остальных случаях был диагностирован туберкулезный плеврит.

Из 46 случаев нетуберкулезной патологии 28 поражений плевры имело неспецифическую природу, канцероматоз плевры диагностирован у 9 больных, мезотелиома плевры – у 3, пневмокониоз – у 2 больных, саркоидоз – у 1 больного, идиопатический фиброзирующий альвеолит – в 2 случаях, хроническая обструктивная болезнь легкого выявлена у 1 больного.

Оперативных видеоторакоскопических и видеоассистированных вмешательств было 38. Для создания эффективного искусственного пневмоторакса было выполнено за эти годы 4 торакокаустики. Из 26 видеоассистированных операций 24 выполнены по поводу туберкулом легкого, ограниченные предела-

ми 1 или 2-х сегментов и произведенные из миниторакотомного доступа швивающими аппаратами типа УКЛ-40, УКЛ-60. Видеоассистированные декорткации легкого приводят к расправлению легкого и при назначении соответствующей этиотропной терапии способствуют дальнейшему купированию воспалительного процесса в плевре. Исходом для подобных операций, как правило, была диагностическая торакоскопия. Их было произведено 8, из них 4 - при хроническом туберкулезном плеврите. Послеоперационных осложнений не наблюдалось.

Рост числа операций, выполненных при помощи торакоскопии, происходит за счет диагностических вмешательств. Динамика соотношений между диагностической и оперативной торакоскопией не в пользу последней, что отражено в нижеследующей таблице.

Таблица 2 – Соотношение диагностических и оперативных торакоскопий за 2006-2010 г.г.

	2006	2007	2008	2009	2010
Диагностическая торакоскопия	1	12	18	23	42
Оперативная торакоскопия	-	13	16	7	2
Соотношение между ними		0,97	1,1	3,3	21

Из года в год увеличивается количество операций при лекарственно-устойчивом туберкулезе легких, при котором значительно возрастает число деструктивных, распространенных и осложненных форм. Объем оперативных пособий увеличивается, и далее он будет увеличиваться в сторону лобэктомий, комбинированных резекций, пульмонэктомий, торакопластик, сочетания резекции легкого и корригирующей торакопластики. Оперировать ограниченные процессы при лекарственно-устойчивом туберкулезе – это вчерашний день, что не решает вопросы санации резервуара туберкулезной инфекции, каким является фиброзно-кавернозный туберкулез.

Другим значимым вопросом лечения туберкулеза легких является коллапсотерапия, а именно, искусственный пневмоторакс среди впервые выявленных и переведенных в 4 категорию больных. Для создания эффективного пневмоторакса при наличии спаек в плевральной полости необходимо проведение видеоторакокаустики.

Поэтому необходимо шире использовать возможности видеотехнологии в лечении туберкулеза легких.

Возникает необходимость освоения сложных резекционных, коллапсохирургических видеотора-

скопических и видеоассистированных операций при хронических, распространенных и осложненных формах туберкулеза легких.

Литература

1. Гиллер Д.Б. и др. Резекционные видеоторакоскопические и видеоассистентторакоскопические операции в лечении туберкулёза лёгких// 3-я Московская Международная конференция по торакальной хирургии.- М., 2005. – С.161-162.
2. Мартель И.И. и др. // Пробл. туб. и болезней лёгких – 2006.- №10.-С.26-30.
3. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. и др. // Хирургия. - №3.- С.22-25.
4. Демальдинов Д.А. и др. Применение видеоторакоскопии в дифференциальной диагностике и лечении экссудативных плевритов // XIII съезд Рос. Общества Эндоскопических Хирургов: www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.
5. Папков А.В. и др. // Пробл. туб. и болезней легких.- 2003.- №11.- С.14-16.
6. Стогова Н.А., Тюхтин Н.С. //Пробл. туб.- 2007.- №2.- С14-17.
7. Сандаков Я.П., Черкасов В.А. Видеоторакоскопия в диагностике плеврального выпота неясной этиологии // XIII съезд Российского Общества Эндо-

скопических Хирургов: www.laparoscopy.ru/doktoru/view_thesis.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада туберкулезді анықтау мен емдеу үшін видеоторакоскопияның қолданылуының нәтижелері ұсынылған. Оперативтік араласудың көпшілігі диагностикалық торакокопия болып қалады. Өкпе туберкулезі мен плевраны емдеу үшін видеоторакоскопиялық және видеоассистирлік операцияның мүмкіншілігін кеңінен қолданудың қажеттілігі туындайды, сонымен қатар туберкулездің асқынған және созылмалы жайылған түрін емдеу кезінде күрделі операцияны меңгерген қажет.

РЕЗЮМЕ

Представлены результаты использования видеоторакоскопии в лечении и диагностике туберкулеза. Преобладающим оперативным вмешательством

остаётся диагностическая торакокопия. Возникает необходимость шире использовать возможности видеоторакоскопических и видеоассистированных операций в лечении туберкулеза легких и плевры, а также в освоении более сложных операций при лечении хронических, распространенных и осложненных форм.

SUMMARY

There are presented the outcomes of implementation of the videothoracoscopy for TB treatment and diagnostics. The diagnostic thoracoscopy remains the most implemented operative intervention. The necessity erases to more widely use the opportunities of videothoroscopic and videoassisted operations for treatment of pulmonary and pleural TB, and for exploration of more difficult operations at the therapy of chronic, advanced and complicated TB forms.

ДИАГНОСТИКА ПНЕВМОНИИ У ЛИЦ С ПОСТТУБЕРКУЛЕЗНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ В ЛЕГКИХ И У ЛИЦ, КОНТАКТИРУЮЩИХ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Шаймерденова А.К.

ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер»

Пневмония относится к числу наиболее распространенных заболеваний. Во всем мире наблюдается тенденция к росту заболеваемости и летальности от этой патологии. В последние годы изменилось течение пневмонии, всё чаще она протекает с ранее неизвестными клиническими проявлениями, значительно выросло число вялотекущих и затяжных форм заболевания. Пневмония является одной из частых сопутствующих туберкулезу патологий. Иногда схожесть клинико-рентгенологических данных этих заболеваний или появление пневмонии на фоне посттуберкулезных неактивных изменений вызывает определенные трудности в диагностике, и эти больные часто госпитализируются в туберкулезные учреждения [1, 2, 3]. Вместе с тем остается не изученной диагностика пневмонии у лиц с посттуберкулезными изменениями в легких и у лиц, контактирующих с больными туберкулезом.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей диагностики неспецифической пневмонии у больных с посттуберкулезными изменениями в легких и у лиц, контактирующих с больными туберкулезом.

Необходимые данные были получены при анализе 72 больных, ошибочно направленных с диагнозом «активный туберкулез» в стационар областного противотуберкулезного диспансера (ОПТД).

Из 72 больных на наличие контакта указали 35 (48,6%) больных, и у 37 (51,3%) больных были выявлены посттуберкулезные изменения в виде плотных обызвествленных очагов Гона и локального пневмофиброза в легких, петрификатов в лимфатических узлах. Все эти больные были госпитализированы в отделение для впервые выявленных больных без бактериовыделения, так как на этапе обследования в общей лечебной сети или в диспансерном отде-

лении ОПТД микобактерии туберкулеза не обнаруживались.

Среди обследованных мужчин было 42 (58,3%), женщин 30 (41,7%). Жители города составили 60,6%, села - 39,4%. Большинство больных оказались в возрасте старше 40 лет - 64,7%.

Из 72 больных 39 (54,2%) не были заняты трудовой деятельностью, причем 14 (19,4%) из них были пенсионного возраста, 7 (9,7%) оказались инвалидами по общим заболеваниям.

Всем больным проводилось клиническое обследование, бактериоскопическое исследование мокроты на микобактерии туберкулеза по Циль-Нильсену и бактериологическое исследование методом посева на плотные питательные среды, рентгеномографическое исследование, трахеобронхоскопия с биопсией, цитологическое исследование промывных вод бронхов, спирография, УЗИ внутренних органов.

Заболевание у большинства больных началось остро – 44 больных (61,1%), реже наблюдалось подострое течение – 22 (30,5%). Одним из частых симптомов была интоксикация у 51 (70,8%), причем повышение температуры отмечено у 45 больных (62,5%), из них более 38° С у 25 (55,5%). Кашель наблюдался у 63 больных (87,5%) с выделением мокроты у 57 (90,4), чаще слизисто-гнойного характера - у 42-х (73,6%), реже гнойного - 4 (7,2%) и слизистого - у 6 (10,5%), с прожилками крови - у 5 (8,7%). Боли в грудной клетке отмечены у 28 (38,8%) больных. Редким симптомом была одышка у 16 (22,2%).

При рентгенологическом исследовании легких чаще всего встречалось одностороннее поражение - у 57 (79,1%) больных, преимущественно верхнедолевой локализации - у 42 (58,3%), что явилось, по-видимому, одной из причин направления больных в туберкулезное учреждение с подозрением на специфический процесс. Инфильтративные тени чаще были интенсивными, гомогенными, у 1/3 больных - в виде перибронхиальных и периваскулярных изменений, усиления легочного рисунка. У 5 больных обнаружены полости распада. В мокроте ни у одного больного при трехкратном, а у 23 больных - шестикратном обследовании МБТ не обнаружены.

До поступления в отделение ОПТД получали неспецифическое лечение 47 (65,2%) больных, причем до 1 недели - 25 (53,2%); 2 недели - 16 (34,0%); 3 недели - 6 (12,8%). Не получив желаемого эффекта, врачи общей сети направляли больных в тубер-

кулезный диспансер с диагнозом туберкулез.

Изучение направительного диагноза больных показало, что чаще регистрировался инфильтративный туберкулез легких - 52 (72,2%) и реже очаговый туберкулез легких - 3 (4,2%) (рис.).

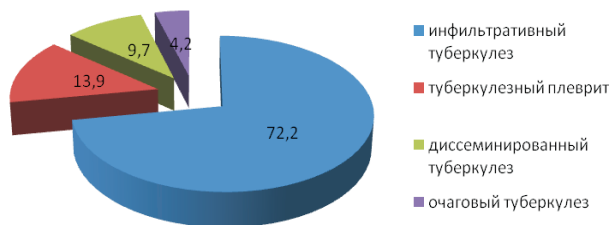


Рис. Структура клинических форм

В периферической крови лейкоцитоз отмечался в 28 (38,8%) случаях, причем у половины больных обнаружен выраженный лейкоцитоз (более 14x10⁹/л), увеличение СОЭ имело место у 38 (52,7%) и увеличение палочкоядерных нейтрофилов у 13 (18,0%) больных.

Поражение бронхов было изучено на основании фибробронхоскопии. Неспецифический эндобронхит был установлен у 44 (61,1%) больных, для которого была характерна диффузность распространения процесса. Часто встречался гнойный эндобронхит - у 21 (29,2%), несколько реже катаральный эндобронхит - у 3 (4,1%) и катарально-гнойный - у 4 (5,6%). При помощи спирографии была изучена функция внешнего дыхания. Нарушения вентиляции легких были выявлены в 60 (83,3%) случаях, так, рестриктивный тип отмечался у 42 (70%), обструктивный - у 5 (5%) и смешанный - у 15 (25%) больных.

После целенаправленного обследования была назначена неспецифическая терапия антибиотиками широкого спектра действия (цефалоспорины 3-его и 4-ого поколения, макролиды) включая ингаляции бронхоспазмолитиками, муколитиками. Всем больным проводилась дезинтоксикационная терапия, физиолечение. При неэффективности назначенного лечения в течение 72 часов антибиотики были заменены на другие, которые дали положительный результат.

У 47 (65,2%) больных были признаки типичной бактериальной пневмонии (лихорадка, кашель с мокротой, часто слизисто-гнойного характера, лейкоцитоз, выделение неспецифического возбудителя из мокроты и т.д.) у 25 (34,8%) проявления атипичной пневмонии вирусной этиологии (синдром ОРВИ, су-

хой кашель, иногда со слизистой мокротой, умеренный лейкоцитоз, усиление легочного рисунка).

Отсутствие микобактерий туберкулеза при однократном исследовании мокроты, рассасывание инфильтративных теней после неспецифической терапии, исчезновение перибронхиальной и периваскулярной инфильтрации, нормализация показателей общего анализа крови позволяли установить неактивность посттуберкулезных изменений.

Таким образом, малосимптомное течение пневмонии (32,6%), верхнедолевая локализация (58,3%), отсутствие типичной лобарной или сегментарной инфильтрации при вирусных пневмониях, наличие остаточных (посттуберкулезных) изменений в легких, наличие контакта, повышенная настороженность в плане туберкулеза в период напряженной эпидемиологической ситуации в республике, приводили к гипердиагностике, позволяя врачам общей сети подозревать туберкулезный процесс в легких. Снижению количества диагностических ошибок в общей лечебной сети может служить тщательное клиничко-рентгенологическое исследование, некоторое продление курса лечения антибиотиками широкого спектра, замена их при неэффективности терапии, повышение знаний по легочной патологии, соблюдение диагностического алгоритма.

Выводы

1. Имеются объективные трудности в диагностике пневмонии у лиц с посттуберкулезными изменениями в легких.

2. Отсутствие МВТ при исследовании мокроты, положительная рентгенологическая динамика и нормализация клиничко-лабораторных после лечения неспецифическими препаратами данных говорит о неактивности посттуберкулезных изменений.

3. Малосимптомное течение, верхнедолевая локализация, наличие контакта с больным туберкулезом, отсутствие типичной лобарной или сегментарной инфильтрации позволяют заподозрить активацию туберкулезного процесса в легких.

Литература

1. Селедцов В.П. и др. //Фтизиопульмонология. – 2006. - №2(6). – С. 23-26.
2. Баймаканова Г.Е. и др. //Фтизиопульмонология. – 2008. - №2(14). – С. 71-76.
3. Баймаканова Г.Е. и др. //Фтизиопульмонология. -2008. - №2. (14). – С. 77-81.

ТҰЖЫРЫМ

Туберкулез науқастарымен қатынаста болған немесе туберкулезден кейінгі өкпедегі қалдық өзгерістері бар науқастардағы пневмонияның клиничко-рентгендік, лабораториялық сипаттамалары зерттелген. Туберкулез бен пневмонияның диагностикасын жүргізуде қиындықтар болған. Жалпы емдеу жүйесінде және оларды қалпына келтіру тәсілінің диагностикалық қателік себептері ашылды.

РЕЗЮМЕ

Изучена клиничко-рентгенологическая лабораторная характеристика пневмонии у больных с посттуберкулезными изменениями легких или имеющими контакт с больными туберкулезом. Приведены трудности дифференциальной диагностики туберкулеза и пневмонии. Раскрыты причины диагностических ошибок в общей лечебной сети и способы их устранения.

SUMMARY

Clinical and roentgenological and laboratory characteristics of pneumonia in patients with posttuberculosis changes in lungs and persons from contacts with TB patients were studied. Difficulties of differential diagnostics between tuberculosis and pneumonia are given. Causes of the misdiagnosis in the Primary Health Care Network and ways for their elimination are named.

ИНГАЛЯЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ ВО ФТИЗИОХИРУРГИИ

Абдукаримов Х.Х.

Национальный центр проблем туберкулеза РК, Алматы.

Расширение показаний к хирургическому лечению больных с распространенными и осложненными формами туберкулеза легких является одной из основных задач современной фтизиатрии, анестезиологическое пособие при этом должно быть направлено на достижение адекватного обезболивания. В процессе лечения больных туберкулезом легких происходит снижение резервных возможностей основных функциональных систем организма: дыхательной, сердечно - сосудистой, гомеостаза в целом и обеспечение нормального функционирования жизненно-важных систем организма в условиях хирургической агрессии входит в одну из приоритетных задач при проведении анестезии у этих пациентов [1,2]. Хирургические методы в сочетании с антибактериальной терапией с учетом лекарственной чувствительности могут повысить эффективность противотуберкулезного лечения [3].

Нарушение кровообращения и газообмена во время торакальных операций обусловлено как хирургической, так и анестезиологической агрессией. При операциях на грудной клетке, независимо от того производят его на легком или нет, оперирующему хирургу должны быть обеспечены все условия для свободы действия, в связи с чем на стороне вмешательства объем легкого и дыхательные движения должны быть уменьшены, а в этих условиях изменяются газообмен и кровообращение.

Положение больного во время операции на легком, в основном на боку, что приводит к изменениям в вентиляционно - перфузионных отношениях. В нижележащем легком, в силу гравитационного эффекта, снижается вентиляционно-перфузионное отношение, так как легкое переполняется кровью и повышается давление в ветвях легочной артерии, при этом альвеолярная вентиляция уменьшается и формируется гипердинамическая гипергидратация интерстиция нижележащего легкого: к этому приводят также более высокое стояние купола диафрагмы и давление со стороны средостения, вследствие чего уменьшается растяжимость легкого. В положении на боку основная часть дыхательного объема перемещается в верхнее легкое, где при этом повышается вентиляционно-перфузионное отношение

и нарушается функция легких, часто возникает это у больных с низкими резервами функции дыхания и кровообращения [4].

Во время искусственной вентиляции легких при внутривенном (традиционном) наркозе повышается внутрилегочное давление до 15-20см.вод.ст., иногда может быть и выше, внутриплевральное до 5-10см.вод.ст., а это приводит к снижению притока крови к правому сердцу. В результате раздувания легкого, альвеолы передавливают легочные капилляры, повышается давление в легочной артерии и ее ветвях, легочно-сосудистое сопротивление возрастает, приток крови к легким из правого сердца ухудшается, исходом чего является снижение сердечного выброса и артериального давления, значительное при гиповолемии [5].

В результате специфического воспаления при туберкулезе, протекающего от нескольких месяцев до нескольких лет, снижается эластичность легочной ткани, развиваются умеренные или выраженные нарушения дыхания по рестриктивному типу. Исходом туберкулеза легких является фиброзирование, оно может захватывать от одного сегмента до целого легкого в зависимости от длительности и массивности поражения легочной ткани.

По мнению Савониной И.П., эффективность хирургического метода лечения достигает 90-93% [6]. В связи с интенсивным развитием анестезиологии и реаниматологии, торакальной и сердечно-сосудистой хирургии большую значимость приобрело исследование регионарных функций легкого и системы кровообращения. У больных туберкулезом легких на центральную гемодинамику оказывает большое влияние характер, степень развития интоксикации и длительность специфической токсемии с нарушением компенсации сердечно-сосудистой деятельности. При запущенных формах туберкулеза легких отмечается более выраженное нарушение компенсаторных механизмов, в таких случаях происходит не только усиление сердечного сокращения, но и увеличение его частоты, артериальное давление снижается, ткани и органы недостаточно насыщаются кислородом, учащается дыхание и развивается дыхательная недостаточность.

Длительные годы эфир и фторотан были наиболее используемыми при проведении общей анестезии. Ситуация коренным образом изменилась в середине прошлого столетия когда внедрился метод нейролептаналгезии, в дальнейшем была создана многокомпонентная сбалансированная анестезия. Данный вид анестезии вытеснил идею практического использования летучих анестетиков, за исключением детской анестезиологии [7].

Следует отметить, что для этого были определенные основания: например, галотану (фторотану) свойственна высокая токсичность как для больного, так и для медицинского персонала в операционной, который вызывает дозозависимую депрессию сердечно-сосудистой системы и дыхания, увеличение мозгового кровотока и внутричерепного давления, обладает гепато- и нефротоксичностью. Вместе с тем появление нового мощного внутривенного анестетика дипривана не привело к отказу от ингаляционной анестезии. 65% операций в Германии, 75% - во Франции и 73% - в США проведены в условиях общей ингаляционной анестезии [8].

Современные ингаляционные анестетики гораздо менее токсичны, чем предшественники, в то же время гораздо более эффективны и управляемы. Вместе с тем современная наркозно-дыхательная аппаратура позволяет работать по практически закрытому контуру, надежная система эвакуации отработанных газов в атмосферу, минуя операционную, делает неактуальной проблему «загрязнения» операционной и отравление персонала. Это же оборудование позволяет значительно сократить интраоперационный расход за счет использования низкочастотной техники анестезии. Современные ингаляционные анестетики не вступают в химические и биологические реакции, не нуждаются в консервантах, не обладают тератогенными, канцерогенными и мутагенными свойствами. Эти анестетики не образуют пары в смеси с воздухом, кислородом и азотом, не горят и не взрываются, в связи с этим можно проводить обезболивание в присутствии лазерных скальпелей и диатермокоагуляторов [9].

Уровень анестезии легко контролируется вследствие того, что коэффициент распределения газ/кровь низок, так что ввод в наркоз и выход из него происходит быстро, современные ингаляционные анестетики обладают анальгетическими свойствами при применении в небольших (до 0,5 МАК) концентрациях (МАК- минутная альвеолярная концентрация)[10].

Основной гарантией низкой токсичности в отношении печени и почек, является их быстрое выведение через легкие в сочетании с минимальным уровнем его метаболизма.

Внедрение в клиническую практику изофлюрана, севофлюрана, энфлюрана, дезфлюрана способствовало переосмыслению роли ингаляционной анестезии при обеспечении различных продолжительных и травматичных кардиохирургических операций, в том числе с искусственным кровообращением. При передозировке может наступить угнетение дыхания, а усовершенствование наркозной аппаратуры точными дозиметрами активной аспирации отработанной газонарколотической смеси позволяет избежать наступления передозировки и токсического влияния паров ингаляционного анестетика на организм персонала оперблока [11].

Все ингаляционные анестетики вызывают снижение сердечного выброса и ударного объема, снижение сердечного выброса может быть компенсировано повышением частоты сердечных сокращений (ЧСС). Анестетическая концентрация изофлюрана (1,0-1,5 МАК) вызывает относительно небольшое снижение ударного объема (10-20%), и сердечный выброс изменяется относительно мало, при этом отмечается некоторое увеличение ЧСС, причем изофлюран оказывает малое влияние на систему барорецепторов. Характерной чертой влияния современных ингаляционных анестетиков на сердечно-сосудистую систему является его мощный вазодилатирующий эффект, особенно выраженный при использовании высоких концентраций, его применение увеличивает кровоток в печени, миокарде, что улучшает оксигенацию этих органов [12].

В работе представлен анализ обследования 100 больных туберкулезом легких, находившихся на лечении в легочно-хирургическом отделении, которым было проведено 100 анестезиологических пособий. Пациенты были разделены на две группы: основная группа больные с туберкулезом легких (50 человек), которым проводилась ингаляционная анестезия изофлюраном. В контрольную группу вошли пациенты (50 человек) с туберкулезом легких, которым проводилась тотальная внутривенная анестезия (ТВА) на основе рекофола и фентанила. Возраст данных больных колебался от 16 до 21 года было 28(28%) больных, в возрасте от 22 до 30 лет - 35(35%), от 31 до 40 лет - 26(26%), от 41 до 50 лет - 9(9%), от 51 до 60 лет - 2 (2%), мужчин было 45(45%), женщин - 55 (55%). Наибольшее число

больных были в возрасте до 40 лет (89%), при этом преобладали лица женского пола (51%), преобладали больные с туберкуломами легких - 59 (59%), пациенты с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких составили - 41 (41%). У больных туберкулезом легких в основной и контрольной группах в 28% симптомы интоксикации были слабо выражены, в 72% симптомы общей интоксикации были умеренно выражены и клинически проявлялись в виде общей слабости, утомляемости, субфебрильного повышения температуры тела и потливости.

Для решения поставленных задач осуществлены следующие комплексные исследования:

1. Спирографическое исследования функции внешнего дыхания проведены на аппарате «Jager, Erich» (США) по общепринятой методике;

2. Электрокардиографию выполняли на стационарном поликанальном аппарате «Agilent. PageWriter 30 P» (США). Кардиомониторинг больных во время операции осуществляли на полифункциональном кардиомониторе «Philips» (Нидерланды);

3. Реографическое исследование проводили на аппарате Реограф «Рео-спектр» Copyright фирмы «Neirosoft» (Россия);

4. Кислотно-основное состояние и газовый состав крови определяли на анализаторе «CibaCorning» (США);

5. Исследование длительности ИВЛ и времени пробуждения в отделении анестезиологии и реанимации.

Анализ показателей центральной гемодинамики у больных основной группы показал, что у 44 (88%) больных на этапе индукции и начала проведения ингаляционной анестезии изофлюраном гемодинамическая ситуация характеризовалась нормальным ударным индексом, (УИ-38,12±7,05 мл/м²·м) и минутным объемом кровообращения (МОК-5,24±0,96 л/мин) по отношению к должным показателям, с оптимизацией преднагрузки, конечное диастолическое давление в левом желудочке (кддлж) - 9,95±1,73 ммрт.ст. и постнагрузки, ОПС - 1036,48±188,31 у.е., снижением объемного сердечного выброса (ОСВ) - 321,44±54,27 мл/с на фоне артериальной гипотензии, то есть отмечался переходный неполный гипокинетический тип центральной гемодинамики. Сердце выполняло адекватную для данной гемодинамической ситуации работу, что отражалось в показателе работы сердца (W), который составил 3587,32±631,37 кг*м.

К моменту наступления хирургического пнев-

моторакса, на втором этапе анестезии, наступала стабилизация гемодинамических показателей: СИ, УОК, МОК. Сердечный индекс составил -3,21±0,57 л/мин*м²·м, не происходило увеличения работы сердца у 44 (88%) пациентов. Работа сердца составила - 3798,54±693,32 кг*м. и кддлж - 9,74±1,62 ммрт.ст. На третьем этапе операции у 30 (60%) пациентов основной группы на этапе травмы легкого показатели центральной гемодинамики (ЦГ) не выходили за пределы физиологической нормы.

На четвертом этапе операции показатели центральной гемодинамики у 35 (70%) пациентов оставались на стабильно уровне: СИ-3,17±0,53 л/мин*м²·м, УИ-38,32±7,13 мл/м²·м, МОК-5,31±0,98 л/мин, дефицит ОЦК в среднем составил 17,98%. У 9 (18%) пациентов отмечалось снижение СИ в среднем на 13,5%, МОК на 4,2%, и компенсаторное повышение ОСВ на 8,12%, при этом дефицит ОЦК составил в среднем 21,2%. У 6(12%) пациентов отмечалась тенденция к гиперкинетическому типу кровообращения в связи с повышением и постнагрузки на 5,8% и повышении работы сердца на 12,1%, при этом не отмечалось повышение преднагрузки на миокард, что указывает на то, что малый круг кровообращения не находился в режиме перегрузки.

Изменения показателей центральной гемодинамики - УОК, МОК, СИ, ОПС у 47 (94%) больных основной группы носили однотипный характер, что заключалось в поэтапном увеличении УОК в среднем на 14,9%, СИ на 5,8%, МОК на 14,2% при стабильности ОПС на уровне не превышающем допустимый физиологический. На этапе хирургического пневмоторакса, показатели центральной гемодинамики, а именно, работы сердца W находились на стабильном уровне, в пределах нормы.

В контрольной группе у больных туберкулезом легких с нормальными и умеренно сниженными показателями центральной гемодинамики до операции, во время ТВА, во всех случаях отмечалось поэтапное снижение УИ-28,86±5,27 мл/м²·м и МОК- 5,09±0,95л/мин по отношению к должным показателям, с оптимизацией преднагрузки, кддлж -11,98±2,19 ммрт.ст. и снижением постнагрузки, ОПС - 1098,19±219,64 у.е., снижением ОСВ -225,31±41.14 мл/сна фоне артериальной гипотензии.

На этапе хирургического пневмоторакса, в центральной гемодинамике у 7 пациентов отмечался гиперкинетический тип кровообращения, что выражалось в увеличении преднагрузки на 25,6% и постнагрузки в среднем на 32,08%. На ЭКГ до операции

у 1 пациента отмечалось наличие неполной блокады правой ножки пучка Гиса, у 3 - изменения в миокарде обменного характера. У 12(24%) пациентов стабилизация гемодинамики к моменту наступления хирургического пневмоторакса не наступала, пределы колебаний среднего артериального давления составили 12-47% от нормы. При этом СИ, УОК, МОК имели тенденцию к снижению СИ на 12,8% $-2,39 \pm 0,44$ л/мин*м*м, происходило увеличение работы сердца в среднем на 30% и повышение преднагрузки на 23,9% что выражалось в увеличении показателей $W-5009,33 \pm 914,58$ кг*м. и кддлж $-13,21 \pm 2,45$ ммрт.ст.

На третьем этапе операции отмечался переходный гипокINETический тип кровообращения, сердце выполняло избыточную для данной гемодинамической ситуации работу на 38,1%, что составило в среднем $W-5071,63 \pm 925,95$ кг*м. Дефицит фактического объема циркулирующей крови составил $26,77 \pm 4,97$ % от должного, а плазмы $20,02 \pm 3,66$ %.

К концу операции с уменьшением степени травматизации показатели центральной гемодинамики имели тенденцию к восстановлению, но оставались на цифрах, не превышающих исходные. У 34 (68%) больных показатели центральной гемодинамики оставались на стабильно гипокINETическом уровне: СИ $-2,65 \pm 0,48$ л/мин*м*м, УИ - $32,67 \pm 5,96$ мл/м*м, МОК $-4,46 \pm 0,81$ л/мин., несмотря на компенсаторное увеличение работы сердечной мышцы, что выражалось в увеличении показателя $W\phi$ на 23%. К концу хирургического вмешательства у 34 (68%) больных основной группы отмечался сниженный уровень всех основных параметров центральной гемодинамики.

У 48 (96%) больных контрольной группы изменения показателей центральной гемодинамики носили однотипный характер, что заключалось в поэтапном снижении УОК, СИ, МОК при стабильном повышении пост- и преднагрузки. Показатели УОК, МОК, СИ на этапе хирургического пневмоторакса, имели тенденцию к снижению, а на этапе травмы легкого по отношению к уровню наркозного периода оставались статистически не стабильными. К концу операции с уменьшением степени травматизации показатели центральной гемодинамики имели тенденцию к восстановлению, но оставались на цифрах, не превышающих исходные.

В целом изменения показателей центральной гемодинамики у большинства больных контрольной группы носили однотипный характер, что заключалось в поэтапном снижении УОК, СИ, МОК при повышении ОПС. На этапе хирургического вмеша-

тельства показатели УОК, МОК, СИ по отношению к уровню наркозного периода у большинства больных оставались статистически достоверно сниженными: УОК на 51%, МОК на 54,5%, СИ на 63,6% при повышении ОПС на 62,5%.

Средние показатели кислотно-основного состояния и газов крови в основной группе у больных туберкулезом легких, которым проводили ингаляционную анестезию изофлюраном были более физиологичны и в течение всей операции держались в пределах нормы. У больных основной группы на начальном этапе операции показатель водородного иона (рН) не претерпевал каких либо изменений и на этапах анестезии отличался стабильностью в основной группе – $7,41 \pm 0,05$ против $7,42 \pm 0,06$ после I этапа операции.

Значение ВЕ возрастало во время операции и его положительное значение равнялось в основной группе $2,35 \pm 0,42$ ммоль/л. во время основного этапа операции и до окончания оперативного вмешательства.

Повышение значения буферного основания сопровождалось нарастанием значения стандартного бикарбоната на 8,7%. Напряжение углекислого газа крови снижалось в ходе операции и среднее значение его в основной группе составило $38,65 \pm 2,04$ мм.рт.ст. Напряжение кислорода в венозной крови при ингаляционной анестезии более выражено нарастало в основной группе, в начале операции на 11% и к концу операции составило $114,95 \pm 13,21$ мм.рт.ст. ($p < 0,05$).

На основании полученных данных в исследовании можно отметить, что ни в одном случае не было зарегистрировано нарушений транспорта кислорода, а показатели pCO_2 были более физиологичны при ингаляционной анестезии изофлюраном, которая позволяет избегать гипервентиляции и дыхательного алкалоза, часто возникающих при высоких потоках подаваемых в контур газов.

С углублением анестезии на фоне ИВЛ напряжение кислорода в венозной крови у больных контрольной группы возросло на 22,7% ($139,36 \pm 14,31$ мм.рт.ст.) по сравнению с исходным уровнем, что было обусловлено переводом больных на искусственную вентиляцию воздушно-кислородной смесью и, видимо, не только за счет ИВЛ, но и вследствие недостаточной экстракции кислорода тканями. На этапах анестезии и операции pO_2 особых изменений не претерпевал и отличался стабильностью.

Полученные результаты показывают, что сни-

жение уровня рН, дефицит буферных оснований и повышение рСО₂ к концу операции свидетельствуют с одной стороны о нарушении транспортной функции крови и с другой - о нарушении тканевого дыхания, но эти изменения недостоверны. Дефицит буферных оснований, снижение рН и нарастание к концу операции рСО₂ в контрольной группе, по-видимому, связано со снижением активности буферных оснований, бикарбонатного буфера и усугублением нарушенного метаболического процесса под воздействием наркоза и операционной травмы. Полученные результаты показывают, что снижение уровня рН, дефицит буферных оснований и повышение рО₂ к концу операции носят компенсированный характер, а также свидетельствуют, с одной стороны, об изменении транспортной функции крови.

Таким образом, можно сделать вывод о приоритетном применении ингаляционной анестезии перед тотальной внутривенной анестезией, о стабилизированном кислотно-основном состоянии крови, которое является интегральным показателем адекватности анестезии и проводимой искусственной вентиляции легких наряду с показателями центральной гемодинамики. Внедрение в клинику фтизиохирургии ингаляционной анестезии показало значительную ее эффективность в сравнении с традиционно используемой тотальной внутривенной анестезией.

Литература

1. Лихванцев В.В., Смирнов В.И., Ситников А.В. и др. // Анестезиология и реаниматология. - 1996. - №3. - с. 68-69.
2. Визель А.А., Фахрутдинов И.Д. // Пробл. туб. - 1999. - №5. - С.21-24.
3. Беленький М.С. и др. // X Всесоюзный съезд фтизиатров: тез. докл. - Киев, 1986. - С.189-190.
4. Соколова В.С. Механизмы нарушений вентиляционной функции легких у фтизиохирургических больных. Диагностика, коррекция, профилактика вентиляционной недостаточности до и после операций на легких: Автореф. дис....д-ра мед. наук. - М., 1993. - 40с.
5. Бунятян А.А. и др. // Итоги: сб. науч. тр. - М.: НЦХ РАМН, 1996. - С. 3-24.
6. Савоничева И.П. // Анестезиология и реанимация во фтизиатрии. - М., 1977. - С. 5-14.
7. Николаенко Э.М., Соколенко Г.В. // Вестн. интенсивной терапии. - 2000. - №2. - С. 37-40.
8. Лихванцев В. В., Субботин В. В., Печерица В. В. и др. // Матер. VI Всероссийского съезда ане-

стезиологов и реаниматологов. - М., 1998. - С.157-158.

9. Pagel D.S. et al. // Anesthesiology. - 1991. - Vol.74. - P.900-902.

10. Lundan G., Manohar M. // Anesth. Analg. - 1983. - Vol.62. - P.499-512.

11. Эгер Э. // Актуальные проблемы анестезиологии и реаниматологии. - Архангельск, 1993. - С. 118-123.

12. Hayashi et al. // Anesthesiology. - 1988. - Vol.69. - P.145.

ТҰЖЫРЫМ

Өкпе туберкулезі ауруына шалдыққан науқастарға ота жүргізу барысындағы орталық гемодинамиканың, қандағы газдардың, қышқылдық-жалпы жағдайына жүргізілген салыстырмалы талдау нәтижесінде, ингаляциялық анестезияны қолдану, операцияның ең травматикалық кезеңінде хирургиялық залалдарға айтарлықтай антиноцицептикалық қорғауды қамтамасыз етеді. Ұзақ және травматикалық операцияларда туберкулезбен ауыратын ауруларға ингаляциялық анестезия қолдану ең тиімді әдіс екендігі дәлелденді. Ингаляциялық әдіс арқылы операцияда болған өкпе туберкулезімен ауыратын науқастарда жалпы көктамырға анестезияны енгізу арқылы операция жасалынған науқастармен салыстырған бастапқы кезеңдегі наркоздан кейінгі залалдар төмен болатынды анықталды. Ингаляциялық анестезия жедел араласу кезінде өкпе туберкулезімен ауыратын науқастарда ең тиімді анестезия болып саналады.

SUMMARY

As a result of the comparative analysis of the central haemodynamics, acid-base balance and gases in the blood of operated patients regarding the pulmonary tuberculosis during inhalation anesthesia with isofluran it was proved that it provides with more evident antinociceptive protection from surgical aggression. It was proved that the inhalation anesthesia in patients with pulmonary tuberculosis is an optimal way of anesthesia for long and traumatic operations. The reduction of early postanesthesia complications in patients with pulmonary tuberculosis operated under inhalation anesthesia was noted in comparison with patients operated under the total intravenous anesthesia. The inhalation anesthesia with isofluran is an optimal way of anesthesia during surgical procedures for patients with pulmonary tuberculosis.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ

Середенко Н.А.

ГУ Противотуберкулезный диспансер, г. Темиртау

На пороге третьего тысячелетия проблема туберкулеза в мире остается особенно актуальной. Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу диктует необходимость разработки и внедрения во фтизиатрическую практику оптимальных методов лечения больных. Наиболее перспективными с точки зрения эффективности терапии туберкулеза являются впервые выявленные больные. Выраженное негативное влияние на течение туберкулезного процесса оказывают сопутствующие хронические заболевания, алкоголизм, наркомания, частота выявления которых также существенно возросла. В связи с этим уменьшение или полная ликвидация проявлений фоновой патологии продолжает оставаться весьма важным элементом лечения больных туберкулезом [1, 2, 3].

В литературе данные об анемии у больных туберкулезом легких до настоящего времени остаются немногочисленными. Практически они ограничиваются только констатацией факта наличия анемии при отдельных клинических формах заболевания.

Целью настоящей работы является определение эффективности лечения больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких с сопутствующей железодефицитной анемией на фоне специфического противотуберкулезного и дифференцированного антианемического лечения.

За период с 2008-2010 годы были обследованы 129 больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких в возрасте от 19 до 73 лет. Среди них преобладали мужчины – 108 (83,7±3,3%), женщин было – 21 (16,4±3,3%).

При поступлении на стационарное лечение у 89 пациентов установлено наличие железодефицитной анемии 1 степени. Концентрация гемоглобина крови находилась в пределах 90-110 г/л. Эти пациенты до выявления туберкулеза легких не отмечали у себя снижения уровня гемоглобина. Они также отрицали наличие хронических кровотечений, наблюдение у гематолога и прием антианемических препаратов.

При поступлении больных на стационарное

лечение и в дальнейшем в процессе наблюдения проводилось обследование по общепринятой схеме, которая включала рентгеномографическое обследование органов грудной клетки (1 раз в 2-3 месяца), микроскопическое и бактериологическое исследование мокроты (1 раз двухкратно в 2-3 месяца).

Все без исключения пациенты получали одинаковое больничное питание (стол №11), традиционное, идентичное медикаментозное в интенсивном режиме лечения и общепринятых патогенетических лекарственных средств (витамины группы В, гепатопротекторы, биогенные стимуляторы). После анализа историй болезни, весь наблюдавшийся контингент был разделен на 4 группы.

В 1 группу вошло 40 (31,0%) больных, у которых не регистрировались отклонения со стороны показателей красной крови.

Остальные 3 группы составили лица с железодефицитной анемией.

2 группу составили 23 (17,8%) больных, которые не получали антианемических препаратов,

В 3 группу включены 45 (34,9%) пациентов, получавших комплексный железосодержащий препарат ферроплекс, который назначали по 2-3 раза в день в течение первых 6-8 недель лечения до нормализации концентрации гемоглобина. В дальнейшем больные продолжали принимать препарат еще 5-7 недель в дозе, 1-2 раза в день.

4 группу составили 21 (16,3%) больных, которые на фоне противотуберкулезного лечения внутрь принимали антиоксидантно-антигипоксанта́нный комплекс, состоящий из токоферола ацетата, аскорбиновой кислоты и рибоксина. Суточная дозировка указанных препаратов была следующей: токоферола ацетат 300 мг, аскорбиновая кислота 1 г, рибоксин 0,6 г. Эти препараты использовали в течение первых 3 месяцев лечения.

Эффективность проводившегося лечения больных оценивалась по срокам и частоте конверсии мазка мокроты методом микроскопии и заживлению

деструктивных изменений в легких. Вероятность достоверности различий сравниваемых средних величин определяли по критерию Стьюдента. Достоверными считали различия между средними величинами при $p < 0,05$.

По частоте и срокам конверсии мазка мокроты достоверное различие между группами наблюдения не зафиксировано, так, прекращение бактериовыделения наступило к концу лечения у 85,0% больных 1 группы, у 73,9% больных 2 группы, у 82,2% больных

3 группы и у 81,0% больных 4 группы (таблица 1).

Частота и сроки закрытия полостей распада представлены в таблице 2, как видно из таблицы 2, наиболее высокая эффективность лечения по данному критерию достигнута среди пациентов без анемии – 85,0%. Самое низкое заживление полостей распада оказалось у больных с анемией, которые не получали антианемические препараты - 26,1%, $p < 0,001$.

Таблица 1 – Частота и сроки конверсии мазка мокроты

Группы	Сроки конверсии мазка мокроты, мес.				Нет конверсии
	2	3	4	6	
1-я n=40	28 70,0±7,2%	32 80,0±6,3%	33 82,5±6,0%	34 85,0±5,6%	6 15,0±5,6%
2-я n=23	12 52,2±10,4%	15 65,2±9,9%	16 69,6±9,6%	17 73,9±9,2%	6 26,1±9,2%
3-я n=45	31 68,9±6,9%	34 75,6±6,4%	36 80,0±6,0%	37 82,2±5,7%	8 17,8±5,7%
4-я n=21	14 66,7±10,3%	15 71,4±9,9%	16 76,2±9,3%	17 81,0±8,6%	4 19,0±8,6%

Вместе с тем лишь через 6 месяцев лечения количество зарегистрированных случаев полного рубцевания полостей распада легочной ткани в 1 группе стало достоверно превышать аналогичные показатели 2 группы, $p < 0,02$. Достоверно часто отмечалось заживление полостей распада у больных без анемии по сравнению с больными анемией, принимавшими

препарат ферроплекс, $p < 0,01$. Прием антианемических препаратов способствовал частому закрытию каверн (3 группе – 57,8%, 4 группе – 76,5%) по сравнению с больными, которые не получали антианемические препараты – 26,1%, разница между группами была достоверной.

Таблица 2 – Частота и сроки закрытия полостей распада

Группы	Сроки закрытия каверн, мес.				Нет закрытия
	3	4	6	9	
1-я n=40	4 10,0±4,7%	7 17,5±6,0%	13* 32,5±7,4%	34***& 85,0±6,3%	6 15,0±6,3%
2-я n=23	-	1 4,3±4,2%	2 8,7±5,9%	6 26,1±9,1%	17 73,9±9,1%
3-я n=45	-	2 4,4±3,1%	11 24,4±6,4%	26# 57,8±7,4%	19 42,2±7,4%
4-я n=21	1 4,8±4,7%	3 14,3±7,7%	5 23,8±9,3%	16### 76,2±9,3%	5 23,8±9,3%

Примечание: * $p < 0,02$, *** $p < 0,001$ – достоверность различий параметров между 1 и 2 группой; & $p < 0,01$ – 1 и 3 группой; # $p < 0,01$, ## $p < 0,001$ – 3 и 4 групп со 2 группой после лечения

Результаты лечения показали характер и степень зависимости между диагностированной изначально у пациентов анемии и ключевыми критериями эффективности проводившихся лечебных мероприятий (абациллирование, заживление легочных каверн). В то же время снижение концентрации гемоглобина крови в значительно большей степени отражалось на заживлении легочных каверн, чем на

прекращение бактериовыделения. Следовательно, анемию необходимо рассматривать в качестве одного из важных факторов, замедляющих полное выздоровление больных с открытыми формами впервые выявленного деструктивного туберкулеза легких. У больных с анемией выявлена прямая зависимость между применением ферроплекса и антиоксидантно-антигипоксантажного комплекса с заживлением легоч-

ных каверн, в то же время достоверная зависимость между использованием этих препаратов и достижением у них абациллинации отсутствовала.

Таким образом, наличие сопутствующей железодефицитной анемии у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких отражается на эффективности их лечения негативно. При назначении пациентам с железодефицитной анемией токоферола ацетат, аскорбиновой кислоты и рибоксина результаты лечения в наибольшей мере приближались к тем, что были зафиксированы в группе больных без анемии, при этом необходимо отметить, что использованные для лечения анемии препараты в большой мере способствуют достижению абациллинации, чем закрытию полостей распада.

Литература

1. Васильев А.В. // Пробл. туб. – 1999. - №3. - С. 5-7.
2. Жамборов Х.Х. // Пробл. туб. – 1999. - №2. - С. 8-9.
3. Кибрик Б.С., Челнокова О.Г. // Пробл. туб. – 1999. - №2. - С. 5.

ТҰЖЫРЫМ

Өкпенің деструкциялы туберкулезімен алғаш рет ауырған науқастарда жанасқан теміржетіспеушіліктен

анемияның болуы емнің тиімділігіне кері әсер жасайды. Теміржетіспеушіліктен анемиясы бар науқастарға антианемиялық дәрілерді тағайындау кезінде ем нәтижелері анемиясы жоқ науқастардың көрсеткіштеріне жақындады.

РЕЗЮМЕ

Эффективность лечения больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких на фоне железодефицитной анемии. Наличие сопутствующей железодефицитной анемии у больных с впервые выявленным деструктивным туберкулезом легких отражается на эффективности их лечения негативно. При назначении пациентам с железодефицитной анемией антианемических препаратов результаты лечения в наибольшей мере приближались к тем, что были зафиксированы в группе больных без анемии.

SUMMARY

Availability accompanying iron-deficient anemia at patients with for the first time revealed destructive tuberculosis of lungs is reflected in efficiency of their treatment negatively. At purpose to patients with iron-deficient anemia antianemic treatment clinical results medical in the greatest measure came close that has been fixed in group of patients without anemia.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАКТОБАПОЛА В ЛЕЧЕНИИ ДИСБАКТЕРИОЗА У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Смаилова Г.А., Сагинтаева Г.Л., Цой И.Г., Аленова А.Х., Даирова С.М.

*Национальный центр проблем туберкулеза РК, г.Алматы
Казахская академия питания, г.Алматы*

Общеизвестно, что лечение туберкулеза противотуберкулезными препаратами по сравнению с лечением неспецифических инфекций антибиотиками широкого спектра действия является длительным, приводя к развитию значительных дисбиотических нарушений в кишечнике, выраженность которых определяет тяжесть течения

и эффективность проводимого лечения [2]. Сформировавшиеся дисбактериозы кишечника трудно поддаются лечению и для полного выздоровления, сопровождающегося нормализацией микрофлоры, необходимо длительное время [3, 4].

В современных условиях пробиотические и пребиотические препараты считаются важнейшими

средствами реабилитации людей при самых различных заболеваниях, изучаются возможности применения их для профилактики различных заболеваний как эффективных, безопасных и доступных средств коррекции нарушений кишечного и других микробиоценозов человека в виде пищевых добавок [1].

Учитывая, что бифидобактерии составляют основную часть микрофлоры кишечника, основным способом коррекции нарушений микробиоценоза следует считать применение бифидосодержащих лекарственных средств и продуктов. Казахской академией питания разработан принципиально новый пробиотический препарат лактобапол, представляющий собой смесь высокоактивных штаммов молочно-кислых бактерий, заключенных в микросферы, и полученный с использованием нанотехнологических приемов мелкодисперсного порошка пшеничных отрубей. Данный препарат уникален тем, что в состав его входят пре- и пробиотики. В качестве пребиотика используется пищевой продукт «бапол», в состав которого входит специальная фракция обработанных по особой технологии мелкодисперсных пшеничных отрубей (90,0%) и мучка (10,0%). В качестве пробиотика используются высушенные лактобактерии.

Целью исследования было изучение эффективности лактобапола в коррекции дисбактериоза у впервые выявленных больных туберкулезом легких.

Материалы и методы. В связи с поставленной целью нами, на базе легочно-терапевтического отделения №3 Национального центра проблем туберкулеза МЗ РК, проведено наблюдение за 60 больными с впервые выявленным туберкулезом легких, которым в интенсивную фазу химиотерапии проводилось лечение 4-мя ПТП: изониазид (H)+рифампицин (R)+пиразинамид(Z)+этамбутол(E) по режиму 1 категории. Больные были разделены на две группы: в основную группу вошло 30 пациентов, которые получали химиотерапию с использованием лактобапола. Лактобапол назначался по 1 столовой ложке 3 раза в день ежедневно в течение 1 месяца. Препарат запивался водой. В контрольную группу вошло 30 больных, получавших только химиотерапию.

Из них мужчин было 30 (50,0%), женщин – 30 (50,0%). По возрасту больные распределились следующим образом: 18-29 лет – 33 (55,0%), 30-39 лет – 12 (20,0%), 40-49 лет – 11 (18,3%), 50 лет и более – 4 (6,7%). Инфильтративная форма туберкулеза легких диагностирована у 45 больных (75,0%), фиброзно-кавернозная – у 15 (25,0%). Двусторон-

ний процесс наблюдался у 15 (25,0%) больных, односторонний – у 45 (75,0%). Сопутствующие заболевания диагностированы в 30 (50,0%) случаях, из которых наиболее часто встречались заболевания печени и желчевыводящих путей (10 - 33,3%) и ЖКТ (7-23,3%).

Критериями эффективности лечения были конверсия мазка, сроки устранения диспепсических явлений, динамика исследования микробного пейзажа толстой кишки и динамика иммунологических показателей гуморального иммунитета (определение В-лимфоцитов и иммуноглобулинов А, М, G). При проведении исследований на дисбактериоз кишечника материалом исследований служили фекалии, взятые из тщательно промытых горшков в стерильные флакончики в количестве не менее 1,5-2,0г. Изучение микробного пейзажа толстой кишки осуществляли следующим образом: навеску 1г материала, взятую в стерильных условиях, помещали в физиологический раствор, тщательно перемешивали и делали последовательные десятикратные разведения.

Результаты исследования. Диспепсический клинический синдром характеризовался жалобами на тошноту, плохой аппетит, понос, чередующийся с запором, вздутие живота, урчание в кишечнике. Наиболее частыми симптомами были жидкий стул, плохой аппетит, тошнота, склонность к запорам. Реже встречались боли в животе, метеоризм, присутствие слизи в стуле. По окончании курса лечения лактобапол в основной группе диспепсические явления были устранены в течение 20 дней, тогда как в контрольной они сохранялись до 1,5 месяцев.

У всех больных имело место снижение количества облигатной флоры – бифидобактерий и лактобактерий. Содержание бифидобактерий в фекальных пробах было более чем в 2 раза меньше нижнего нормативного уровня ($4,2 \pm 0,92$ г КОЕ/г и $3,4 \pm 0,67$ г КОЕ/г в основной и контрольной группах). Еще более выраженное снижение имело место по содержанию в фекальных пробах лактобактерий (соответственно $1,75 \pm 0,39$ г КОЕ/г и $1,64 \pm 0,651$ г КОЕ/г). Параллельно регистрировалось увеличение процентного содержания условно-патогенной аэробной транзиторной микрофлоры.

В результате сопоставления данных микробиологических исследований у всех обследованных больных был выявлен дисбактериоз 2 степени.

В процессе проведения химиотерапии в большинстве случаев у больных контрольной группы отмечалось усугубление выраженности исходных

нарушений микробиоценоза кишечника. Так, в результате стандартизированного курса лечения впер-

вые выявленных больных происходили более глубокие изменения ассоциации микробов (табл. 1).

Таблица 1 - Динамика основных параметров микрoэкологии кишечника у больных с впервые выявленным туберкулезом легких

Микробиологические параметры	Группы больных				p
	Основная (n =23)		Контрольная (n =19)		
	до лечения	после	до лечения	после	
Общее число E.Coli (1g КОЕ/г)	1,41±0,11	2,86±0,09*	1,48±0,06	2,05±0,08*	<0,05
E.Co1i со слабо выраженными фермент. св-ми (%)	14,34±1,33	15,3±0,9	15,61±1,65	18,3±1,24	>0,05
Лактозонегативные E.Co1i (%)	12,68±4,9	12,94±2,12	11,5±4,24	13,8±1,92	>0,05
Гемолитические E.Co1i (%)	9,13±0,58	9,88±0,42	8,62±0,77	9,66±0,09	>0,05
Proteus (1g КОЕ/г)	9,33±0,42	10,5±1,21*	12,71±0,36	16,93±1,32*	<0,05
Candida (1g КОЕ/г)	7,35±0,25	7,67±0,08*	8,83±0,31	10,59±0,12*	<0,05
Бифидобактерии (1gКОЕ/г)	4,25±0,92	4,47±0,25	3,41±0,67	4,57±0,32	>0,05
Лактобактерии (1gКОЕ/г)	1,13±0,09	1,87±0,08*	1,29±0,13	1,35±0,12*	<0,05
Энтерококки (1gКОЕ/г)	7,8±0,8	9,82±0,32*	3,83±0,65	4,91±0,22*	<0,05

* - различия статистически достоверны

В частности, наблюдалось дальнейшее снижение количества облигатной флоры. Количество определяемых в фекальных пробах бифидобактерий в обеих подгруппах продолжало сохраняться на низком уровне, не достигавших нижних нормативных значений (9,0 1gКОЕ/г). Аналогичная картина отмечалась и по содержанию лактобактерий. Однако нам удалось, по средним значениям, обнаружить положительный эффект от приема испытуемого препарата. Так, после курса лечения соответствующий среднегрупповой показатель в контрольной группе статистически значимо был ниже, чем у больных основной группы (1,35±0,12 1gКОЕ/г и 1,87±0,08 1gКОЕ/г). Наблюдалось незначительное, не достигавшее нормальных границ, нарастание общего числа кишечных палочек, причем наиболее выраженное в случае дополнительного применения лактобапола: в 2,0 раза (с 1,41±0,11 1gКОЕ/г до 2,86±0,09 1gКОЕ/г), тогда как в сравниваемой группе – только в 1,4 раза. По динамике показателей содержания измененных форм кишечных палочек (со слабо выраженным ферментативными, лактозонегативными и гемолитизирующими свойствами) достоверных различий между сравниваемыми лечебными группами установить не удалось.

Параллельно изменялось и содержание условно-патогенной анаэробной флоры. Увеличилось содержание энтерококков, при этом при повторном обследовании в основной группе их содержание

в фекальных пробах примерно в 2 раза превышало показатель группы контроля (9,82±0,32 1g КОЕ/г и 4,91±0,22 1g КОЕ/г соответственно).

У больных контрольной группы после проведенного курса химиотерапии также сохранялись более высокие, по сравнению с принимавшими лактобапол, средние значения содержания таких условно-патогенных микроорганизмов, как бактерий рода *Proteus* (16,93±1,32 1gКОЕ/г и 10,5±1,21 1gКОЕ/г соответственно) и грибов рода *Candida* (10,59±0,12 1gКОЕ/г и 7,67±0,08 1gКОЕ/г соответственно).

Таким образом, включение в комплексную терапию лактобапола позволило корректировать вышеуказанные изменения в сторону уменьшения выраженности показателей нарушенного микробиоценоза кишечника, в частности, по динамике содержания лакто- и бифидобактерий, а также условно-патогенных микроорганизмов (грибов рода *Candida* и бактерий рода *Proteus*). Корректирующий эффект лактобапола можно объяснить опосредованным эффектом, обусловленным высоким содержанием витаминов, микроэлементов и других биологически активных соединений, оказывающих нормализующее действие на исходно нарушенные обменные процессы, антиоксидантный статус и иммунологическую реактивность организма больных туберкулезом легких.

Динамика гуморальных показателей неспецифической иммунологической реактивности в процессе приема лактобапола представлена в таблице 2.

Таблица 2 - Динамика гуморальных показателей неспецифической иммунологической реактивности

Сроки обследования	Группы больных	ЕМ-РОК		Сывороточные иммуноглобулины		
		Абс 1 в мкл	%	А (г/л)	М (г/л)	Г (г/л)
до начала лечения	Основная (n= 12)	607±51	27,1±3,4	2,3±0,32	1,4±0,16	26,6±0,6
	Контрольная (n=11)	563±61	26,4±2,2	2,6±0,21	1,5±0,2	23,6±0,7
после лечения	основная	367±45*	16,3±1,2*	1,6±0,16	1,6±0,16	18,1±1,2*
	контрольная	539±33	23,2±0,4	1,3±0,22	1,3±0,22	22,4±0,78
здоровые (доноры)		262±46	12,6±0,8	2,2±0,12	1,4±0,06	16,2±1,4

*различия статистически достоверны

Согласно таблице 2, исходно у всех взятых в исследование больных по среднегрупповым показателям регистрировалось достоверное повышение абсолютного и относительного количества в периферической крови В-лимфоцитов, сывороточного иммуноглобулина G. В процессе лечения лактобаполом регистрировался иммунокорригирующий эффект в отношении высоких значений количественного содержания В-клеток. Так, после курса лечения лактобаполом в основной группе основное количество В-лимфоцитов приближалось к норме (367+45 и 262+46 в 1мкл соответственно), в то время как в контрольной группе соответствующий показатель сохранялся на высоком уровне (539+33 в 1 мкл). Аналогичное соотношение имеет место по относительным

параметрам. Корректирующий эффект при включении в комплексное лечение лактобапола также отмечался по динамике концентрации иммуноглобулина G, в частности, последняя приближалась к верхним границам контрольных величин (18,1+1,2 г/л, у доноров – 16,2+1,4 г/л), в контрольной группе статистически нормализация отсутствовала (22,4+0,78 г/л).

Таким образом, при назначении лактобапола был отмечен достаточно четкий иммунокорригирующий эффект использованного продукта по динамике количественных параметров циркулирующих в периферической крови В-лимфоцитов и концентрации иммуноглобулина класса G.

Бактериовыделение наблюдалось у всех больных обеих групп.

Таблица 3 - Сроки конверсии мазка у больных с впервые выявленным туберкулезом легких

Группы	Число больных с МБТ+ до лечения	Сроки конверсии мазка (месяцы)			Число больных с МБТ+ до лечения
		2	3	всего	
Основная	30	24 80,0	3 10,0	27 90,0	3 10,0
Контрольная	30	23 76,7	3 10,0	26 86,7	4 13,3
p		>0,05	>0,05	>0,05	>0,05

Согласно таблице 3, конверсия мазка мокроты в целом к окончанию интенсивной фазы наступила у больных основной группы в 90,0% случаев, у больных контрольной группы - в 86,7%. Ко 2 месяцу конверсия мазка наступила у 24 (80,0%) больных, к 3 месяцу – еще у 3 (10,0%), в контрольной – соответственно у 23 (76,7%) и 3 (10,0%). Ни в одном случае достоверной разницы не выявлено.

Выводы

1. При лечении лактобаполом диспепсические явления в основной группе были устранены в течение 20 дней, в контрольной - в течение 1,5 месяцев.
2. Включение в комплексную терапию биологически активной добавки к пище «лактобапол» позволило корригировать выраженность показателей нарушенного микробиоценоза кишечника по динамике

содержания лакто - и бифидобактерий.

3. При назначении лактобапола отмечается достаточно четкий иммунокорригирующий эффект использованного продукта по динамике количественных параметров циркулирующих в периферической крови В-лимфоцитов и концентрации иммуноглобулина класса G.

4. Конверсия мазка мокроты в целом наступила у больных основной группы в 90,0% случаях, у больных контрольной - в 86,7%.

Литература

1. Salminen S., Salminen E. Lactulose, lactic acid bacteria, intestinal microecology and mucosal protection //Scand. J. Gastroenterol., 199, 32 (suppl.222), P. 45-48.
2. Дугина Н.И., Чеботарева Т.В., Митрохин С.Д. Влияние дисбактериоза толстой кишки на эффектив-

ность лечения больных туберкулезом органов дыхания в условиях санатория //Туберкулез сегодня: Материалы VII Рос. съезда фтизиатров, М., 2003, С.234.

3. Красноголовец В.Н. Дисбактериоз кишечника, М., 1989.

4. Методические указания по диагностике и терапии дисбактериоза кишечника, Алматы, 1998, 33с.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада ҚР Туберкулез проблемаларының Ұлттық орталығының №3 өкпе терапиясы бөлімшесінің базасында лактобаполды қолдана алғаш анықталған өкпе туберкулезіне жасалған кешенді емнің тиімділігі туралы мәлімет келтірілген. Негізгі және бақылау тобындағы өкпе туберкулезінің алғаш анықталған 60 науқастың бақылануы келтірілген. Осы келтірілген зерттеулерде қандағы периферикалық В-лимфоциттердің, G иммуннаглобиндік сарысуының саны мен ішек флорасының динамикалық зерттеулерінің мәліметтері бойынша тиімділігі бағаланған. Сонымен қатар лактобапол, қорғаныс күшінің жетілуінің тиімділігіне тигізер үлесі зор деп дәлелденген.

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные об эффективности комплексного лечения впервые выявленного тубер-

кулеза легких при использовании лактобапола на базе легочно-терапевтического отделения №3 Национального центра проблем туберкулеза МЗ РК. Приведено наблюдение за 60 больными с впервые выявленным туберкулезом легких основной и контрольной групп. Эффективность оценивалась по данным динамического исследования кишечной флоры, абсолютного и относительного количества в периферической крови В-лимфоцитов, сывороточного иммуноглобулина G. Доказано, что лактобапол обладает четким иммунокорректирующим эффектом.

SUMMARY

In this paper data are given on effectiveness of the comprehensive treatment of newly detected pulmonary tuberculosis at implementing Lactobapol on the base of Department of pulmonary TB #3 of the National Center for TB Problems, MoH, RK. Observation of 60 patients with newly diagnosed TB of the main and control groups are given. Effectiveness was determined through dynamic evaluation of the intestinal flora, absolute and relative quantity of B-lymphocytes in the peripheral blood, serum immunoglobulin. It was proved that the Lactobapol had the immunocorrective effect.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЛУ ТБ В СОЧЕТАНИИ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

*Хауадамова Г.Т., Абилдаев Т.Ш., Бесстрашнова Я.В., Уразакова Д.И.
Национальный центр проблем туберкулеза РК*

Актуальность

Актуальной проблемой современной фтизиатрии остается сочетание туберкулеза и сахарного диабета, т.к. в последнее время во многих странах отмечается рост заболеваемости туберкулезом и сахарным диабетом [1, 2]. У больных с активным и неактивным туберкулезом сахарный диабет встречается в 3-5 раз чаще, чем среди остального населения [3]. Для туберкулеза, протекающего на фоне сахарного диабета, характерно тяжелое, прогрессирующее течение, замедленная инволюция, склонность к рецидивам, плохая переносимость противотуберкулезных

препаратов. Частота побочных реакций на противотуберкулезные препараты, по данным различных авторов, составляет 45,0-51,0% [4]. В ряде случаев при непереносимости противотуберкулезных препаратов происходит их отмена, что приводит к формированию лекарственной устойчивости. Однако в современной литературе отсутствуют данные о влиянии сахарного диабета на формирование туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

Цель исследования - изучить эффективность лечения больных МЛУ ТБ в сочетании с сахарным диабетом.

Материалы и методы исследования

Проведено когортное ретроспективное исследование 83 больных МЛУ ТБ, находившихся на стационарном лечении в терапевтических отделениях НЦПТ РК в 2005-2010г.г.

Больные были разделены на 2 группы сравнения по принципу наличия сопутствующего сахарного диабета: 1 группу составили 40 больных с сопутствующим сахарным диабетом (СД); 2 группу – 43 больных без СД.

Всем больным проводилась стандартная химиотерапия препаратами второго ряда. Критериями эффективности химиотерапии служили данные бактериоскопии мокроты на МБТ, рентгенологические данные при поступлении в стационар и в динамике.

Для статистической обработки полученных нами данных мы использовали программу SPSS для Windows версии 16.0 (Чикаго, США). В частно-

сти, для анализа мы применили метод определения рисков для исследуемых переменных. Результаты оценивались по следующим критериям: если при расчете единица лежала в пределах 95% доверительного интервала, то разница была статистически достоверной.

Обсуждение результатов

Нами проведена сравнительная оценка эффективности стационарного этапа лечения больных ТБМЛУ с сопутствующим сахарным диабетом и без него.

В целом группы сравнения были идентичны по половозрастному составу. Мужчины в обеих группах составили большинство - 26(65,0%) и 25(58,1%) человек соответственно. Большинство больных приходилось на возрастную категорию от 18 до 29 лет – 35(42,2%). В таблице 1 представлены клинические формы туберкулеза легких

Таблица 1 - Клинические формы туберкулеза легких в группах сравнения

Клинические формы туберкулеза	1 группа		2 группа	
	Абс.	%	Абс.	%
Инfiltrативный	28	70,0	39	90,7
Фиброзно-кавернозный	12	30,0	4	9,3
Всего:	40	100,0	43	100,0

По данным таблицы 1 установлено, что в группе больных туберкулезом и сахарным диабетом чаще встречались тяжелые формы в виде фиброзно-кавернозного туберкулеза - 30,0%.

Тяжесть и течение клинической формы туберкулеза были обусловлены типом сахарного диабета. Из 40 больных 1 группы большинство приходилось

на сахарный диабет II типа - 30 (75,0%), в том числе инсулинзависимый сахарный диабет (ИЗД) имел место у 24 (60%) больных.

Также нами анализировалась сопутствующая патология (исключая сахарный диабет) в группах сравнения (таблица 2).

Таблица 2 - Сопутствующая патология в группах сравнения

Сопутствующая патология	1 группа		2 группа		Достоверность
	абс	%	абс	%	
Болезни сердечно-сосудистой системы	4	10,0	1	2,3	-
Болезни ЦНС	17	42,5	5	11,6	-
Болезни мочевыделительной системы	4	10,0	1	2,3	-
Болезни ЖКТ	1	2,5	9	21,0	*
Эндокринные заболевания	3	7,5	-	-	-
Болезни ЛОР	-	-	3	7,0	-
ХНЗЛ	-	-	-	-	-
Всего	29	72,5	19	44,2	*

*разница между группами является статистически достоверной

При анализе таблицы 2 видно, что в группе с наличием сахарного диабета в целом выше частота сопутствующей патологии (72,5%).

Также нами проанализирована частота осложнений туберкулеза легких среди групп сравнения (таблица 3).

Таблица 3 - Осложнения туберкулеза легких в группах сравнения

Осложнения туберкулеза легких	1 группа		2 группа		Достоверность
	абс	%	абс	%	
ЛСН	5	12,5	1	2,3	-
Кровохарканье	7	17,5	-	-	*
Экссудативный плеврит	-	-	1	2,3	-
Туберкулез бронхов и гортани	1	2,5	-	-	-
Ателектаз	-	-	-	-	-
Всего:	13	32,5	2	4,6	*

*разница между группами является статистически достоверной

Как следует из таблицы 3, в группе больных с наличием сахарного диабета в 7 раз чаще встречались осложнения туберкулеза – 32,5%, тогда как в группе больных без сахарного диабета – в 4,6%. Наиболее часто в группе 1 встречалось кровохарканье – 12,5%.

Эффективность химиотерапии больных в группах сравнения нами оценивалась по срокам конвер-

сии мазка мокроты, уменьшению или закрытию полостей распада.

В таблице 4 представлены сроки конверсии мазка мокроты у больных в группах сравнения. Этот показатель нами рассчитан на число больных с положительным мазком мокроты до начала лечения (38 и 32 больных соответственно).

Таблица 4 - Сроки конверсии мазка мокроты у больных 4 категории (%)

Месяцы	1 группа		2 группа		Достоверность
	абс	%	абс	%	
1 месяц	7	18,4	17	53,1	*
2 месяц	11	28,9	7	21,9	-
3 месяц	5	13,2	3	9,4	-
4 месяц	5	13,2	2	6,2	*
5 месяц	4	10,5	-	-	-
6 и более	1	2,6	-	-	-
БК+ сохраняется	5	13,2	3	9,4	-
Всего:	38	100,0	32	100,0	-

*разница между группами является статистически достоверной

Так, конверсия мазка в целом в 1 группе достигнута у 86,8% больных, во 2 группе – у 90,6%. Достоверная разница в сроках конверсии мазка отмечена на сроках 1 и 4 месяца от начала химиотерапии. Так, в 1 группе на 1 месяце конверсия отмечена в 18,4% случаях, во 2 группе – в 53,1%. На 4 месяце – соответственно – в 13,2% и 6,2% случаев. В 1 группе

абацилирование не достигнуто в 13,2% случаев, во 2 группе – в 9,4%.

Сроки уменьшения полостей распада у больных 4 категории представлены в таблице 5. До начала химиотерапии распад легочной ткани отмечался у всех больных 1 и 2 групп.

Таблица 6 - Сроки уменьшения полостей распада у больных 4 категории

Месяцы	1 группа		2 группа		Достоверность
	Абс	%	Абс	%	
3 месяца	17	42,5	23	53,5	-
5 и более	5	12,5	13	30,2	*
Закрытие полости	-	-	5	11,6	*
Без перемен	6	15,0	2	4,6	-
Всего:	40	100,0	43	100,0	-

*разница между группами является статистически достоверной

При лечении в режиме 4 категории положительная рентгенологическая динамика отмечалась у 55,0% больных 1 группы и у 95,3% больных 2 группы. При этом у 11,6% больных без сахарного диабета произошло закрытие полостей распада.

Выводы

1. В группе больных с наличием сахарного диабета достоверно чаще встречались осложнения туберкулеза – 32,5%, тогда как в группе больных без сахарного диабета – в 4,6%. Самым частым осложнением в группе 1 являлось кровохарканье – 12,5%.

2. Конверсия мазка в целом в 1 группе достигнута у 86,8% больных, во 2 группе – у 90,6%. Достоверная разница в сроках конверсии мазка отмечена на сроках 1 и 4 месяца от начала химиотерапии. Так, в 1 группе на 1 месяце конверсия отмечена в 18,4% случаях, во 2 группе – в 53,1%. На 4 месяце – соответственно – в 13,2% и 6,2% случаев.

3. Положительная рентгенологическая динамика отмечалась у 55,0% больных 1 группы и у 95,3% больных 2 группы. При этом у 11,6% больных без сахарного диабета произошло закрытие полостей распада.

Литература

1. Смаилова Г.А, Ракишев Г.Б. Туберкулез легких и сахарный диабет. Алматы, 2007.
2. Карачунский М.А., Каминская Г.О., Коссий Ю.Е. и др. // Пробл. туб.- 2006.-№10.- С.17-19.
3. Коровкин В.С. Туберкулез у больных сахарным диабетом - Минск, -1985.- 134с.
4. Смурова Т.Ф., Ковалева С.И. Туберкулез и сахарный диабет.- М., 2007.-68с.

ТҰЖЫРЫМ

Ілеспелі қант диабетімен және қант диабетіне ілеспелі емес ТБ ҚДТ түрімен науқастарды емдеудің тиімділігіне салыстырмалы талдау өткізілді. Қант диабетімен ілеспелі емес ТБ ҚДТ түріндегі науқастар тобында жағымды рентгенологиялық әсері мен қақырықтың өзгерісі ерте мерзімде анықталып және 6 айлық емдеу мерзімінде қақырықтың өзгерісінің жалпы көрсеткіші 2 топтағы науқастар арасында 90,6% болғандығы көрсетілген.

РЕЗЮМЕ

Проведен сравнительный анализ эффективности лечения больных МЛУ ТБ с сопутствующим сахарным диабетом и без него. Показано, что в группе больных с МЛУ ТБ без сопутствующего диабета положительная рентгенологическая динамика и конверсия мокроты наступала в более ранние сроки и в целом показатель конверсии мокроты к 6 месяцу лечения был выше среди больных 2 группы –90,6%.

SUMMARY

Comparative analysis of effectiveness of treatment with MDR TB associated with diabetes mellitus and without diabetes mellitus was conducted. It was proved that in the group of patients with MDR TB without concomitant diabetes mellitus positive roentgenological dynamics occurred in the earlier terms and in general indicator of sputum smear conversion by 6th month of treatment was higher among patients of the Group 2, i.e. 90.6%.

К ВОПРОСУ ОДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЛЕВРИТОВ (случай из практики)

Абдулдаева Л.Е.

Алматинский противотуберкулезный диспансер

Плеврит – это воспаление плевры, часто с образованием фибринозного налета на ее поверхности и выпота в плевральной полости. Плевральный выпот всегда вторичен и является синдромом или осложнением многих заболеваний внутренних органов, хотя в некоторых случаях и на определенных стадиях развития болезни симптоматика плеврального выпота преобладает в клинической картине, иногда маскируя основное заболевание.

Основными механизмами накопления жидкости в плевральной полости при плевритах являются: повышение проницаемости сосудов париетальной плевры, приводящее к повышению капиллярного гидростатического давления в висцеральной и париетальной плевре; увеличение количества белка в плевральной полости; снижение онкотического давления плазмы крови; снижение внутриплеврального давления (при ателектазах вследствие бронхогенного рака легкого, саркоидозе); нарушение оттока плевральной жидкости по лимфатическим сосудам.

Дифференциальная диагностика проводится в отношении плевритов туберкулезной этиологии, плевритов при неспецифических пневмониях, при коллагенозах, плевритов опухолевой природы, первичного рака легкого. На долю туберкулезных плевритов приходится от 29% до 70% всех случаев воспаления плевры; при этом особенно часто туберкулезная этиология плеврита подтверждается у детей (66%) и у молодых лиц в возрасте до 39 лет (75%), при опухолевых плевритах (35-40%), плевритах, осложняющих неспецифическую пневмонию и системных заболеваниях соединительной ткани (15%). Известно, что более 40% пневмоний сопровождается плевральным выпотом.

Приводим клиническое наблюдение, подтверждающее трудность дифференциальной диагностики этиологии плеврального выпота.

Ребенок, девочка 3,5 лет, житель сельской местности, поступает в НЦПТ РК с жалобами на слабость, вялость, повышение температуры до фебрильных цифр, снижение аппетита, редкий кашель. Из анамнеза выясняется, что больна в течение месяца, заболевание началось с катаральных явлений, вначале лечение проводилось в амбулаторных условиях (це-

фазолин, жаропонижающие), затем в связи с резким повышением температуры ребенок госпитализирован в районную больницу, где находился в течение 2-х недель, где была продолжена антибактериальная терапия (гентамицин, метрид, роцефин), проведена плевральная пункция, однако жидкость не исследована. Положительной динамики не наблюдалось, на рентгенограмме органов грудной клетки были признаки двусторонней пневмонии, осложненной плевритом справа и, учитывая отсутствие положительной динамики, больная переводится в Национальный центр педиатрии и детской хирургии, где находится в течение недели с диагнозом: Пневмония правосторонняя, полисегментарная, внебольничная, затяжное течение, ДН I ст., осложненная тотальным экссудативным плевритом справа. Сопутствующие заболевания: Анемия I ст. инфекционно-алиментарного генеза. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки – в 2-х проекциях (в вертикальном положении и в латеропозиции) определяется среднеинтенсивная тень, занимающая латеральные и средние зоны правой половины грудной клетки с относительно четким медиальным контуром, на фоне выраженного сгущения и усиления легочного рисунка, в легочной ткани определяются очагово-сливные тени по медиальным зонам справа, правое легкое поджато, тень сердца и средостения смещены влево. УЗИ плевральной полости – в плевральной полости справа визуализируется крупно-среднедисперсная взвесь толщиной 2,8мм, отмечаются пристеночные вегетации, занимающие плевральную полость на 11 мм. Признаки гнойного плеврита справа. Бактериоскопия жидкости из плевральной полости на МБТ – результат отрицательный. Проведено лечение – цебанекс, мезонекс, ингаляции с беродуалом, щелочные, дюфалак, солфран, увлажненный кислород. Общее состояние немного улучшилось, однако ребенок продолжает периодически температурить, до фебрильных цифр, сохраняется кашель, в связи с чем его переводят в НЦПТ, в отделение реанимации с диагнозом: Пневмония правосторонняя, полисегментарная, внебольничная, затяжное течение, БОС, ДН I ст., осложненная тотальным экссудативным плевритом справа. ПТК слева? Экссудативный плеврит туберкулезной этиологии справа?

Из анамнеза жизни: ребенок от 1 беременности, первых срочных родов, путем кесарева сечения на фоне родостимуляции, родился с весом 2800г, детскими инфекционными заболеваниями не болела, росла и развивалась соответственно возрасту, контакт с больным туберкулезом, вен. заболеваниями, ВГ-А, В, С отрицает. Рубчик БЦЖ – 4мм. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

При поступлении состояние больной тяжелое за счет симптомов интоксикации и ДН. Правильного телосложения, пониженного питания, периферические лимфатические узлы – в 32-х группах до 2-3-размера, плотновато-эластической консистенции, безболезненные, не связанные с окружающей тканью. Кожные покровы бледные, сухие, слизистые также сухие, тургор снижен. Отмечается отставание при дыхании грудной клетки справа. Перкуторно справа в подлопаточной области – укорочение звука, аускультативно дыхание справа ослабленное, хрипы не выслушиваются, ЧД 28 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритм правильный. Язык обложен беловатым налетом. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. В гемограмме – анемия (Hb – 90г/л), лейкоцитоз – $12,18 \times 10^9$, СОЭ – 62 мм/час. Проведена проба Манту 2 ТЕ – результат отрицательный. Анализ плевральной жидкости: лимфоциты – 90%, нейтрофилы – 10%, проба Ривальта +, белок 12,9 г/л, сахар – 1,1 ммоль/л. ИФА на туберкулез – 0,093 (норма – 0,135 + 1,717). Микроскопия мазка из зева и плевральной жидкости на МБТ, а также результаты посева трехкратно - отрицательные. С целью верификации диагноза больной проведена торакоскопия справа с биопсией плевры. Гистологически выявлен неспецифический (парапневмонический) плеврит с фибриновым выпотом, данных за туберкулез нет. Больной проведено лечение - суммамед в/в, линкомицин, микосист, линекс, феркайл, инфезол, альбумин. На фоне проведенной терапии отмечена положительная клинико-рентгенологическая динамика процесса – уменьшились симптомы интоксикации, улучшились лабораторные данные, рентгенологически – динамика за счет частичного рассасывания жидкости и плевральных наслоений справа, легочные поля без очаговых теней. Для дальнейшего лечения ребенок переводится в областную больницу.

Данный клинический случай подтверждает, что при проведении дифференциальной диагностики плевритов необходимо учитывать:

- анамнез заболевания (наличие туберкулезного контакта),
- возраст больного,

- у детей анализ 063 формы - рубчик БЦЖ, данные пробы Манту 2 ТЕ),
- начало заболевания (острое, постепенное),
- клиническое течение, тяжесть состояния,
- лабораторные данные (гемограмма, мокрота и плевральная жидкость на МБТ, атипичные клетки, ИФА),
- рентгенологическую картину (поражение легких),
- туберкулиновую чувствительность (проба Манту 2 ТЕ),
- УЗИ плевральной полости,
- данные плевральной пункции (характер воспалительных изменений, а также клеточный состав),
- наличие эффекта от неспецифической антибактериальной терапии,
- решающим в диагностике плевритов является торакоскопия с последующей биопсией плевры.

Следует обратить внимание на тот факт, что в соматических стационарах не всегда проводят исследование плевральной жидкости (клеточный состав, белок, проба Ривальта), что могло бы раньше верифицировать диагноз, а также необходимо учитывать, что эффективность неспецифической терапии зависит от чувствительности патогенной флоры к антибактериальным препаратам.

ТҰЖЫРЫМ

Плевраның қабынуын дифференциалды анықтау өзекті мәселелердің бірі болып отыр. Тәжірибиеде келтірілген жағдайда, плевраның қабынуын анықтау үшін сірі қабықтың сұйықтығын зерттеудің маңызы зор екені анықталды, балалардағы туберкулиндиагностиканың шешімі, сірі қабықтың биопсиясынан кейінгі торакоскопия болып табылды.

РЕЗЮМЕ

Проблема дифференциальной диагностики плевритов остается актуальной. Приведенный случай из практики подтвердил, что большое значение в диагностике плевритов имеет исследование плевральной жидкости, у детей - туберкулинодиагностика, однако решающим является торакоскопия с последующей биопсией плевры.

SUMMARY

The problem of differential diagnostics of pleurisy remains topical. The case described from our practice has confirmed that the great value in diagnostics of pleurisies has pleural liquid investigation, tuberculinodiagnosis (Mantou test) for children, however thoracoscopy with subsequent pleural biopsy is of decisive means.

О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОКРУГЛЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ ТИПА АССМАНА (случай из практики)

Абдуллина А.Г.

ГПТД Медеуского района, Алматы

Рентгенологическая диагностика инфильтративного туберкулеза легких является одним из основных этапов обследования больного, и нередко она бывает затрудненной при сходных рентгенологических признаках с другими заболеваниями легких.

Зачастую трудности дифференциальной диагностики возникают у рентгенологов при установлении туберкулеза, при наличии округлых теней на рентгенограмме, которые могут быть туберкуломами или периферическими новообразованиями и т.д. [1, 2].

При невозможности установления диагноза на первичном этапе обследования больного зачастую прибегают к более серьезным, инвазивным методам диагностики – хирургическим, не используя возможности компьютерной томографии, бронхологического исследования и др. Как показывает практика, удаление округлых инфильтратов в целях диагностики заболевания чревато различными осложнениями, такими как эмпиема плевры, бронхиальные свищи.

В настоящее время для диагностики различных заболеваний, современная медицина не обходится без использования компьютерной томографии. Она хорошо зарекомендовала себя при детальном изучении различных новообразований, инфильтратов [3]. Вместе с тем при установлении туберкулеза бактериологическое подтверждение диагноза приобретает наиболее важное значение. В таких случаях бронхологическое обследование с взятием материала на бактериологическое исследование бронхоальвеолярного смыва (при отрицательных анализах мокроты) на МБ является решающим методом [4,5].

Приводим наблюдение из практики, когда этиология округлого инфильтрата в легком была установлена без применения хирургического способа, и больной получил адекватное успешное лечение.

Больной З., 12.10.10 года, обратился с подозрением на туберкулез при профосмотре в Медеуский противотуберкулезный диспансер для дообследования.

При обращении он предъявлял жалобы на кашель с мокротой, периодический озноб, небольшую слабость, потеря в весе за последние 2 месяца составила 4 – 5 кг.

Из анамнеза известно, что туберкулезом не

болел, контакты с больными туберкулезом отрицает. Состоит на диспансерном учете по поводу сахарного диабета 1 типа.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Видимые кожные покровы и слизистые обычной окраски. АД-110/70 мм.рт.ст., Пульс-74 уд.мин. Сердечные тоны ясные, ритмичные. В легких - везикулярное дыхание, хрипы не прослушиваются. Селезенка не пальпируется, печень увеличена, выступает из-под реберной дуги на 2 пальца.

На рентгенограмме от 12.10.10 справа в проекции С2 в/доли определяется затемнение округлой формы с размытыми контурами, в прилежащих участках видимых очаговых теней не обнаружено.

Анализ крови: эритроциты: $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 136 г/л, лейкоциты $7,6 \times 10^9/л$, СОЭ-15 мм/ч.

Биохимический анализ крови: белок-64г/л, мочевины 6,0г/л, ост. азот 28,0 г/л, сахар-15 ммоль/л, билирубин 16,03 мкмоль/л.

Анализ мочи: уд. вес 1030, белок 1,65, микроскопия: лейкоциты 0-1.

Анализ мокроты от 8.10.10; 9.10.10; 11.10.10-МБТ не обнаружено.

Установлен предварительный диагноз: Туберкулома в/доли правого легкого? Периферический С-Р в /доли правого легкого?

Больной от консультации онколога отказался.

Для детального исследования тенеобразования в правом легком выполнено рентгеномографическое исследование (7-8 срезы): справа в проекции С2 в/доли определяется фокус затемнения с размерами 2,5х2,3 см, средней интенсивности, неоднородной структуры с малозаметным просветлением, очаговых изменений в окружающей ткани не обнаружено.

Больной направлен на компьютерную томографию легких: в С2 правого легкого обнаружено фокусное затемнение размером 2,5х2,5 см с участком деструкции в центре.

Учитывая жалобы больного, клинико-рентгенологические данные и сопутствующее заболевание, на ВКК решено установить больному диагноз - Инфильтративный туберкулез (Ассмана) в/ доли правого легкого в фазе распада. МБТ-. I кат.

Учитывая наличие распада в округлом инфиль-

трате и отсутствие в мокроте МБТ, решено больному выполнить фибробронхоскопию с забором бронхоальвеолярного смыва (БАС) из дренирующих бронхов С2 правого легкого.

При фибробронхоскопии: изменений со стороны слизистой бронхиального дерева обоих легких не выявлено.

Взят БАС на бактериоскопическое и культуральное исследование на наличие МБТ.

При исследовании БАС бактериоскопическим методом МБТ 2+.

Больному установлен клинический диагноз: Инfiltrативный туберкулез (Ассмана) в/доли справа в фазе распада, МБТ+, 1 категория. Сопутствующее заболевание: сахарный диабет 1 типа.

Больному начато лечение по режиму первой категории. В результате проведенного лечения в интенсивной фазе - в динамике положительная рентгенологическая картина: на рентгенограмме и томограммах от 13.04.11г. отмечается полное рассасывание округлого инфильтрата в С2 справа.

На этапе лечения больного получен результат исследования БАС культуральным методом: обнаружен рост МБТ. Проведенный тест на лекарственную чувствительность выявил устойчивость к изониазиду, рифампицину.

Больной перерегистрирован в IV категорию и в настоящее время продолжает лечение препаратами резервного ряда.

Таким образом, приведенный клинический случай из практики показывает, что при малых округлых туберкулезных инфильтратах (Ассмана) необходимо шире использовать компьютерно-томографические, бронхологические (с забором БАС для обнаружения МБТ) исследования, которые позволят правильно провести дифференциальную диагностику и своев-

ременно назначить адекватное специфическое лечение.

Литература

1. Хоменко А.Г. Туберкулез органов дыхания. - М., 1988
2. Помельцов К.В. Рентгенологическая диагностика туберкулеза легких - М., 1965.
3. Тюрин И.Е. Компьютерная томография органов грудной полости. - С-Пб, 2003.
4. Исмаилов Ш.Ш., Садыков С.Ж., Аденов М.М., Еримбетов К.Д. Бронхоскопия в диагностике туберкулеза: Метод. рекомендации. - Алматы, 2009.
5. Стручков В.И., Лохвицкий С.В. Бронхологические методы при заболеваниях легких. - М., Медицина., 1972.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада оң жақ өкпенің жинақталған инфильтративті түрі (Ассман) деп анықталған науқас жағдайы баяндалған. Дифференциалды анықтау үшін онкологиялық ауруды болдырмау үшін компьютерлік-томографиялық, бронхологиялық және себінді зерттеулері қолданылды.

РЕЗЮМЕ

В статье описан случай выявления у больного округлого инфильтрата (Ассмана) в в/доле правого легкого. Для дифференциальной диагностики использованы компьютерно-томографические, бронхологические и культуральные исследования, которые позволили исключить онкологическое заболевание.

SUMMARY

In this paper case of diagnostics of the round infiltrate (by Assman) in the upper lobe of the right lung is described. There were implemented the computer tomography method, bronchological and cultural investigations for differential diagnostics which allowed to exclude the oncological disease.

ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ У ПОДРОСТКА КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ОБЩЕГО МИЛИАРНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА (случай из практики)

Айнаева Г.А.

Противотуберкулезный диспансер, Жамбылская область, с. Мерке.

Туберкулез кожи - группа разнообразных заболеваний, обусловленных внедрением в кожу микобак-

терий туберкулеза. Микобактерии проникают в кожу экзогенным путем через поврежденный эпидермис

непосредственно от больного или через какие-либо предметы. Однако значительно чаще имеет место эндогенный путь распространения, при котором возбудитель заносится в кожу гематогенно или лимфогенно из туберкулезного очага в другом органе.

Туберкулез кожи относится к немногочисленной группе кожных заболеваний, этиологию которых можно считать установленной. Однако это отнюдь не решает всех проблем и загадок, связанных с этой патологией, что касается, прежде всего, эпидемиологии туберкулеза кожи, его диагностики, изучения патогенеза и классификации как наиболее актуальных.

Данные о распространенности туберкулеза кожи крайне скудны и нередко противоречивы. По официальной статистике в настоящее время ежегодно выявляется в среднем 43 больных туберкулезом кожи на 100000 населения, что составляет 4,1 % всего внелегочного туберкулеза, т.е. в 4-5 раз меньше доли каждой из основных его локализаций. По частоте встречаемости туберкулез кожи стоит на 5 месте после туберкулеза легких, лимфатических узлов, мочеполовой и пищеварительной систем (Akhdari N. et al., 2006; Hay R. J., 2008). Если обратиться к зарубежным данным, то случаи туберкулеза кожи составляют 1,5 % от общего числа больных внелегочным туберкулезом (Sethurman G. et al., 2008).

Различают очаговые (туберкулезная волчанка, колликувативный туберкулез кожи, бородавчатый туберкулез кожи) и диссеминированные (папулонекротический туберкулез кожи, индуративная эритема Базена, острый милиарный туберкулез кожи, лихеноидный туберкулез, туберкулез милиарно-язвенный) формы туберкулеза кожи.

Диагноз туберкулеза устанавливается по данным анамнеза (указания на перенесенный в прошлом туберкулез легких, контакт с больными), клинической картины, результатов туберкулиновых проб, гистологического и культурального исследований. Иногда прибегают к заражению лабораторных животных (морских свинок). В диагностически сложных случаях допустимо проведение пробного лечения. Дифференциальный диагноз проводят с бугорковым сифилидом, раком кожи, лейшманиозом, глубокими микозами, васкулитом. В последние годы частота случаев туберкулеза кожи увеличивается.

По данным исследований известно, что здоровая кожа является неблагоприятной средой для микобактерий. Факторами, подавляющими защитные силы организма и повышающими его восприимчивость к туберкулезной инфекции, являются: гормо-

нальная дисфункция, патология нервной системы, витаминный дисбаланс, расстройства водного и минерального обмена, сосудистые нарушения (венозная застой и др.), неудовлетворительные социально-бытовые и климатические условия, инфекционные заболевания (корь, скарлатина). Причиной снижения иммунитета также может быть ВИЧ.

В районный туберкулезный диспансер села Мерке, Жамбылской области обратился больной Р., 1994 года рождения, с жалобами на слабость, понижение аппетита, похудание, незначительную боль в грудной клетке при глубоком вдохе, редкий кашель, кожные высыпания на лице, туловище и конечностях.

В анамнезе перенес туберкулезный плеврит, в 2009 году пролечен по 1-ой категории, исход: лечение завершено, переведен во 2 группу диспансерного наблюдения. Наблюдался каждые 6 месяцев с большими остаточными явлениями (плевральные наложения). Контакт с туберкулезным больным отрицает. Проживает с родителями в частном доме, родители здоровы, семья социально благополучная. Обострение связывает с перенесенным месяц назад гриппом.

При осмотре состояние больного тяжелое за счет выраженных симптомов интоксикации

Подросток правильного телосложения, пониженного питания. Дефицит веса составляет более 10 % массы тела. При пальпации периферические лимфоузлы увеличены в шейной, подключичной, подмышечной и паховых областях до четвертого размера, подвижные, слегка болезненные, мягко-эластической консистенции. Со стороны костно-суставной системы отмечается искривление позвоночника в грудной части. Грудная клетка обычной формы, правая половина отстает в акте дыхания. При аускультации выслушивается ослабленное дыхание справа, шум трения плевры. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень увеличена.

Консультирован дерматологом: на лице, туловище, конечностях имеются мелкие остроконечные папулы с выраженным геморрагическим характером процесса, цвет папул синюшный. С учетом рентгенологической картины и, в анамнезе, перенесенный туберкулез, дерматологом выставлен диагноз - туберкулез кожи милиарный острый.

В данное время мальчик получает лечение в соответствии с диагнозом - милиарный туберкулез: Инфильтративный туберкулез легких, осложненный эмпиемой плевры справа. Туберкулез перифери-

ческих лимфоузлов в фазе инфильтрации. МБТ + 4 категория МЛУ ТБ. Рецидив. После начала лечения кожные проявления разрешились без следа.

Литература

1. Туберкулез кожи. Клиника, диагностика и лечение/ Под ред. Павловой О.В. СПб, 2008.
2. Клинико-морфологические особенности различных форм туберкулеза кожи/ Под ред. Чужова А.Л. СПб, 2009.
3. Амбулаторная карта больного туберкулезом подростка МРТД.

ТҰЖЫРЫМ

Тері туберкулезі соңғы жылдары сирек кездесетін оғаш жағдай түрі. Негізі аурудың бұл түрі алғашқы туберкулездің белсендендірілген қан арқылы туындайтын нәтижесі деп көрсетіледі. Осы келтірілген клиникалық мысалдың негізі, жалпы емдеу желісіндегі қызметкерлердің және тері дәрігерінің жұмыстарының үйлесімділігінің маңызын, сонымен қатар аурудың ерекшелігіне қарай қырағылықты қажет етеді.

РЕЗЮМЕ

Туберкулез кожи, как ясно обособленная форма чрезвычайно редко встречается в последние годы. Обычно эта форма представляет собой результат гематогенного рассеивания активного первичного туберкулеза. На основании данного клинического примера следует подчеркнуть важность координированной работы специалистов общей лечебной сети и дерматологов, а также проявлять настороженность в зависимости от специфики заболевания.

SUMMARY

Tuberculosis cutis as a clearly separated TB form occurs rather rarely for the last years. Commonly this form is presented as a result of the hematogenic dissemination of the active primary tuberculosis. On the base of a clinical example it should be noted the importance of the coordinated work of the Primary Health Care Network and dermatologists, and also, need to be vigilant regarding to a disease depending on its specificity especially taking into account revealing of the earlier supported tuberculosis in the anamnesis of that patient.

ГИГАНТСКАЯ ГАМАРТОМА ЛЕГКОГО

Матбаев А.А.

ОПТД Алматинской области, г.Талдыкорган

Гамартома – наиболее частое встречающееся доброкачественное образование легких. Гамартома легкого составляет примерно 8% от всех округлых образований легких. Чаще встречается у мужчин. Эти своеобразные доброкачественные врожденные образования относятся к гомопластическим дисэмбриомам – «опухолевидным образованиям, являющимся следствием порока эмбрионального развития зародышевой ткани, при котором наблюдается ненормальное смещение тканей». Это определение, как и термин «гамартома», принадлежит немецкому патологу E.Albrecht (1904). Подобные опухоли могут возникать в различных органах – почках, сердце, коже и др. Гамартумы легких состоят главным образом из хрящевой ткани, поэтому их часто называют хондромами, энхондромами, хондрогамартомами, остеохондромами и т.д. Поскольку эти опухоли,

кроме хрящевой, содержат, как правило, и другие ткани – лимфоидную, мышечную, жировую, железистую и т.д., они полностью соответствуют понятию «гамартома»[1].

Макроскопически эта опухоль имеет шаровидную форму, плотную, слегка эластичную консистенцию, гладкую или мелкобугристую поверхность, отражающую ее дольчатое строение величиной от горошины до кулака, и располагается она обычно вблизи плевры. В некоторых случаях гамартома, удаленная из своего ложа, распадается на отдельные дольки, в других опухоль окружена тонкой фиброзной капсулой. На разрезе гамартома имеет вид желтоватого или сероватого хряща. Ложе опухоли образовано спрессованными альвеолами; иногда виден зияющий просвет бронха. Между опухолью и ее ложем нет анатомической связи: она легко выщипывается из него.

Микроскопически гамартома представляет собой образование, состоящее в основном из хрящевой ткани, которая расположена диффузно или в виде отдельных долек. Хрящ имеет гиалиновое, реже – эластическое строение. Между элементами хрящевой ткани располагается волокнистая или миксоидная соединительная ткань, иногда гиалинизированная, с мелкими округлыми или овальными ядрами. Как правило, в этих опухолях наряду с хрящевой тканью имеются также и ткани иного происхождения. Часто в толще гамартом находятся участки обызвествления или окостенения [1].

Гамартома не склонна к прогрессивному росту, хотя с годами иногда обнаруживается тенденция к медленному увеличению размеров. При этом гамартома легкого может оказывать давление на соседние анатомические структуры, и тогда, подобно периферическому раку, может проявлять себя рядом клинических симптомов: ноющими болями в одной половине грудной клетки, кашлем, одышкой [4].

Эти опухоли не вызывают каких-либо характерных клинических симптомов.

В 80% случаев их присутствие бессимптомно, в большинстве случаев их обнаруживают случайно при рентгенологическом исследовании.

Рентгенологическая семиотика гамартом характеризуется округлой или овальной тенью, которая может располагаться в любом отделе легкого, несколько чаще – в нижней доле справа. Диаметр гамартом различен – от 1- 2 до 10 см и более. Описаны опухоли, занимавшие две доли легкого. А.Е. Прозоров (1939) описал наблюдение, в котором гамартома занимала ¼ соответствующей половины грудной полости [5].

Очертания опухоли могут быть ровными или бугристыми (при дольчатом строении). Наиболее характерный признак гамартом – наличие известковых включений, расположенных в виде отдельных зерен или, чаще, центрального конгломерата. Этот признак, по данным J. Vleyer и J. Marks (1957), встречается у 15% больных, по данным J. Bateson и K. Abbott (1960) – у 32%. В некоторых наблюдениях интенсивность центральной части тени гамартоты гораздо выше, чем периферических отделов, причем эта разница значительно больше выражена, чем при других опухолях. По-видимому, речь идет о диффузном отложении известки, которая, не образуя раздельно видимых глыбок, способствует большему поглощению рентгеновских лучей. Кроме того, различия в прозрачности центральных и периферических отделов опухоли можно объяснить тем, что по периферии расположе-

на молодая хрящевая ткань без значительного количества соединительнотканых прослоек.

Окружающий гамартоту легочный рисунок обычно не изменен, реакция плевры и изменения со стороны корня легкого отсутствуют, не выявляется также «дорожка» по направлению к корню. Рост гамартом в большинстве случаев медленный. В ряде наблюдений размеры опухолей не изменяются в течение многих лет. В то же время нередко отмечается прогрессирующее отложение известки в толще опухоли. А.И. Рождественская и др (1968). впервые описали так называемый симптом контрастной каймы, отмеченный при зиянии просвета бронха в ложе опухоли [3].

Аналогичный симптом при эхинококкозе легкого описал С.В. Штерн (1973). [6]. Зафиксированы случаи множественных гамартот легких.

Малигнизация гамартом является казуистической редкостью. Диагноз может быть уточнен пункционной биопсией через грудную клетку, а при эндобронхиальных гамартомах – с помощью бронхоскопии и биопсии [4].

При наличии известковых включений дифференцировать гамартоты приходится от туберкулом легких. Принимают во внимание анамнез, отсутствие других туберкулезных изменений, реакции корня и плевры.

В тех случаях, когда тень гамартоты однородна, а в ее толще нет плотных включений, приходится отличать эти опухоли от многих других шаровидных образований легких [1].

Несмотря на крайне медленный рост и вполне доброкачественный характер гистологического строения, некоторые авторы считают хондроматозные гамартоты потенциально злокачественными. Дифференциальная диагностика между хондроматозной гамартотой и периферическим раком легкого основывается главным образом на отличиях их рентгенологической картины.

Гамартома рентгенологически представляется в виде округлой или овальной тени с резко очерченными контурами, что является характерным отражением экспансивного роста. Для периферического рака, наоборот, характерным является наличие также округлого, но отличающегося нечетким, полициклическим контуром тенеобразования. Недоучет этих нюансов рентгенологической картины может привести к диагностической ошибке.

А.И. Савицкий описал наблюдение, в котором опухоль нижней доли правого легкого имела строение ксантофибромы. Учитывая потенциальную злока-

чественность гамартом, лечение их нужно назначать хирургическое. Это должна быть лобэктомия, а в отдельных случаях вылушение или сегментарная резекция [2].

В литературе имеются многочисленные сообщения о гамартоме, тем не менее встречаются варианты, представляющие большие трудности для интерпретации патологического процесса, особенно, если он протекает под «маской» плеврита.

Большой интерес представляет случай из практики.

Больной К., 27 лет, уроженец Ескельдинского района Алматинской области, поступил в плановом порядке в ЛХО ОПТД с жалобами на кашель, одышку в покое, усиливающуюся при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке справа.

Из анамнеза известно, что пациент в марте 2010г. проходил флюорографическое обследование. Со слов – патологии не выявлено. Ранее туберкулезом не болел, контакт с туберкулезными больными отрицает.

Больным себя считает с мая 2010г., когда впервые появились боли в грудной клетке справа. За медицинской помощью не обращался, лечился нетрадиционными народными методами лечения, без эффекта.

В связи с нарастанием болевого синдрома и появлением одышки больной был госпитализирован в терапевтическое отделение ЦРБ, где с 19.11.2010г. по 12.12.2010г. ему проводилось лечение: пункция плевральной полости, неспецифическая антибактериальная терапия, симптоматическое лечение, без особого эффекта.

05.01.2011г. был консультирован заведующим хирургическим отделением ОПТД. Выставлен предварительный диагноз: Туберкулезный плеврит справа?

С целью дифференциальной диагностики пациент был направлен и госпитализирован в ЛХО ОПТД.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание спонтанное, адекватное. ЧДД- 24 в минуту. При перкуторном обследовании справа от IV ребра – укорочение перкуторного звука. В легких везикулярное дыхание, справа в нижних отделах – не прослушивается, хрипов нет. Сердце – тоны приглушены, пульс 88 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление – 130/80 мм рт.ст. По другим органам – без особенностей.

Анализ крови от 12.01.2011г.: Нб 127г/л,

Ег - 4,46x10⁹, L- 6,3x10⁹, СОЭ 48мм/час; ОАК от 03.02.2011г.: Нб 109г/л, Ег -3,8x10⁹, L-6,9 x10⁹; СОЭ 65мм/час; б/х анализ крови – АЛТ-15,1; АСТ -20,8; билирубин- 8,0-5,0-9,0; Т- 6,0; БСМ от 11.12.2010г. 13.12.2010 №253 – отр. Б/посев трехкратно от 14.01.2011№199 –отр.

R-гр. орг. гр. клетки от 27.12.2010г. справа от III ребра определяется интенсивная гомогенная тень, сливающаяся с куполом диафрагмы. Слева легочные поля без очаговых и инфильтративных изменений. Заключение: экссудативный плеврит справа.

R-гр.правого легкого с захватом купола диафрагмы от 02.02.2011.г.№ 358 срез 6-7 см. На правой боковой R-гр - Справа отмечаются массивные плевральные наслоения. Слева без дополнительных тенеобразований.

Учитывая и анализируя клиническую картину, данные анамнеза и результаты ранее проводимых обследований, можно было предположить у больного наличие образования в плевральной области справа. Появление и нарастание дыхательной недостаточности явилось показанием к оперативному вмешательству.

Под эндотрахеальном наркозом произведена послойная торакотомия по V межреберью. При ревизии обнаружено: в плевральной полости находится образование, спаянное с диафрагмой, париетальной плеврой, нижней и средней долями правого легкого. Образование частично выделено из диафрагмы, париетальной плевры и легкого с техническими трудностями «острым» и «тупым» путем. При дальнейшем выделении «образования» и освобождения от спаек обнаружено, что нижний полюс опухоли плотно спаян к непарной вене. С техническими трудностями был освобожден нижний полюс «образования». Таким образом, было обнаружено образование овальной формы, размером 16x20x15 см, занимающее большое пространство от IV ребра до купола диафрагмы. Было принято решение удалять «опухоль» частями, что и было произведено. После установки дренажной трубки послойно наложены швы на рану.

Макропрепарат: разрушенное образование в виде отдельных фрагментов серого цвета, общей массой 200гр, плотноэластической консистенции и костно-хрящевая ткань размером 4,0x5,0 см овальной формы. Образование заполняет объем 2л.

Гистология от 11.02.2011г. № 3371-380: Фиброзная ткань с участками деструкции. Гамартома легкого.

Послеоперационное течение гладкое, без

осложнений. На 15-е сутки после операции больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Клиническое наблюдение интересно тем, что гамартома у пациента была обнаружена на операции. Необходимо учитывать дифференциально-диагностические особенности патологического процесса, и в каждом конкретном случае выбирать рациональную тактику обследования и лечения.

Этот случай из практики свидетельствует о целесообразности более активной позиции хирурга при подозрении на образование в плевральной полости.

Литература

1. Розенштраух Л.С., Рыбакова Н.И., Виннер И.Г. Рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания, М.: Медицина, 1987, С. 338-340.
2. Руководство по хирургии, / Под ред. АМН проф. Куприянова П.А. - М., Медгиз, 1960, С. 679-682.
3. Розенштраух Л.С., Рождественская А.И. Доброкачественные опухоли легких, М.: Медицина, 1968, - 208с.

4. Руководство по пульмонологии /Под ред. Путова Н.В. Г.Б. Федосеева. - Л., 1978. С. 256-257.

5. Основы рентгенологической семиотики/ Под ред. А.И. Позмогова-Киев, Здоров'я, 1978. - 264 с.

6. Штерн В.Н. Рентгенодиагностика рака легкого. М., Медицина, 1973. - 288с.

ТҰЖЫРЫМ

Клиникалық бақылауда оң жақ өкпеде 16x20x15 см гигантты гамартомасы 27 жастағы науқаста анықталды. Операциялық жолмен жою нәтижесінде емдеу сәттілікпен аяқталды.

РЕЗЮМЕ

В данном клиническом наблюдении описан случай гигантской гамартумы правого легкого размером 16x20x15см у больного 27 лет. При правильной тактике лечения (оперативном удалении опухоли) был предрешен благоприятный исход.

SUMMARY

This clinical observation described the case of a giant gamartoma of the right lung of size 16x20x15 cm in a patient of 27 years old. Thanks to the adequate tactics of treatment (surgical removal of the tumor) favorable outcome was obtained.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕГКИХ ВО ФТИЗИОТОРАКАЛЬНОМ ОТДЕЛЕНИИ

Матбаев А. А.

ОПТД Алматинской области, г.Талдыкорган

Эхинококкоз легких остается широко распространенным среди людей и сельскохозяйственных животных паразитарным заболеванием. Он наносит большой вред здоровью людей, а также экологический ущерб сельскому хозяйству. Эхинококкоз легких по локализации занимает третье место после эхинококкоза печени и брюшной полости. Борьба по ликвидации эхинококкоза – серьезная работа, стоящая перед медицинскими и ветеринарными службами. Эхинококкозом в основном страдает люди молодого работоспособного возраста. Это подтверждают и наши наблюдения. Большинство прооперированных больных (24 человек) – в возрасте от 18 до 50 лет.

В легочно-хирургическом отделении Талдыкор-

ганского областного противотуберкулезного диспансера за 2002-2004гг. по поводу эхинококкоза легких лечилось 33 больных, из них было прооперировано 29 человек (87,9%). В 2 (6,1%) случаях операция не была произведена из-за отказа от нее самих больных, в 2 случаях - из-за наличия противопоказаний в виде декомпенсации со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Возраст прооперированных больных -от 13 лет до 60 лет. У 82,7 % больных имелись одиночные паразитарные кисты, множественные – у 17,2% при этом у 10,3% наблюдались осложненные формы эхинококкоза (нагноение, прорыв в бронх и плевральную полость). Размеры эхинококковых кист были от 1,5 см до гигантских кист, занимающих полно-

стью верхнюю долю легкого. Такие кисты вызывают механическое сдавливание легкого и бронха, в результате чего происходит застой секрета и нарушение кровообращения. Все это приводит к появлению давящей боли на пораженной стороне, появлению сухого кашля с выделением мокроты иногда с прожилками крови. Эхинококковая киста может быть бессимптомной.

Анализ нашего клинического материала показывает, что из 33 больных 19 (57,6%) человек жаловались на ноющие боли в грудной клетке, сухой кашель. У одного больного имело место кровохарканье, у 13 (32,4%) больных эхинококкоз обнаружен при профилактическом осмотре, в основном при прохождении медкомиссии в военкомате.

Среди прооперированных 29 больных: сельских жителей было 23 человека (79,3%), горожан - 6 (20,7%).

Как видно, жители сельской местности в 4 раза чаще заражаются эхинококкозом, чем городские. По-видимому, это надо связывать с их частым контактом с домашними животными. Как известно, в сельской местности не проводится дегельминтизация собак.

Отсутствие характерных симптомов, сходство многих клинических проявлений эхинококкоза легких и других объемных процессов этого органа нередко затрудняет постановку точного диагноза до операции. Однако в настоящее время широкое применение лабораторных, рентгенологических, УЗИ, компьютерно-томографических исследований, РПТЛ и других методов исследований с учетом эпидемиологических данных практически во всех случаях облегчает постановку диагноза эхинококкоза легких.

В предоперационном периоде необходимо оценить состояние пациента, особенно тщательная подготовка проводится, когда планируется операция по поводу гигантской эхинококковой кисты легкого. Все системы органов и, особенно, легочная оцениваются на резервную функцию. У больных с нагноением эхинококковой кисты часто наблюдается интоксикация, потеря в весе, анемия, нарушение белкового и электролитного и других видов обмена, нарушения свертывающей системы крови. С учетом этого становится ясным, что предоперационная подготовка больных к операции имеет огромное значение, как для проведения самой операции, так и для проведения дальнейшего лечения и исхода. При плановой операции нами предпринимаются все необходимые меры для улучшения состояния больного, ослабленным больным, кроме медикаментозной подготовки, проводятся несколько сеансов РОУЛСК (реинфузия облученной ультрафиолетовыми лучами собственной крови).

Больные с септическим состоянием имеют низкий уровень антиинфекционной защиты, что является показанием к проведению иммунокорригирующей терапии, к одному из методов которой относится ультрафиолетовое облучение аутокрови.

Использование метода РОУЛСК в комплексном лечении больных с осложненными формами эхинококкоза оказывает положительное влияние на клиническое течение, что подтверждается снижением лейкоцитоза, улучшением общего состояния.

Наш опыт свидетельствует, что при правильном проведении предоперационной подготовки в послеоперационном периоде значительно реже наблюдаются такие осложнения, как ателектаз, пневмония, бронхиальные свищи.

Для доступа к паразитарной кисте мы во всех случаях применяли широкий торакальный разрез соответственно месту локализации паразита.

В 23 случаях (79,3%) проводили эхинококкэктомию с истечением фиброзной капсулы, в 6 (20,7%) случаях была произведена сегментарная резекция. У 3 больных (10,3%) произведена резекция пораженной доли легкого, из них в одном случае - резекция верхней доли левого легкого, у двоих больных - резекция верхней доли правого легкого.

К удалению доли легкого вместе с паразитарной кистой мы прибегали в тех случаях, когда пораженные эхинококкозом доли легкого представляли большую полость с деструктивными процессами, при наличии фиброзной капсулы, ателектазе в окружающей ткани и нарушении кровообращения [2].

У всех больных плевральная полость дренировалась при помощи полихлорвиниловой трубки, введенной через контрапертуру. Дренаж удалялся через 24-48 часов после прекращения выделения воздуха и плевральной жидкости [1].

В послеоперационном периоде у 3 больных после эхинококкэктомии имело место скопление серозно-геморрагической жидкости в плевральной полости, которую устранили с помощью пункции. У одного больного после гигантской эхинококкэктомии на 20-ые сутки развился бронхиальный свищ с эмпиемой плевры. Больной повторно оперирован в НЦХ им. Сызганова. У всех больных дооперационный диагноз был подтвержден на операции.

Наш опыт показывает, что для предупреждения осложнений больные с эхинококкозом легких подлежат ранней радикальной операции.

Больные, прооперированные за 3 года, выписа-

ны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение, один больной, у которого через 2 года обнаружен рецидив эхинококкоза, оперирован повторно.

Литература

1. М.А. Алиев. Справочник хирурга. Алматы, 1997. С. 222 - 233.

3. Паразитарные кисты легкого // Многотомное руководство по хирургии. - М., 1960. -Т. V. -с. 616-634

ТҰЖЫРЫМ

Эхинококкоз ауруына шалдыққан науқастардың ауыл тұрғындарында көп кездесуінің себебі: ветеринарлық қадағалаудың жетіспеушілігіне байланысты. Осы жағдайлар эхинококкоздың алдын алу шараларының сапасын төмендетуде. Ит, мысықтардың ішек-құрт ауруларын емдеу жұмыстары толық көлемде жүргізілмейді. Науқастың өз қанын ультрафиолет сәулелерімен залалсыздандырып қайта құю әдісі, әсіресе операцияға дейінгі кезеңде операциядан кейінгі асқынулардың күрт төмендеуіне жақсы әсерін тигізеді. УКЛ аппаратымен өкпе сегментін тігу қан кетудің алдын алады, операцияға оң әсерін тигізіп оның уақытын азайтады. Эхинококкэктомия операциясының қолайлы тәсілі болып есептелетін түрі эхинококк жылауығын (киста) толығымен алып тастау.

РЕЗЮМЕ

Увеличение числа больных эхинококкозом в сельских местностях возможно связано с недоста-

точным ветеринарным надзором, что приводит к снижению качества профилактических мероприятий. Недостаточен охват дегельминтизацией собак и кошек. Применение РОУЛК в предоперационном периоде способствует существенному снижению послеоперационных осложнений. Применение механического шва (аппаратом УКЛ) при сегментэктомии позволяет снизить риск кровотечения, упрощает технику операции, тем самым уменьшает продолжительность операции. Операцией выбора при эхинококкозе легких следует считать эхинококкэктомия с устранением полости. Резекция легкого показана при полном разрушении паразитарной кистой легочной ткани.

SUMMARY

The increase of number of patients with echinococcosis in countryside is due to the insufficient veterinary supervision that results in decrease of quality of preventive measures. Endorsement with dehelminthization of the dogs and cats is rather insufficient. Implementing the reinfusion of auto-blood with ultraviolet irradiation in the preoperative period promotes to significant decrease of complications. The application of a mechanical seam (device УКЛ) at segmentectomy allows to lower the risk of a bleeding and simplifies the operation proceeding. Echinococcectomy with cavity elimination should be considered as an operation of choice at echinococcosis. Lung resection is indicated at the complete lung tissue destruction by parasite cyst.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ И ПОДДЕРЖАНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРИ ТРУДНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ (случай из практики)

Сахариев А.М.

ОПТД г.Талдыкорган, Алматинская область

Трудная интубация – это «клиническая ситуация, при которой опытный анестезиолог сталкивается со сложностями проведения масочной вентиляции и / или интубации больного более чем в трех попытках или в течение более 10 минут» [1]. При обычной анестезии частота трудной интубации трахеи составляет 1,8-2,5% [2]. Трудности при интубации трахеи могут

приводить к серьезным осложнениям, особенно при неудачной интубации. Это одна из сложных ситуаций в анестезиологической практике.

Причины возникновения трудной интубации

Затруднения при интубации возникают в результате невозможности увидеть гортань и голосовые связки и / или из-за препятствий к проведению

интубационной трубки. При условии, что соблюдается правильная техника интубации и пациент находится в оптимальном для интубации положении, причинами

трудностей при интубации могут быть как врожденные, так и приобретенные состояния (табл.1).

Таблица 1- Причины трудной интубации

Врожденные причины	Приобретенные причины
Наследственные синдромы (Марфана, Пьера-Робина)	Лицевая и / или челюстная травма
Заболевания (кистозная гигрома, ахондроплазия)	Ожоги и / или термоингаляционная травма.
Анатомические особенности (короткая шея, ограниченная подвижность нижней челюсти, выступающие резцы, недоразвитие нижней челюсти)	Опухоли ротоглотки
Инфекции ротоглотки	
	Ограничение подвижности шейного отдела позвоночника (травма, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, остеоартрит)
	Беременность
	Ожирение

Прогнозирование трудной интубации

Если во время предыдущей анестезии были трудности с интубацией трахеи, то запись об этом может иметься в истории болезни или выписке, больной и сам может знать о том, что произошло, и проинформировать анестезиолога. План обследования пациентов с предполагаемыми трудностями интубации или трудной интубацией в анамнезе должен обязательно включать осмотр ЛОР-специалиста, непрямую ларингоскопию, а при необходимости - и бронхоскопию. В большинстве случаев трудности интубации могут быть предсказаны во время элементарного предоперационного обследования пациента. Однако даже наиболее скрупулезное обследование не всегда позволяет предсказать трудную интубацию, поэтому каждый анестезиолог должен быть готов к потенциальным трудностям в любое время и при их появлении следовать заранее подготовленному плану действий.

Существует ряд клинических тестов, с помощью которых можно попытаться предсказать вероятность трудной интубации трахеи. Один из таких тестов, широко используемых в настоящее время, был предложен S.R. Mallampati [3] и позднее модифицирован G.L.T. Samsom и J.R.B. Young [4].

Тест основан на визуализации фарингеальных структур, прежде всего небных дужек и язычка, при полном открытии рта пациента. Техника выполнения теста очень проста: пациент сидит напротив врача так, что его рот расположен на уровне глаз врача. Пациент открывает рот как можно шире и при этом максимально высовывает язык. При осмотре ротовой полости анестезиолог может разделить увиденную картину на 4 класса:

Класс 1. Визуализируются небные дужки, мяг-

кое небо и язычок.

Класс 2. Визуализируются небные дужки и мягкое небо, однако преддверие полости рта скрыто основанием языка.

Класс 3. Визуализируется лишь мягкое небо.

Класс 4. Мягкое небо не видно.

С клинической точки зрения, 1-й класс предсказывает легкую интубацию трахеи, тогда как 3-й и 4-й классы свидетельствуют о значительной вероятности трудной интубации. Данная классификация хорошо соотносится с классификацией степени сложности интубации, предложенной R.S. Cormack и J. Lehane и основанной на визуализации структур глотки при прямой ларингоскопии [5]:

Степень I. Видны голосовые связки.

Степень II. Голосовые связки видны лишь частично.

Степень III. Виден только надгортанник.

Степень IV. Не виден даже надгортанник.

Однако классификация Mallampati, хотя и является простой и привлекательной, не позволяет предсказать трудных интубаций во всех случаях. На результаты теста Mallampati влияют способность пациента открыть рот, размер и подвижность языка и других структур ротоглотки, а также подвижность атланто-окципитального сочленения. При этом отмечается высокая частота ложноположительных результатов.

M.E.Wilson et al. [6] предложили учитывать сочетание различных факторов, предрасполагающих к трудной интубации, с подчетом общего количества баллов от 0 до 10. Данная шкала учитывает ограничения в открытии рта и разгибании шеи, выступающие верхние зубы, а также неспособность выдвинуть вперед нижнюю челюсть. Существует еще

целый ряд других тестов, основанных на анатомических факторах.

Расстояние между подбородком и щитовидным хрящом измеряется от щитовидной вырезки до кончика подбородка при разогнутой голове. В норме это расстояние составляет более 6,5 см. Оно зависит от расположения гортани. При расстоянии между подбородком и щитовидным хрящом более 6,5 см интубация трахеи выполняется, как правило, без проблем. Однако, если это расстояние меньше, интубация может быть неосуществимой. Для измерения расстояния между подбородком и щитовидным хрящом могут быть использованы маркер или карандаш длиной 7 см, а также палец анестезиолога; при измерении важно определить, превышает ли это расстояние 7 см.

Расстояние между подбородком и грудиной измеряется от кончика подбородка до яремной вырезки грудины при разогнутой шее и зависит от способности больного разогнуть шею. Этот тест может оказаться полезным для предсказания трудной интубации трахеи, прогнозируемой при расстоянии между подбородком и грудиной менее 12,5 см.

Разгибание шеи в атлантаксиальном сочленении можно оценить, если попросить больного согнуть шею, наклонив ее вниз и вперед. Вслед за этим шея больного удерживается в данном положении, а пациента просят поднять голову, что позволяет понять, насколько осуществимо разгибание шеи. При нормальной подвижности в атлантаксиальном сочленении проблем с интубацией трахеи не возникает, в то же время ограничение движений служит еще одним признаком трудной интубации.

Способность выдвигать вперед нижнюю челюсть позволяет оценить ее подвижность. Если больной выдвигает нижнюю челюсть настолько, чтобы нижние зубы оказались впереди верхних, затруднений в интубации трахеи ждать не приходится, тогда как в ситуации, когда он не может выровнять их в одну линию, интубация обещает быть сложной. [6].

Для предоперационного прогнозирования интубации трахеи наиболее надежными из тестов считаются тест Mallampati, измерение расстояния между подбородком и щитовидным хрящом, способность больного выдвигать вперед нижнюю челюсть, а также разгибание головы в атлантаксиальном сочленении.

Ведение больных с трудной интубацией

При неудачной попытке интубации трахеи необходимо убедиться, что пациент находится в опти-

мальной для интубации позиции. Оптимальным является положение человека, «вдыхающего утренний воздух», когда шея несколько наклонена вперед, а голова запрокинута, при этом отверстия рта, глотки и гортани находятся на одной оси. У некоторых пациентов, (например, с ожирением) для достижения оптимальной позиции может потребоваться подложить валик под лопатки, плечи, шею или затылок.

При необходимости проведения общей анестезии в большинстве случаев проводят интубацию в сознании, которая позволяет поддерживать проходимость дыхательных путей и наиболее безопасна для пациента. Предварительно нужно провести анестезию верхних дыхательных путей, а затем попытаться интубировать трахею по одной из методик. Наиболее часто используется интубация трахеи через нос, т.к. оротрахеальная интубация плохо переносится больными. Методика требует наличия контакта с пациентом и определенных навыков со стороны анестезиолога. Интубацию в сознании предпочтительно выполнять с помощью гибкого бронхоскопа. В этом случае бронхоскоп с надетой на него эндотрахеальной трубкой проводится через носовой ход и продвигается дальше в трахею. После того, как бронхоскоп прошел через голосовую щель, эндотрахеальная трубка проводится по нему в трахею. Некоторые анестезиологи выполняют назотрахеальную интубацию вслепую. При этом эндотрахеальная трубка продвигается через носовой ход до появления дыхательных шумов. В тот момент, когда звуки дыхания приобретают максимальную громкость, трубка продвигается вслепую через голосовую щель. Иногда при этом необходимо изменить положение головы и шеи больного. Данная техника требует определенного опыта и противопоказана при отсутствии подвижности головы и шеи.

При невозможности выполнить интубацию в сознании (например, у детей) можно попытаться интубировать пациента на фоне использования ингаляционных анестетиков и короткодействующих миорелаксантов.

Пациенты в этой ситуации погибают не из-за невозможности интубации, а из-за неадекватной оксигенации. Важно не забывать продолжать оксигенацию и вентиляцию с помощью лицевой маски между попытками интубации.

В отделении реанимации ОПТД при плановых операциях по поводу туберкуломы легких мы столкнулись со случаями трудной интубации. Причины трудной интубации были связаны с анатомическими

особенностями (ограничение подвижности шейного отдела позвоночника и нижней челюсти, толстого языка).

Больной К., 1956 г.р. в плановом порядке взят на операцию по поводу туберкуломы S1 правого легкого. Запланирована анестезия с использованием миорелаксантов. Премедикация в стандартном объеме (промедол 2% - 1,0 мл, димедрол 1) – 1,0 мл, атропин 0,1% - 1,0 мл в/м). Начат вводный наркоз (реланиум, калипсол, фентанил) и после введения миорелаксантов столкнулись с невозможностью интубирования трахеи из-за ограниченной подвижности нижней челюсти и шеи, большого языка. После двух неудачных попыток интубирования, было принято решение использовать бронхоскоп фирмы «PENTAX» (преимуществом метода является возможность использования бронхоскопа как через рот, так и через нос). Для интубации бронхоскоп с надетой на него эндотрахеальной трубкой в качестве проводника вводили в трахею под контролем зрения. Но попытка интубировать трахею через рот не удалась. Повторная попытка интубации трахеи произведена через нос, установлена эндотрахеальная трубка № 6 с манжетой. Плановая операция под наркозом произведена без осложнений.

Больная А., 1975 г.р. в плановом порядке взята на операцию по поводу туберкуломы S1- S2 правого легкого, МТ-.

Из анамнеза: больная страдает остеохондрозом шейных позвонков. Объективно: короткая шея и ограничение подвижности шейного отдела позвоночника. Планировали наркоз с трудной интубацией.

Премедикация в стандартном объеме (промедол 2%-1,0 мл, димедрол 15-1,0мл, атропин 0,1% - 1,0 мл в/м). После вводного наркоза и миорелаксантов начата интубация трахеи, но из-за короткой шеи и ограниченного движения шейного отдела позвоночника попытка интубировать трахею не удалась. После неудачных попыток интубирования, использовали бронхоскоп фирмы «PENTAX» через рот в качестве проводника для визуализации голосовых связок с последующим введением трубки в трахею под контролем зрения. Попытка через рот удачная, установлена трубка № 7 с манжетой. Плановая операция под наркозом проведена без осложнений.

Выводы

Бронхоскоп стал важным орудием в арсенале современной анестезиологии, особенно при трудной интубации.

Преимуществом метода является:

- возможность использования бронхоскопа как через рот, так и через нос;

- четкая визуализация голосовых связок с последующим введением трубки в трахею под контролем зрения;

- отсутствие необходимости общей анестезии для интубации.

Использование местной анестезии не исключает, тем не менее, внутривенной анальгезии и управляемой седации.

Литература

1. Каплан Р.А., Бенулов Ж.Л. и др. // Анестезиология - 1993 - №78. С.397;
2. Rose D.K., Cohen M.M. // Anaesth., -1994, №41, с.372 ;
3. Mallmpati S. R. et all. // Anaesth., -1985, №32, с.429 ;
4. Samsoun G.L. // Anaesth., -1987, №42, с.487 ;
5. Cosmach R. S. // Anaesth., -1984, №39, с.1105-1111;
6. Волков О.И. Трудная интубация трахеи. Поддержание проходимости дыхательных путей, М., 1989 - с.79-85.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада өкпеге операция кезінде фиброоптик қолданып кеңірдекке қиын жағдайда түтік қою көрсетілген. Тәжірибе жүзінде анестезиологтың кеңірдекке түтік қою кезінде асқынулардың алдын алуға бағытталған клиникалық шаралары сипатталған.

РЕЗЮМЕ

В статье описаны два случая трудной интубации трахеи во время легочных операций с использованием фиброоптики. Произведены клинические манипуляции, которые позволили избежать осложнений «трудной интубации» трахеи в анестезиологической практике.

SUMMARY

The author presents the clinical situation, which in anesthesiology is referred to as «difficult intubation». Providing the classification of the methods to diagnose this state, he describes the clinical procedures and manipulations that allow avoiding the complications of «difficult intubation», and proposes algorithms to handle patients.

МЕРЫ КОНТРОЛЯ НАД ТУБЕРКУЛЕЗОМ С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х., Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М.
Национальный центр проблем туберкулеза, г. Алматы*

В Казахстане борьба с туберкулезом остается приоритетным направлением и ее особая актуальность обусловлена поручениями Президента страны.

Стратегия по контролю над туберкулезом в Казахстане реализуется согласно Послания Главы Государства от 28 февраля 2011г., Постановления Правительства РК от 21 декабря 2007г. № 1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан», Межведомственного рабочего Плана по координации реализации противотуберкулезных мероприятий на 2008-2012г.г. и нормативных актов по туберкулезу.

Вышеуказанные документы составляют Национальную Программу борьбы с туберкулезом в стране. В реализацию противотуберкулезной Программы вовлечена сеть ПМСП, УГСЭН, ведомственные учреждения Министерства юстиции РК, Министерства обороны РК, Министерства внутренних дел РК, Министерства образования и науки РК, Министерства труда и социальной защиты РК.

В целом, в последние годы эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Республике Казахстан имеет стойкую тенденцию к улучшению.

Так, заболеваемость населения туберкулезом с 2008г. по 2010г. снизилась со 125,5 до 95,3 (снижение на 24,1%), а смертность от туберкулеза - на 37,3% с 16,9 до 10,6 на 100 тыс. населения. За период с 1999г. показатель смертности снизился на 65,5%.

Улучшение показателей было достигнуто благодаря Указу Президента РК Н.А.Назарбаева от 18 мая 1998 года №3956 «О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан», когда были приняты первоочередные меры, основанные на рекомендациях ВОЗ, начался централизованный закуп ПТП, произошла модернизация бактериологической службы диспансеров и мониторинг проводимых мероприятий.

Наряду с этим, как и во всем мире, в последние годы наблюдается рост устойчивых форм туберкулеза.

Туберкулез с множественной лекарственной

устойчивостью (МЛУ ТБ) является серьезной глобальной проблемой современности. По данным Глобального Отчета ВОЗ, в 2006 году в мире зарегистрировано 23353 новых случаев МЛУТБ. Всего число больных МЛУТБ в 2006 году в мире составило 500 тысяч человек.

Казахстан относится к странам мира с высоким уровнем распространенности МЛУ ТБ. Так, уровень первичной множественной лекарственной устойчивости в 2010г. составил 25,3%, а вторичной – 51,3%. Заболеваемость туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью увеличилась в 2010 году до 10,5 против 8,5 в 2009 году на 100 тыс. населения, рост составил 23,5%.

Высокая заболеваемость населения МЛУ ТБ сохраняется в Атырауской – 22,8; Алматинской-15,8; Кызылординской-15,4; Восточно-Казахстанской-15,2 областях на 100 тыс. населения (по РК - 10,5 на 100 тыс.).

На конец 2010 года в стране насчитывается 8664 больных МЛУ ТБ, из них 44 дети. Число впервые зарегистрированных больных МЛУ ТБ равно 1714. На диспансерном учете в 2010 году наблюдается 10134 больных МЛУ ТБ.

Высокий уровень распространения МЛУ ТБ отмечается в учреждениях уголовно-исполнительной системы, где, по данным лаборатории УКУИС Карагандинской области, уровень первичной МЛУ составляет 40%, а вторичной - 82,2%.

Рост множественной лекарственной устойчивости обусловлен тем, что в 90-х годах прошлого столетия в постсоветских странах в течение 8-10 лет на фоне социально – экономических проблем не было полного перечня необходимых противотуберкулезных препаратов, назначались хаотичные схемы лечения, не было четкого контроля за приемом лекарств, отсутствовали единые стандарты лечения. По заключению экспертов ВОЗ, все указанные факторы 10-15 летней давности обуславливают ситуацию по мультирезистентному туберкулезу в настоящее время.

Кризис в начале 90-х годов, связанный с распадом СССР, имел тяжелые последствия и для Ре-

спублики Казахстан. Экономический спад, миграционные процессы, снижение жизненного уровня населения, недостаточное финансирование здравоохранения в целом и противотуберкулезных мероприятий, в частности, ухудшение экологической обстановки привели к значительному ухудшению ситуации с туберкулезом в стране. Из-за недостаточности обеспечения ПТП для лечения больных ТБ в стране применялись бессистемные и бесконтрольные режимы химиотерапии, зачастую монотерапия. Это обстоятельство в последующем служило основной причиной формирования МЛУ ТБ.

Основные социально-экономические факторы роста и распространения МЛУ ТБ в РК: безработица, миграция, поток больных из пенитенциарных учреждений, алкоголизм и наркомания, безответственное отношение людей к своему здоровью, низкий уровень санитарного просвещения населения, а также проблемы в обеспечении противотуберкулезными препаратами гарантированного качества, проблемы в организации контролируемого лечения.

Еще большую опасность на сегодня представляет туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью, об этой угрозе ВОЗ заявила в 2007г.

Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ ТБ) – это туберкулез, вызванный микобактериями туберкулеза (МБТ), которые, кроме изониазида и рифампицина, устойчивы одновременно к любому препарату из группы фторхинолонов и аминогликозидов.

По данным ВОЗ и CDC, распространенность ШЛУ ТБ в 2006 г. составила в среднем 2%. При этом данная форма туберкулеза выявлена во всех регионах, где проводились исследования по определению уровня устойчивости к противотуберкулезным препаратам второго ряда. Высокие показатели по ШЛУ ТБ выявлены в Южной Корее (15% от всех МЛУ ТБ) и странах Восточной Европы (14% от всех МЛУ ТБ). В настоящее время суперустойчивый туберкулез представляет угрозу для всех стран мира, в том числе и для Республики Казахстан.

По данным бактериологической лаборатории Национального центра проблем туберкулеза, в 2007г. штаммы МБТ с широкой лекарственной устойчивостью обнаружены в 5,7%, в 2008г.- в 7,6%, в 2009г.- в 8% от всех исследованных МЛУ - изолятов.

На сегодня в Казахстане зарегистрировано 357 лабораторно подтвержденных случаев ШЛУ ТБ.

Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью развивается у больного туберкулезом при

неправильном и нерегулярном приеме ПТП первого и второго ряда.

Он распространяется так же, как и другие формы туберкулеза. Скорость распространения зависит от таких факторов, как массивность и длительность контакта с больными, а также состояние иммунной системы.

Наличие устойчивости МБТ к противотуберкулезным препаратам первого и второго ряда может значительно ограничивать возможности лечения таких больных. Даже в странах с хорошо организованной противотуберкулезной программой эффективность лечения больных ШЛУ ТБ не превышает 50%.

Увеличение количества выявленных больных МЛУ ТБ также связано с улучшением диагностики и внедрением ускоренных методов диагностики туберкулеза и МЛУ ТБ.

Казахстан является единственной страной в СНГ, где тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) к ПТП первого и второго ряда выполняется во всех областных и региональных противотуберкулезных диспансерах. По стране 91,3% впервые выявленных и 91,4% повторных случаев туберкулеза в 2010г. были исследованы на ТЛЧ.

Бактериологическая лаборатория НЦПТ МЗ РК прошла тестирование на контроль качества в супранациональной лаборатории в г. Борстель (Германия) и получила статус Национальной референс-лаборатории. В настоящее время в 21 бактериологической лабораторий областных и региональных противотуберкулезных диспансеров осуществляются культуральные исследования мокроты больных и проводится тест на лекарственную чувствительность с контролем качества посевов в Национальной референс-лаборатории при НЦПТ МЗ РК, а в 68 бактериологических пунктах посева 8 областей в стране проводятся культуральные исследования. В рамках Госпрограммы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г. планируется установка вентиляционной системы во всех бактериологических лабораториях областных и региональных противотуберкулезных диспансеров, в 2011г.- в 6 лабораториях.

В течение 2009-2010г.г. в противотуберкулезных организациях страны внедрены быстрые методы диагностики туберкулеза и МЛУ ТБ с использованием современного лабораторного оборудования ВА-СТЕС MGIT 960 и HAIN тест. Данный подход требует высокого качества выполнения методики исследования, наличия всего комплекса оборудования, соот-

ветствующего международным стандартам, исключаящего контаминацию микобактерий туберкулеза, укомплектованность штатами лабораторий, обученным персоналом, обеспеченность электроэнергией (генераторами), реактивами, чистыми субстанциями препаратов первого и второго ряда.

С целью контроля за МЛУ по инициативе МЗ РК и НЦПТ МЗ РК с 2000г. в стране начато внедрение Программы DOTS-Plus. Из-за высокой стоимости противотуберкулезных препаратов второго ряда, отсутствия подготовленных специалистов, нормативных документов, лечение в режиме DOTS-Plus больных МЛУ ТБ было постепенным. Существенный перелом ситуации был сделан в 2003г., когда охват адекватным лечением составил 19,8%. В 2010г. охват лечением противотуберкулезными препаратами второго ряда (ПВР) больных МЛУ ТБ возрос и доведен до 66,0%, что и способствовало снижению показателя смертности от туберкулеза в стране.

Недостаточный охват лечением ПВР больных МЛУ ТБ в 2010г. отмечался в Западно-Казахстанской (54,2%) и Павлодарской (54,5%) областях, тогда как по г. Алматы данный показатель составил 81,1%.

За счет средств 8 раунда Глобального Фонда с 2010г. приобретаются ПВР с сертификатом GMP через Комитет Зеленого Света для лечения 2220 больных МЛУ ТБ гражданского и пенитенциарного секторов, а также противотуберкулезные препараты третьего ряда для лечения больных ШЛУ ТБ.

С целью контроля за МЛУ ТБ в системе КУИС в противотуберкулезных учреждениях тюрем Карагандинской и Павлодарской областей с 2010г. начато внедрение пилотных проектов менеджмента МЛУ ТБ, которое в последующем распространится на противотуберкулезные учреждения УИС, расположенные на территории других областей.

В рамках Госпрограммы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг. планируется охватить лечением ПВР до 85% случаев МЛУ ТБ.

На основе приказа МЗ РК от 10.03.2009г. №129 «Об усилении мер по предупреждению формирования резистентных форм туберкулеза в Республике Казахстан», начата принципиально новая реструктуризация коечного фонда в областных, региональных и районных противотуберкулезных диспансерах по разделению потока содержания больных в зависимости от эпидемиологического статуса. Увеличилось количество специализированных отделений МЛУ ТБ с 20 до 36, а мощность коечного фонда со 1110 коек

в 2008г. до 2410 коек в 2010 году.

Во всех ОПТД специализированные отделения для лечения больных МЛУ ТБ располагаются либо в отдельных зданиях с огражденной территорией, либо имеют отдельные входы и выходы.

Вместе с тем, большинство из этих стационаров не соответствуют международным стандартам инфекционного контроля.

В ГПТД г. Алматы на средства 6 раунда Глобального Фонда создано специализированное отделение, соответствующее требованиям инфекционного контроля.

Лечение больных МЛУ ТБ с использованием препаратов первого и второго ряда в стране осуществляется в соответствии с рекомендациями ВОЗ и положениями Национальной программы, основанной на опыте 10-летней реализации Программы DOTS-Plus.

Показатель «излечиваемости» у больных МЛУ ТБ в РК, пролеченных ПВР в 2008г., составил 75,5% случаев. Эффективность лечения у новых случаев МЛУ ТБ составила 77,8%, а среди рецидивов – 74,5% случаев.

Низкие показатели эффективности лечения зарегистрированы по г.Алматы (55,2% среди новых случаев и 52,8% среди рецидивов), что объективно связано с большим охватом лечением ПВР (61,9% по сравнению с 28,4% случаев охвата по стране) больных МЛУ ТБ с имеющимися медико-социальными особенностями. Данный факт является свидетельством того, что с увеличением охвата лечением ПВР больных МЛУ ТБ более остро возникают проблемы удержания их на лечении.

Необходимость назначения ПВР всем больным с лабораторно подтвержденным МЛУ ТБ независимо от их медико-социальных характеристик, регламентированная приказом Министерства здравоохранения РК от 25.04.2011г. №218 «О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом», требует четкой организации контролируемого лечения, особенно на амбулаторном этапе с активным привлечением ПМСП и других межведомственных организации, а также разработки и внедрения методов стимулирования и социальной поддержки больных.

В настоящее время все нормативные акты по туберкулезу и МЛУ ТБ в стране приведены в соответствие с международными стандартами. Разработано и утверждено Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан.

Несмотря на проводимый комплекс мероприятий, на сегодня существуют ряд не решенных задач в контроле за МЛУ и ШЛУ ТБ: несоответствие существующих противотуберкулезных стационаров международным требованиям инфекционного контроля; значительный резервуар больных с хронической формой туберкулеза с бактериовыделением (1195 чел.); рост и распространенность ВИЧ-инфекции среди населения (более 16 тыс.); недостаточная работа в очагах инфекции по своевременной изоляции контактных (особенно детей и подростков); проблемы внешней и внутренней миграции населения; недостаточный своевременный охват лечением больных МЛУ ТБ противотуберкулезными препаратами второго ряда; недостаточный уровень лекарственного менеджмента в разрезе областей и отсутствия сертификата GMP у препаратов второго ряда, закупаемых Государством; низкое качество организации амбулаторного этапа лечения; отсутствие действенных механизмов повышения приверженности пациентов и медицинских работников к проведению непосредственно контролируемого лечения; недостаточный уровень межведомственной координации; отсутствие единой Национальной программы социальной поддержки больных туберкулезом и членов их семьи; недостаточная эффективность информационно-образовательных материалов по МЛУ и ШЛУ ТБ для проведения санитарно-просветительной работы среди населения с привлечением СМИ.

Для решения этих проблем необходимо создание и утверждение на уровне Правительства долгосрочной региональной межведомственной комплексной Национальной программы борьбы с туберкулезом, МЛУ и ШЛУ ТБ, основанные на стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез». В данной программе должны быть четко распределены функции и обязанности каждой межведомственной организации по вопросам профилактики, выявления, диагностики и лечения больных туберкулезом, МЛУ и ШЛУ ТБ и механизмы их поэтапного выполнения.

С целью профилактики нозокомиального распространения устойчивых форм туберкулеза необходимо в стационары госпитализировать больных преимущественно с бактериовыделением. При этом условия содержания больных в специализированных отделениях должны соответствовать требованиям инфекционного контроля. Для больных с неизвестным статусом лекарственной устойчивости или с высокой вероятностью наличия устойчивого тубер-

кулеза до установки их окончательного диагноза необходимо предусматривать изоляторы или отдельные боксы в противотуберкулезных стационарах. Больных без бактериовыделения и с достижением конверсии мазка мокроты необходимо своевременно переводить на амбулаторное лечение.

Успешность лечения больных туберкулезом и МЛУ ТБ напрямую зависит от качества организации амбулаторного этапа лечения. В связи с этим, создание условий для проведения контролируемого качественного лечения на амбулаторном этапе на уровне ПМСП на сегодня должно стать первоочередной задачей областных и региональных противотуберкулезных программ. При этом правильная организация амбулаторного лечения включает в себе вопросы кадрового обеспечения, административных ресурсов, использования различных методов поощрения больных и медицинских работников, направленных на удержания на непрерывном лечении и решение их социальных нужд. Высоких результатов в контроле за туберкулезом, МЛУ и ШЛУ ТБ невозможно добиться без содействия и контроля со стороны департаментов здравоохранения, ДГСЭН и активной поддержки местных органов власти.

В целом, снижение резервуара инфекции с МЛУ и ШЛУ возможно при адекватном контролируемом лечении всех активных больных в соответствии с их данными ТЛЧ, а также максимальной изоляции больных из I «Г» ДУ в специализированные стационары.

Литература

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г.;
2. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007г. № 1263 «О мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан»;
3. Межведомственный Рабочий План по координации реализации противотуберкулезных мероприятий на 2008-2012г.г.;
4. Guidelines for the programmatic management of drug – resistant tuberculosis. Geneva, World Health Organization. (WHO/HTM/TB/2007.208.).
5. Emergence of Mycobacterium tuberculosis with extensive resistance to second – line drugs – worldwide, 2000-2004. Morbidity and Mortality Weekly Report. 2006. 55(11): 301-305.
6. Руководство по менеджменту случаев ту-

беркулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан.- Алматы, 2009.- С.108.

7. Сборник научных статей по проблеме туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. – Вып.5. – Томск, 2007. – С.6-21.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақала шолу болып табылады. Мақалада Қазақстан Республикасы мен әлемде туберкулездің көпдәріге төзімділігі мен кең өрісті дәріге төзімділігі жөніндегі эпидемиологиялық жағдай келтірілген. Еліміздің өкілеттілігі мен Президентіміздің қолдауымен ведомствоаралық мекемелер мен туберкулезге қарсы ұйымдардың, денсаулық сақтау министрлігі өткізген туберкулездің көпдәріге төзімділігі мен кең өрісті дәріге төзімділігіне бақылау жасау жөніндегі іс-шаралар туралы толық жазылған. Сонымен қатар авторлар осы проблемалар мен оларды шешу жолдарын қарастырған.

РЕЗЮМЕ

Данная статья является обзорной. В статье описана эпидемиологическая ситуация по туберкулезу с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в мире и Республике Казахстан. Подробно расписаны мероприятия по контролю за МЛУ и ШЛУ ТБ, проводимые Министерством здравоохранения, противотуберкулезными организациями и межведомственными учреждениями при поддержке Президента и Правительства страны. Авторами также освещены существующие проблемы и возможные пути их решения.

SUMMARY

This paper presents the review of the epidemiological situation on MDR TB and XDR TB over the World and Republic of Kazakhstan. Measures of anti-TB control on MDR TB and XDR TB conducted by Ministry of Health, anti-TB settings and interdepartmental organizations through support of the President and Government of the country are described in details. Also authors clarify the existing problems and possible ways to resolve them.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Абилдаев Т.Ш., Бекембаева Г.С., Кастыкпаева Л.В.

Национальный центр проблем туберкулеза РК, г. Алматы

В последние годы прогрессивно растет число больных, выделяющих устойчивые формы микобактерий туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам [1, 2, 3, 4]. Лечение подростков с лекарственно-устойчивым туберкулезом представляет большие трудности, так как у большинства из них выявляется полирезистентность МБТ (устойчивость к 3 химиопрепаратам и более), при этом значительное место занимает множественная лекарственная устойчивость (МЛУ). Используя препараты резервного ряда, нам удалось добиться положительных результатов у большинства больных [5,6,7,8].

Однако в литературе нет работ, посвященных изучению отдаленных результатов лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза у детей и

подростков по РК. В то же время изучение этого вопроса очень важно для подросткового населения.

Целью нашего исследования явилось изучение отдаленных результатов лечения подростков, больных МЛУ ТБ.

Материалы и методы

Настоящая работа основана на наблюдении за 320 детьми и подростками, лечившимися в детском отделении Национального Центра проблем туберкулеза за период с 2000-2008 г.г.

Клиническое обследование больных проводилось стандартными методами (осмотр больного, туберкулиновые пробы, общеклинические анализы, рентгенологическое обследование, компьютерная томография органов грудной клетки при необходи-

мости, микробиологическая диагностика, исследование ТЛЧ).

Для выяснения влияния сроков диспансерного наблюдения, клинической структуры заболевания, распространенности процесса, исходов лечения, а также возраста больного на эффективность лечения, нами был проведен статистический анализ с использованием программы SPSS версии 16 (Чикаго, США). Использовался тест t-тест для независимых выборок (Independent-Samples Test), и однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) для сравнения нескольких независимых выборок (One-Way ANOVA).

Значение доверительного интервала для t-теста оценивалось в промежутке от 1 до 95%.

Результаты и их обсуждение

На рисунке 1 представлены данные по числу больных детей и подростков с МЛУ ТБ, взятых на лечение препаратами второго ряда в РК за период с 2000 – 2008гг. Вышеуказанные годы нами были взяты для изучения исходов заболевания и анализа отдаленных результатов лечения ПВР среди детей и подростков.



Рисунок 1 - МЛУ ТБ среди детей и подростков в РК

Из данного рисунка видно, что рост МЛУ ТБ среди детей и подростков в РК начался с 2006г.г.

Проведен ретроспективный анализ медицинской документации 320 детей и подростков с МЛУ ТБ, получавших лечение препаратами второго ряда за период с 2000 по 2008 г.г. Включено в исследование подростков 246 (76,9%), детей - 74 (23,1%).

Как показал анализ по полу и возрасту, в изучаемой группе преобладали подростки в возрасте от 15 до 17 лет - 76,9%, в возрастной группе от 12-14 лет было 17,5% детей. В возрасте 6-8 лет - 2,2%, детей до 5 лет констатировано 1,9% и в возрасте 9-11 лет было 1,6%. Больных женского пола было несколько больше (55,3%), чем мужского (44,7%).

Структура клинических форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью представлена на рисунке 2.

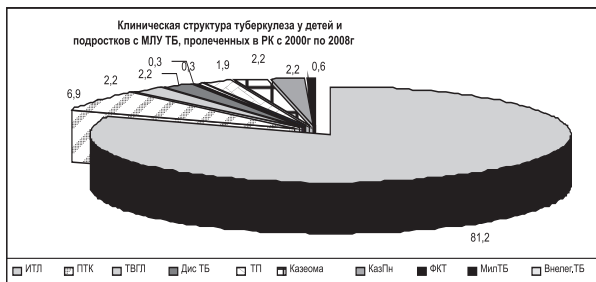


Рисунок 2 - Клиническая структура МЛУ ТБ у детей и подростков, за период 2000-2008гг.

Как явствует из рисунка, в структуре клинических форм у детей и подростков с лекарственно-устойчивым туберкулезом преобладал инфильтративный туберкулез легких (ИТЛ) – 81,2% случаев. Первичный туберкулезный комплекс (ПТК) был диагностирован в 6,9% случаев. С одинаковой частотой был выявлен диссеминированный туберкулез легких (Дис.ТБ), туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ТВГЛУ), фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТ) и милиарный туберкулез (Мил.ТБ) по 2,2% соответственно.

Реже встречались казеозная пневмония и туберкулезный процесс внелегочной локализации 1,9% и 0,6% соответственно. Ограниченные процессы в виде казеомы плевры и туберкулезного плеврита (ТП) встречались в единичных случаях (по 0,3%).

По локализации процесса чаще выявлялись двусторонние (51,3%) распространенные туберкулезные процессы, с деструкцией легочной ткани (62,2%) и бактериовыделением (70,6%).

Следовательно, дети и подростки, взятые на лечение ПВР, представляли собой тяжелый контингент больных с распространенным деструктивным процессом.

После завершения стационарного, санаторного или амбулаторного этапа лечения 95,0% детей и подростков с МЛУ ТБ продолжали наблюдаться в противотуберкулезном диспансере по месту жительства. Выбыли на постоянное место проживания в другие республики 5,0% детей и подростков. Анализ сроков наблюдения на амбулаторном этапе показал, что в 61,6% случаев эти больные находились в первой группе диспансерного учета в течение 2 лет, в 29,4% случаев - в течение 3 лет. В течение 4 лет и более - 2,4% и лишь в единичных случаях они наблюдались в течение 1 года (1,6%).

После завершения диспансерного учета в РТД по первой группе 94,7% детей и подростков продолжали наблюдение во второй группе. В связи с распространенностью туберкулезного процесса, не-

благополучными материально-бытовыми условиями проживания, контактом с больным туберкулезом в семье 58,1% детей и подростков находились в этой группе в течение 2 лет. Одна треть больных (29,7%) наблюдалась в соответствии с приказом МЗ РК № 471 от 10.04.2001г. в течение 1 года, и лишь 6,9% больных наблюдались в течение 3 лет и более.

Изучение отдаленных результатов лечения ПВР показало, что 89,1% детей и подростков были эффективно вылечены, и в последующие годы у них не было отмечено рецидивов, что указывает на адекватность лечения и сроков наблюдения. Умерли в процессе лечения от прогрессирования туберкулезного процесса, несмотря на проводимое лечение, 3,8% больных.

Причиной смерти 8 (66,7%) больных был поздно выявленный, распространенный туберкулезный процесс с полиорганной недостаточностью. Один подросток (8,3%) умер от прогрессирования сопутствующей патологии (сахарный диабет) и трое (25,0%) экзотировали от других причин.

Таким образом, у большинства больных детей и подростков с МЛУ ТБ отмечались благоприятные исходы заболевания.

Рецидивы (5,3%) среди детей и подростков зарегистрированы в основном у больных из социально-неблагополучных условий проживания (100,0%), либо при повторном контакте с больным - бактериовыделителем (85,5%).

Так, рецидивы отмечены у 8 (47,1%) детей, в том числе у одного ребенка (12,5%) через 1,5 года после завершения основного курса лечения, то есть, во время наблюдения по II группе диспансерного учета. Необходимо отметить, что повторное заболевание у большинства детей отмечено после снятия с диспансерного учета 7 (87,5%), в том числе до одного года у 2 (25,0%), через два года у одного (12,5%), через 3 года у троих (37,5%) и у одного больного (12,5%), рецидив наступил через 4 года и 6 месяцев.

Среди подростков рецидив заболевания наблюдался в 9 (52,9%) случаях, в том числе в сроки от 1,5 до двух лет наблюдения по II группе диспансерного наблюдения у троих (23,6%) подростков. Как среди детей, так и среди подростков, повторное заболевание возникло у 6 (66,7%) уже после снятия с учета. Так, до одного года рецидив установлен у одного (11,1%), через 2 - 3,5 года – у 5 (55,5%) подростков.

В последующем дети и подростки, перенесшие рецидив заболевания, вновь наблюдались по I и II группам диспансерного учета.

Среди детей, получивших повторное лечение ПВР в связи с рецидивом, отмечены следующие исходы: «Лечение завершено» – 3 (37,5%), «Вылечен» – 4 (50,0%) и «Нарушение режима» отмечено у одного больного (12,5%), в последующем он умер от прогрессирования туберкулезного процесса.

У подростков, повторно пролеченных препаратами второго ряда по поводу рецидива заболевания, исходы были таковыми: «Вылечен» - у 8 (88,9%) больных, «Лечение завершено» - у 1 (11,1%).

Таким образом, у большинства детей и подростков с МЛУ ТБ лечение оказалось эффективным. Однако наличие рецидивов указывает на то, что больные с лекарственно-устойчивым туберкулезом нуждаются в особом внимании, в более тщательном наблюдении ПТД. Особого внимания требуют пациенты с МЛУ ТБ из семей с низкими материально-бытовыми условиями, относящиеся недобросовестно к лечению и из продолжающегося семейного контакта с больным туберкулезом или из очага смерти.

Проведенный статистический анализ с использованием тест t-теста для независимых выборок (Independent-Samples Test), и однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для сравнения нескольких независимых выборок (One-Way ANOVA), выявил высоко значимую достоверность при определении длительности диспансерного наблюдения по 2 группе ($p < 0,05$). Корреляционный метод также выявил тесную взаимосвязь исходов заболевания, отдаленных результатов лечения ($r = 0,631$) и сроков наблюдения во второй группе диспансерного учета ($r = 0,681$). То есть, большую роль для эффективности лечения больных детей и подростков с МЛУ ТБ играет длительность и регулярность наблюдения во второй группе.

С целью снижения риска возникновения рецидивов туберкулеза, нами разработана социально ориентированная методика диспансерного наблюдения и организации лечения детей и подростков, больных туберкулезом. Определен алгоритм действий участкового фтизиопедиатра для выявления социального статуса больных детей и подростков.

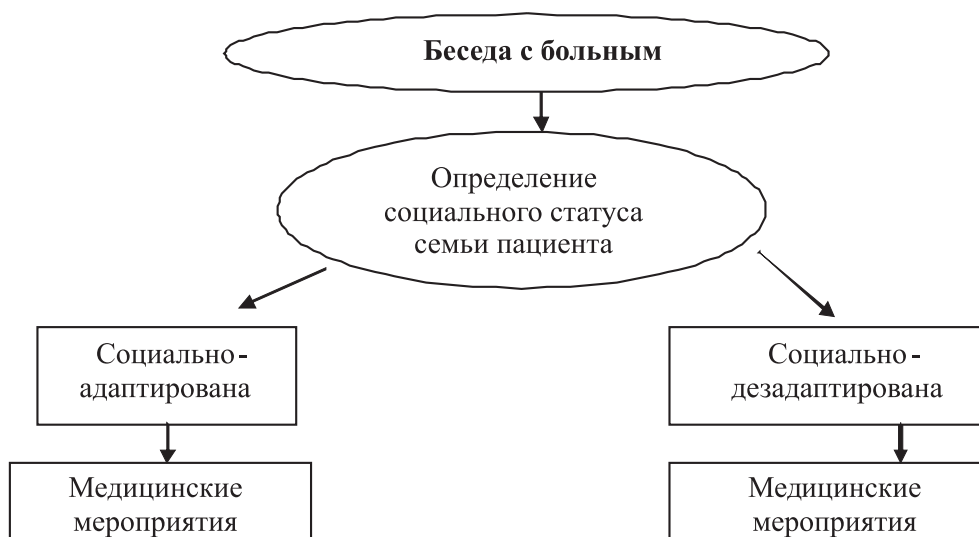
Первый этап алгоритма – наладить контакт с больным, вызвать у него доверительное отношение к медицинскому персоналу, расположить больного к беседе.

Второй этап – участковый фтизиопедиатр после тщательно собранного анамнеза заполняет специально разработанную нами медико-социальную характеристику семьи, в которой проживает паци-

ент. В ней отражена медико-социальная характеристика семьи: состав членов семьи, наличие безработных в семье за последний год, злоупотребление алкоголем, наркотиками членами семьи, жилищное обустройство, длительность проживания в зоне обслуживания диспансера, уровень материальной обеспеченности, пребывание членов семьи в учреж-

дениях уголовно-исправительной системы, события, произошедшие в последние годы, наличие контакта с больными туберкулезом. После анализа данных карты с учетом наличия тех или иныхотягощающих факторов и индивидуальных особенностей семьи пациента, участковый фтизиопедиатр предварительно определяет уровень социальной адаптации семьи.

Алгоритм действий врача-фтизиопедиатра



Медицинские мероприятия для социально деадаптированных семей больных туберкулезом детей и подростков:

- Установить контакт с больным, обеспечить доверительное отношение с медицинским персоналом
- Разработать индивидуальный подход, организовать при необходимости консультацию врача-психотерапевта, особенно для неорганизованного контингента подростков
- Обеспечить необходимыми консультациями специалистами - медиками, при наличии у этого контингента больных сопутствующих заболеваний.
- Организовать непосредственный контролируемый режим химиотерапии на весь период лечения, включая проведение лечения в амбулаторных условиях
- Учитывать в комплексном лечении необходимость применения методов патогенетической терапии, улучшающих иммунный статус и репаративные процессы в легочной ткани.
- Осуществлять противоэпидемические мероприятия в очаге больного туберкулезом, с учетом места и условий проживания больного. Необходи-

мым условием является своевременная изоляция в семье источника бактериовыделения.

- Своевременно, сразу после стационарного этапа лечения, представлять больных на определение группы инвалидности в медико-социальную экспертную комиссию (МСЭК).
- Своевременно представлять документы членов семьи больных туберкулезом, не имеющих места жительства или проживающих в неудовлетворительных жилищно-бытовых условиях, в органы местного самоуправления в соответствии с законодательством Республики Казахстан и контролировать его выполнение.
- Составить список малоимущих больных туберкулезом, нуждающихся в оказании материальной помощи, и подать его главному врачу противотуберкулезного диспансера. Главный врач на основании списка больных составляет ходатайство в администрацию муниципальных образований (акиматы), общественные организации и различные фонды.
- В отношении деадаптированных семей, где родители злоупотребляют алкоголем, применять тактику привлечения представителей органов правопорядка.

- Широко использовать санаторные противотуберкулезные учреждения для оздоровления и изоляции детей и подростков, перенесших МЛУ ТБ.

- Наладить преемственность между региональными противотуберкулезными учреждениями в случаях миграции больных детей и подростков с МЛУ ТБ из одного региона в другой.

Выводы

1. Дети и подростки с МЛУ ТБ, взятые на лечение ПВР по РК с 2000 по 2008 г.г., представляют собой наиболее тяжелый контингент больных, с распространенным (51,3%), деструктивным легочным процессом (62,2%) и бактериовыделением (70,6%).

2. У большинства детей и подростков с МЛУ ТБ лечение препаратами второго ряда оказалось эффективным (81,9%).

3. Наличие рецидивов (5,3%) указывает на то, что больные с лекарственно-устойчивым туберкулезом нуждаются в особом внимании, в более тщательном наблюдении ПТД.

4. Особого внимания требуют пациенты с МЛУ ТБ из семей с плохими материально-бытовыми условиями, относящиеся недобросовестно к лечению и из продолжающегося семейного контакта с больным туберкулезом или из очага смерти.

5. Проведенный статистический анализ с использованием t-теста для независимых выборок (Independent-Samples Test) и однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) для сравнения нескольких независимых выборок (One-Way ANOVA), выявил высоко значимую достоверность при определении длительности диспансерного наблюдения по 2 группе ($p < 0,05$).

6. Корреляционный метод выявил тесную взаимосвязь между исходами заболевания и отдаленными результатами лечения ($r=0,631$) и сроками наблюдения во второй группе диспансерного учета ($r=0,681$).

7. Риск рецидива туберкулеза среди больных детей и подростков с МЛУ ТБ зависит от длительности и регулярности наблюдения во второй группе диспансерного наблюдения.

8. Представленный алгоритм действий врача - фтизиопедиатра позволит правильно организовать наблюдение за перенесшими туберкулез детьми и подростками и своевременно реагировать на процессы, мешающие полному выздоровлению ребенка.

Рекомендации

1. С целью профилактики рецидива туберку-

леза среди больных детей и подростков с МЛУ ТБ из семей с нормальным достатком, при отсутствии контакта с больным ТБ, длительность наблюдения во второй группе диспансерного наблюдения должна составлять не менее двух лет.

2. Минимальный срок наблюдения пациентов с МЛУ ТБ из семей с плохими материально-бытовыми условиями, относящихся недобросовестно к лечению и из продолжающегося семейного контакта с больным туберкулезом или из очага смерти должен составлять не менее 5 лет. Прекращение наблюдения будет зависеть от повышения благосостояния семьи, продление – от наличия контакта с больным в семье.

3. Для правильной организации наблюдения за перенесшими туберкулез детьми и подростками и профилактики рецидивов широко применять в практике разработанный алгоритм действий врача-фтизиопедиатра.

4. Широко использовать санаторные противотуберкулезные учреждения для оздоровления и изоляции детей и подростков, перенесших МЛУ ТБ.

5. Наладить преемственность между региональными противотуберкулезными учреждениями республики в случаях миграции больных детей и подростков с МЛУ ТБ из одного региона в другой.

Литература

1. Ракишев Г.Б., Баймуханова К.Х., Лаврентьева В.И. и др. //Фтизиопульмонология.-2006.-№2(10).- С.100.
2. Исмаилов Ш.Ш. //Фтизиопульмонология.-2006.-№2(10).-С.71
3. Акзамова Р.А. //Фтизиопульмонология.-2005.-№1(7).-С.12-16.
4. Рудой Н.М. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза и ее значение в клинике туберкулеза легких: Дис....д-ра мед.наук.-М.,1964.-42с.
5. Агсенова В.А., Лугинова Е.Ф. //Пробл.туб.-2003.-№1.-С.25-28.
6. Полуэктова Ф.Г. Особенности течения и эффективность лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза у подростков: Дисс. ... канд. мед. наук. - М., 2004.
7. Фирсова В.И. и др. //Пробл.туб.-2005.-№7.-С.25-28.
8. Мыколышин Л.И., Костромина В.П. //Пробл. туб.-1999.-№2.-С.22-24.

ТҰЖЫРЫМ

2000-2008жж аралығында екінші қатардағы препараттармен ем алған ТБ ҚДТ түріндегі 320 балалар мен жасөспірімдердің екінші қатардағы препараттармен емдеу нәтижелерінің қашықтығын зерттеу болған. Зерттеу барысында 89,1% аурудың асқыну мен аурудың қайталану жағдайлары болмай сәтті көрсеткішті көрсетті. Туберкулез үрдісін үнемі емдеу барысына қарамастан 3,8% аурудан қайтыс болды. Балалар мен жасөспірімдер арасында аурудың қайталануы 5,3% болса, негізгі әлеуметтік жағдайы төмен науқастар саны 100,0% құрайды, ал 85,5% бактерия бөлетін науқастармен қатынаста болып қайталанғандар.

РЕЗЮМЕ

Были изучены отдаленные результаты лечения ПВР у 320 детей и подростков с МЛУ ТБ, получавших лечение препаратами второго ряда за период с 2000-2008 г.г. Наблюдение показало, что у 89,1% исходы заболевания были благоприятными – без обострений и рецидивов заболевания. В процессе

лечения от прогрессирования туберкулезного процесса, несмотря на проводимое лечение, умерли 3,8% больных. Рецидивы (5,3%) среди детей и подростков зарегистрированы, в основном у больных из социально-неблагополучных условий проживания (100,0%), при повторном контакте с больным бактериовыделителем (85,5%).

SUMMARY

There were studied the follow-up outcomes of chemotherapy with anti-TB drugs of the second line in 320 children and adolescents with multidrug resistant tuberculosis treated during the period from 2000 to 2008. This surveillance revealed that outcomes were favorable in 89.1% without complications or relapses. During the treatment despite of the therapy conducted 3.8% died due to TB disease progression. Relapses (5.3%) were registered in children and adolescent, in general, there were the patients from socially vulnerable groups of population (100%) and those been in the repeated contact with TB patient excreting M. tuberculosis.

СЕЛЕКТИВНЫЙ КОЛЛАПС ЛЕГКОГО СИЛИКОНОВЫМ ИМПЛАНТОМ В СОЧЕТАНИИ С КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИЕЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ШЛУ

Абилдаев Т.Ш., Еримбетов К.Д., Зетов А.Ш., Фирсов В.И., Малбасканов А.Д., Бектурсинов Б.У., Абдуллина А.Г.

Национальный центр проблем туберкулеза, Алматы

Одной из опасных и грозных проблем при лечении туберкулеза легких является увеличение удельного веса больных с широкой лекарственной устойчивостью, которые практически не поддаются химиотерапевтическому лечению.

В данной ситуации для излечения данной категории больных необходимо отдавать предпочтение хирургическим методам лечения.

Но и при хирургических вмешательствах эффективность лечения находится в зависимости от наличия лекарственной устойчивости МБТ к применяемым АБП [1, 2].

По данным ранее проведенного в НЦПТ РК исследования, пострезекционные осложнения воз-

никли в 27% случаев, из них в 17,2% случаев - в виде эмпиемы плевры с бронхиальным свищом культуры главного бронха, в результате резекционных вмешательств у больных с широкой лекарственной устойчивостью прогрессирование туберкулезного процесса в легких отмечено в 10,3% случаев [3].

Переоценка возможностей химиотерапии и резекционной хирургии у больных с лекарственной устойчивостью привела к существенному снижению интереса к ранее применявшимся методам коллапсохирургии.

Известно множество методов коллапсохирургического лечения больных туберкулезом легких. Наиболее известен способ экстраплеврального

пневмолиза с интраоперационной пломбировкой при лечении деструктивных форм туберкулеза легких [4]. Для проведения пломбировки было предложено использовать более 50 различных материалов, а именно: жировую ткань, парафин, вазелин, целлюлозу, полиакрилат, поролон, йодолипол, полистан и др. [5, 6, 7].

Все ранее предложенные и внедренные до настоящего времени в практику пломбировочные материалы при операциях экстраплеврального пневмолиза обладают аллогенностью и вызывают биологически обусловленные реакции отторжения пломбы, степень которых зависит от иммунологической несовместимости, длительности сроков рассасывания, инкапсуляции и тканевой трансформации, склонности к образованию пролежней, миграции пломбы и развития торакальных и легочно-плевральных свищей.

В настоящее время медицина, благодаря современным технологиям, располагает различными видами силиконовых изделий медицинского назначения, среди которых широкое распространение имеют силиконовые импланты молочной железы на основе силиконового геля.

В последние годы широкое распространение в хирургической практике лечения туберкулеза нашло использование клапанной бронхоблокации (производитель ООО «Медланг»), которая направлена на блокаду дренирующего бронха, вызывая гиповентиляцию или ателектаз пораженного туберкулезом участка легкого [8].

В отделении хирургического лечения легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью Национального центра проблем туберкулеза Республики Казахстан разработана методика использования силиконового импланта в сочетании с клапанной бронхоблокацией в рамках выполнения коллапсохирургических вмешательств у больных с подтвержденным ШЛУ ТБ.

Ввиду малочисленности клинического материала мы приводим описательную статью об опыте применения данной методики.

Цель исследования - стабилизация специфического процесса и прекращение бактериовыделения путем достижения селективного коллапса легкого силиконовым имплантом и клапанной бронхоблокацией при хирургическом лечении больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью.

Материалы и методы исследования

Проведен описательный анализ хирургическо-

го лечения 5 больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью, оперированных на фоне химиотерапии противотуберкулезными препаратами (ПТП) второго и третьего ряда в отделении хирургического лечения легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью Национального центра проблем туберкулеза Республики Казахстан.

Количество женщин в основной группе было 4 (80,0%), а мужчин - 1 (20,0%). В большинстве случаев это были лица молодого возраста, до 26 лет, удельный вес их составил 80,0%, одному пациенту было 46 лет (20,0%).

По типу заболевания у всех пациентов были неудачи лечения, связанные с отсутствием эффекта от предыдущего консервативного лечения.

Длительность заболевания ТБ у больных составила от 3 до 5 лет.

У всех 5 установлен фиброзно-кавернозный туберкулез легких, из них локализация туберкулезного процесса в двух случаях определена в С2 слева, в одном - в С6 справа, а у остальных 2 больных кавернозный процесс верхней доли сочетался с поражением С6.

В связи с длительным периодом химиотерапевтического лечения все больные до операции страдали многими сопутствующими заболеваниями, такими как хронический гастрит, дуоденит, холецистит, анемия, хронический гепатит.

У всех больных выявлены признаки иммунодепрессии. Сахарный диабет 2 типа сопутствовал у одной больной.

Исследование мокроты методом микроскопии и посева на МБТ при поступлении во всех случаях показало положительные результаты с градацией МБТ в мокроте до 3+ и 4+. Спектр лекарственной устойчивости (ЛУ) в обеих группах представлен сложной комбинацией ПТП первого и второго ряда, и практически у всех больных установлена тотальная лекарственная устойчивость.

До госпитализации на оперативное лечение всем больным была назначена схема лечения антибактериальными препаратами второго и третьего ряда.

Данное лечение больные получали в течение 24 месяцев и, ввиду отсутствия эффективности применяемой консервативной терапии, больным было предложено оперативное лечение.

Оценку эффективности хирургического лечения определяли:

• по результатам исследования мокроты на микобактерии туберкулеза (МБТ) методом микроскопии и бактериологического посева на среду Левенштейна-Йенсена;

• по закрытию полости распада (каверны) при рентгенотомографических исследованиях (в динамике).

Методика хирургического лечения у трех больных заключалась в экстраплевральном установлении силиконового импланта фирмы «Mentor» в сочетании с клапанной бронхоблокацией на фоне коллапсохирургического вмешательства, у двух-

плевральном установлении силиконового импланта фирмы «Mentor» в сочетании с клапанной бронхоблокацией без торакопластики.

Клапанная бронхоблокация дренирующего бронха выполнялась до оперативного вмешательства.

Результаты исследования

Хирургическое лечение 5 (100%) больным применено на фоне химиотерапии препаратами третьего ряда.

Виды оперативных вмешательств представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Виды оперативных вмешательств у больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью

Вид операции	Число больных	
	абс	%
Торакопластика с использованием силиконового импланта в сочетании с клапанной бронхоблокацией	2	60,0
Применение силиконового импланта в сочетании с клапанной бронхоблокацией	3	40,0
Всего	5	100,0

В послеоперационном периоде осложнений не наблюдалось.

Наблюдение за больными в течение одного месяца после операции показало следующие результаты:

• в 2 (40,0%) случаях через 2 недели отмечено прекращение бактериовыделения, определенное методом бактериоскопии;

• В остальных 3 (60,0%) случаях грация бактериовыделения, определенная методом бактериоскопии, уменьшилась с 3+ до 1+ МБТ в мокроте.

Во всех случаях взяты анализы мокроты на культуральные исследования, которые находятся в работе.

При рентгенотомографических исследованиях легких в динамике отмечаются признаки значительного коллапса над кавернозными изменениями: у 2 больных полностью спадение каверны, у остальных 3 больных уменьшение размеров каверн до щелевидных форм, уменьшение инфильтрации легочной ткани.

Таким образом, создание селективного коллапса легкого путем применения силиконовых имплантов в сочетании с клапанной бронхоблокацией при хирургическом лечении больных туберкулезом легких с широкой лекарственной устойчивостью является перспективным направлением во фтизиохирургии и позволит излечить и снизить число больных, которые представляют особую опасность для здоро-

вого населения.

Литература

1. Джунусбеков А.Д. Резекция легких у больных с лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза: Автореф....канд.мед.наук: М.,1964.- 19с.
2. Фролов Г.А. и др. // Пробл. туб.- 2002.- № 7.- С. 15- 18.
3. Yerimbetov K., Abildaev T., Alenova A., Zetov A. // Med. and Health Science J., volume 5, 2011/5, P 84-87.
4. Пушкаренко Б.Т. //Грудная хирургия. - 1971. - №6. - С.75-77.
5. Кекин Е.С. //Пробл. туб.-1983.-№1.-С.52-55.
6. Петрунин А.Г. Новый способ коррекции гемиторакса при резекциях легкого: Автореф. дис.... канд. мед. наук. - М., 1980. - 23 с.
7. Ямпольская В.Д. Экстраплевральный пневмоторакс и олеоторакс при туберкулезе легких. М: Медицина, 1963 - С.3.
8. Левин А.В.,Цеймах Е.А., Самуйленков А.М. и др. //Пробл. туб.-2007.-№4.-С.13-16.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада коллапсохирургиялық араласу аясында, талшықты-тесік туберкулезінің кеңейтілген дәріге төзімді түрімен ауыратын 5 науқасқа жүргізілген тәжірибе бойынша, клапандық бронхоблокациямен бірге өкпенің селективті силиконды кол-

лапсы әдісін қолдану туралы жазылған. Операциядан кейінгі кезеңде науқастарда рентгенологиялық оң динамика және қақырық конверсиясы байқалады.

РЕЗЮМЕ

В статье описан опыт применения методики селективного коллапса легкого силиконовым имплантом в сочетании с клапанной бронхоблокацией в рамках выполнения коллапсохирургических вмешательств у 5 больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с подтвержденной ШЛУ. В послеоперационном периоде наблюдается положительная рентгенологическая картина и конверсия мокроты.

SUMMARY

This paper gives the description of the experience of method of selective lung collapse through implementing silicon implant combined with the valve bronchoblocation at collapsosurgical intervention conducted for 5 patients with fibro-cavernous pulmonary tuberculosis with confirmed multidrug resistance. In the postoperative period positive roentgenological picture and sputum smear conversion were observed.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Агзамов Н.А.

*Областной противотуберкулезный диспансер, г. Актобе
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова*

Во всем мире наиболее актуальной проблемой, препятствующей в борьбе с туберкулезом, является развитие у микобактерий туберкулеза (МБТ) устойчивости к лекарственным препаратам, что ведет к снижению эффективности химиотерапии, продлению сроков лечения, а также повышению экономических затрат на их лечение. Поэтому распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (ТБМЛУ) микобактерий является первоочередной проблемой здравоохранения [1, 2, 3].

В республике с 2000г. внедрена программа DOTS-плюс, целью которой является профилактика дальнейшего развития и распространения МЛУ ТБ МБТ. С этой целью в рамках пилотного проекта в Актюбинском областном противотуберкулезном диспансере с 2001 года функционирует специализированное отделение для лечения больных с резистентными формами туберкулеза. Применяемая система контроля лекарственной чувствительности МБТ у больных туберкулезом в области (таблица 1).

Таблица 1 - Число больных МЛУ ТБ среди впервые выявленных и в контингенте больных активным туберкулезом на конец года по Актюбинской области в период 2003-2010 г.г.

Годы	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Контингент на конец года с МЛУТБ	509 (10,5%)	649 (13,9%)	716 (16,4%)	446 (11,5%)	308 (11,8%)	613 (29,3%)	649 (33,4%)	757 (40,3%)
Число впервые выявленных с МЛУТБ	98 (5,2%)	87 (5,3%)	53 (3,7%)	27 (2,4%)	22 (2,1%)	85 (9,6%)	75 (10,9%)	67 (10,9%)

Сложившаяся ситуация требует активной и качественной работы бактериологической лаборатории, а также клиницистов противотуберкулезной

службы. Данные таблицы 2 свидетельствуют о снижении числа больных с МЛУ ТБ за период наблюдения с 2003 по 2010 г.

Таблица 2 - Удельный вес МЛУ ТБ в числе впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с МБТ+ и в контингенте на конец года по Актюбинской области за 2003-2010 г.г.

Годы	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Удельный вес больных МЛУТБ в числе впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания с МБТ+, (%)	14,7	19,9	14,4	7,7	2,7	11,7	16,7	23,0
Удельный вес больных МЛУТБ в числе контингента больных туберкулезом органов дыхания с МБТ+ на конец года, (%)	25,0	30,6	34,0	28,8	15,8	31,2	51,2	54,4

При этом, начиная с 2008 года, в области наблюдается рост числа случаев первичного и вторичного МЛУ ТБ, что связано с расширением показаний для культурального исследования мокроты не только у больных с бактериовыделением, выявленных микроскопически, но и у контингентов больных с отрицательными результатами мазка мокроты. Немаловажную роль при этом сыграло открытие в 2008 году посевных пунктов в трех из пяти районных туберкулезных больниц. С 2007 года внедрен экспресс метод идентификации возбудителя туберкулеза автоматизированной системой ВАСТЕС MGITM 960,

с 2011 года используется Hain-тест для определения лекарственной устойчивости МБТ к рифампицину и изониазиду. Следует отметить, что ситуацию осложняет накопившийся резервуар инфекции, увеличение числа больных хроническими формами туберкулеза.

В таблице 3 представлены данные по отбору больных на лечение противотуберкулезными препаратами (ПТП) 2 ряда в режиме DOTS-плюс. Учитывая показания, лечение преимущественно назначалось больным с неэффективностью лечения по I (новый случай) и II (рецидив, неэффективность лечения, лечение после перерыва) категориям DOTS.

Таблица 3 - Распределение больных с МЛУ ТБ, охваченных лечением в режиме DOTS-плюс

Годы	Всего больных МЛУТБ		Исходная категория лечения					
			из I-ой		из II-ой		из IV-ой	
	выявлено	взято на лечение	выявлено	взято на лечение	выявлено	взято на лечение	выявлено	взято на лечение
2003			98	12 (12,2%)	238	46 (19,3%)	173	46 (26,6%)
2004	649	102 (15,7%)	87	11 (12,6%)	253	65 (25,7%)	309	269 (8,4%)
2005	716	96 (13,4%)	53	5 (9,4%)	250	71 (28,4%)	413	20 (4,8%)
2006	446	77 (17,3%)	27	11 (40,7%)	65	33 (50,7%)	354	33 (9,3%)
2007	492	95 (30,8%)	22	12 (54,5%)	66	57 (86,3%)	404	16 (3,96%)
2008	790	144 (18,2%)	81	56 (69,1)	521	70 (13,4)	188	18 (9,57%)
2009	649	355 (54,7%)	75	38 (50,7%)	444	279 (62,8%)	130	38 (29,2%)
2010	757	367 (48,5%)	67	54 (80,6%)	416	239 (57,5%)	274	74 (27,0%)

Как известно, в развитии лекарственно-резистентных форм туберкулеза не последнюю роль играет отсутствие мотивации больного к лечению, т.е. систематические перерывы в лечении, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах. Социальная дезадаптированность больных – отсутствие постоянного места жительства, алкоголизм, наркомания, пребывание в пенитенциарных учреждениях усугубляет течение болезни, затрудняет лечение,

вследствие чего зачастую приводит к ранней их инвалидизации и смерти.

Путем тщательного отбора, решением ЦВКК производится госпитализация показанных больных для лечения ПТП 2 ряда. Длительное наблюдение за пациентами в условиях стационара и амбулатории (в течение 18-24 месяцев) положительно влияло на эффективность лечения (таблица 4).

Таблица 4 - Исходы лечения больных МЛУ ТБ, пролеченных в режиме DOTS-плюс

Исходы лечения	2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%
Вылечено	99	95,2	95	92,2	88	92,6	70	88,6	89	84,8	126	88,7
Умерло	2	1,9	2	1,9	2	2,1	4	5,1	2	1,9	3	2,1
Неблагоприятный	2	1,9	2	1,9	-	-	3	3,8	8	7,6	5	3,5

Прервано лечение	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1,9	-	-
Переведено	1	1,0	4	3,8	5	5,3	2	2,5	4	3,8	8	5,6
Всего с исходами	104	100,0	103	100,0	95	100,0	79	100,0	105	100,0	142	100,0

При анализе исходов случаев смерти от туберкулеза необходимо выделить, что летальность была обусловлена осложненным течением хронических форм туберкулеза и сопутствующей патологией. По результатам анализа факторами, определяющими неблагоприятный исход явились преимущественно: исходная распространенность процесса и побочное действие ПТП, осложнившейся развитием токсического гепатита.

Выводы

1. Учитывая сохраняющийся резервуар МЛУ ТБ в Актыбинской области и увеличение числа больных с первичной и приобретенной лекарственной устойчивостью МБТ расширен охват контингентов больных I и II категорий лечением ПТП 2 ряда.

2. Режимы стратегии DOTS-плюс показали высокую их эффективность.

3. Внедрение экспресс методов ВАСТЕС и Hain-тест позволяет расширить возможности диагностики МЛУ ТБ.

Литература

1. Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М., Берикова Э.А. и др. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан. – Алматы., – 2009. – 93 с.

2. Мишин В.Ю. Современная стратегия лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких // Лечащий врач. – 2000. – № 3. – С.4–9.

3. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. – Geneva, WHO. – 2007. – 208 s.

ТҰЖЫРЫМ

Ақтөбе облысында туберкулез науқастарына М. Tuberculosis дәріге сезімталдыққа бақылау жүйесі жөнге келтірілген. Өз уақытында туберкулезге қарсы екінші қатардағы дәрі-дәрмектермен емделген науқастар контингентін іріктеуде, облыстарда туберкулездің көпдәріге төзімділігін азайтудың мүмкіншілігін анықтау үшін жедел-әдістерді енгізуде.

РЕЗЮМЕ

В Актыбинской области налажена система контроля лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза у больных туберкулезом. Своевременный отбор контингентов больных на лечение противотуберкулезными препаратами второго ряда, внедрение экспресс - методов диагностики способствует уменьшению резервуара ТБМЛУ в области.

SUMMARY

In Aktobe oblast system is implemented to control of the drug susceptibility of M. tuberculosis in TB patients. Timely conducted selection of patients to be treated with anti-TB drugs of the second line and implementing express methods of diagnostics leads to diminish the MDR TB infection pool in the oblast.

РОЛЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ У БОЛЬНЫХ ВНЕЛЕГОЧНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Агзамов Н.А., Ильясов Е.Н., Дильмагамбетов Д.С.

*Областной противотуберкулезный диспансер, г. Актөбе,
Западно-Казахстанский государственный медицинский университет
имени Марата Оспанова, г. Актөбе*

На фоне неблагоприятной эпидемиологической ситуации по легочному туберкулезу актуаль-

ность проблемы внелегочного туберкулеза, как правило, отодвигается на второй план. Туберкулез

костей и суставов среди внелегочных локализаций туберкулеза на протяжении многих лет занимает ведущее место [1]. В настоящее время в клинике внелегочного туберкулеза имеет место проявление особенностей патоморфоза костно-суставного туберкулеза. Малосимптомное течение, атипичная клиничко-рентгенологическая картина, рост числа больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) не является казуистикой. Участились случаи многолокального туберкулезного поражения скелета [2].

Несомненно, основной причиной вышеописанной проблемы является МЛУ микобактерий туберкулеза (МБТ) у данных больных. Сложность идентификации возбудителя, диагностики чувствительности микобактерий к применяемым противотуберкулезным препаратам (ПТП) у больных с внелегочными формами туберкулеза связана с глубокой изоляцией туберкулезных очагов в организме и олигобациллярностью патологического материала из зоны поражения.

В решении данной проблемы помогает своевременно проведенное оперативное лечение данной категории больных. Оперативное пособие позволяет получить необходимый биологический материал для выявления микобактерий и определения лекарственной чувствительности возбудителя.

Для раннего выявления МЛУ ТБ в Актюбинском областном противотуберкулезном диспансере (ОПТД) используются современные методы диагностики, функционирует аппарат ВАСТЕС MGIT 960, внедрен Hain-тест.

С целью демонстрации положительных результатов лечения костно-суставного туберкулеза приводим свое клиническое наблюдение. Больному С., 1985 года рождения, после консультации внелегочного хирурга был выставлен диагноз: Туберкулез правого плечевого сустава, осложненный абсцессом правой плечевой области. 12.05.2011 был госпитализирован в отделение внелегочного туберкулеза ОПТД.

Жалобы при поступлении на сильные боли и ограничение движения в правом плечевом суставе, наличие припухлости в правой плечевой области и в области XII ребра справа, резко выраженную слабость, потливость, потерю аппетита, снижение веса.

Из анамнеза: Считает себя больным с марта 2011 года. Заболевание связывает с травмой. В апреле обратился к онкологу, был направлен на консультацию фтизиоостеологу.

Объективно (кратко): Общее состояние средней степени тяжести за счет симптомов интоксикации. Температура тела повышалась до 38,0°C. Кожные покровы влажные, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 уд/мин. АД – 110/80 мм рт. ст. Печень не увеличена. Стул регулярный, оформленный.

Обследован: При поступлении в ОАК СОЭ – 40 мм/час, Hb – 90 г/л, лейкоциты – 10,041012 г/л, эритроциты – 3,84109 г/л. В ОАМ без особенностей. Микроскопия мокроты трехкратно – отрицательная. Рентгенологически в легких без патологии. Произведена компьютерная томография грудного сегмента, на которой был выявлен туберкулезный спондилит ThXII, LI и деструкция XII ребра справа. Выставлен клинический диагноз: Туберкулезный омартрит справа, осложненный абсцессом правой плечевой области. Туберкулезный спондилит ThXII, LI, ограниченная форма. Туберкулез XII ребра справа, осложненный абсцессом, БК(-). Категория I (новый случай).

На фоне лечения динамики не наблюдалось, тубинтоксикация сохранялась. Проводились пункции абсцессов правой плечевой области и правой половины грудной клетки, результат исследования пунктата малоинформативен (МБТ не обнаружены). 18.05.2011 произведена операция абсцессотомии правой плечевой области, некрэктомии головки правой плечевой кости, абсцессотомии правой половины грудной клетки с резекцией XII ребра. Операционный материал (секвестры, казеозно-некротические массы, гной) исследован методом ВАСТЕС. Через 2 недели получен положительный результат, поставлен тест на лекарственную чувствительность методом Hain. На вторые сутки определена устойчивость МБТ к изониазиду и рифампицину, что явилось основанием для пересмотра схемы химиотерапии, назначены ПТП второго ряда.

Самочувствие больного на фоне проводимого лечения заметно улучшилось, температура тела нормализовалась, интоксикация купировалась. Послеоперационный свищ очистился и закрылся. В настоящее время проводится разработка правого плечевого сустава. В динамике в ThXII и LI наблюдаются рентгенологические признаки репарации.

Выводы:

1. Приведенный клинический пример показывает роль хирургического лечения в диагностике МЛУ у больного костно-суставным туберкулезом,

применение которого с использованием BACTEC и Hain-теста позволило своевременно назначить данному больному адекватное лечение.

2. Сложность диагностики лекарственной чувствительности микобактерий у больных костно-суставным туберкулезом в большинстве случаев приводит к позднему выявлению МЛУ, что в свою очередь, снижает эффективность консервативного лечения и приводит к выполнению радикальных хирургических вмешательств.

Литература

1. Внелегочный туберкулез: руководство для врачей/ Под ред. А.В. Васильева. – СПб.: ИКФ «Фоллиант», 2000. – 568 с.
2. Оттен Т.Ф. и др. // Пробл. туб. – 2003. – №3. – С.44-45.

ТҰЖЫРЫМ

Көрсетілген клиникалық мысал, өкпеден тыс туберкулезімен ауратын науқастарда, туберкулез

микобактериаларының дәріге төзімділігін, уақытылы анықтау үшін хирургиялық емдеу тәсілінің маңызын көрсетеді. BACTEC және Hain-тест қолдану, ұқыпты ем шараны қолдануға мүмкіншілік туғызады.

РЕЗЮМЕ

Приведенный клинический пример показывает роль хирургического лечения в диагностике множественной лекарственной устойчивости у больного костно-суставным туберкулезом. Использование BACTEC и Hain-теста позволило своевременно назначить данному больному адекватное лечение.

SUMMARY

Clinical case given proves the role of the surgical treatment in diagnosing multiple drug resistance in patients with osteo-articular tuberculosis. Implementation of BACTEC and Hain-test allowed timely administration of the adequate treatment for that patient.

ОПЫТ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ВНЕДРЕНИЮ ПРОЕКТА ГЛОБАЛЬНОГО ФОНДА В ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

*Алмагамбетова А.С., Агзамов Н.А., Алгиева Р.А.,
Айтмагамбетова А.Т., Кауканова В.Ю., Зимбаева М.Т.
ЗКГМУ им. Марата Оспанова, ОПТД, г. Актобе*

В настоящее время в нашей стране, как и во всем мире, особо актуальной стала проблема увеличения числа случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) [1]. Несмотря на снижение основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в Республике Казахстан, в частности, в Актюбинской области, имеет место формирование большого резервуара больных МЛУ ТБ. Решение данной проблемы происходит благодаря эффективной программе борьбе с МЛУ ТБ - стратегии DOTS-Plus, одним из компонентов которой является бесперебойное обеспечение качественными препаратами резервного ряда (ПВР) [2]. Для ре-

ализации этого новым проектом Глобального фонда ВОЗ стал закуп ПВР через Комитет Зеленого Света (КЗС). Начиная с середины 2010 года, в областном противотуберкулезном диспансере (ОПТД) города Актобе, наряду с непосредственным обеспечением препаратами национальной программой борьбы с МЛУ ТБ, налажена программа поставки ПВР по линии КЗС. **Цель** нашего исследования – изучение эффективности лечения больных МЛУ ТБ препаратами резервного ряда в конце интенсивной фазы режима химиотерапии.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ исто-

рий болезней пациентов, находившихся на лечении в легочно-терапевтическом отделении № 3 ОПТД г. Актобе в период с июля 2010 года по июль 2011 года. Всего за этот период получили стационарное лечение в режиме DOTS-Plus 249 больных туберкулезом легких с МЛУ, в том числе препаратами по линии КЗС пролечились 87 пациентов. Возраст больных колебался от 18 до 59 лет, причем до 20 лет было 18 (7,2%) пациентов, 20-29 лет – 112 (44, 97%), 40-49 – 92 (36,9%), более 50 лет – 27 (10,8%) больных. Мужчин было 135 (54,2%), женщин – 114 (45,8%). Большинство больных составили городские жители – 153 (61,4%) пациента, а сельских было 96 (38,6%) человек. В структуре клинических форм туберкулеза легких преобладала инфильтративная форма, которая отмечалась у 177 (71,1 %) исследуемых, у 60 (24,1%) – фиброзно-кавернозная; у 3 (1,2%) – очаговая; у 3 (1,2%) – диссеминированная; у 4 (1,6%) – туберкулома; у 1 (0,4%) больного – кавернозная форма и у 1 (0,4%) пациента – казеозная пневмония. Социальный статус больных выглядел следующим образом: безработные составили основную массу – 146 человек (58,6%); работающие - 42 (16,9%); инвалиды – 55 (22,1%); пенсионеры – 3 (1,2%) и студенты – 3 (1,2%). В 49 (19,7%) случаях течение туберкулезного процесса сопровождалось осложнениями в виде легочных кровотечений – у 25 (10,04%) пациентов; легочно-сердечной недостаточности – у 11 (4,4%); дыхательной недостаточности – у 7 (2,8%); плевритов – у 5 (2,01%); эмпиемы плевры – у 1 (0,4%) больного. У 78 (31,3%) больных имели место сопутствующие заболевания. Режимы химиотерапии соответствовали общепринятым схемам лечения в режиме DOTS-Plus. Курс интенсивной фазы длился не менее 6 месяцев и определялся отрицательными результатами двух исследований (микроскопии мокроты и посевов). Мониторинг мокроты бактериоскопически и посевом проводился ежемесячно. Помимо конверсии мокроты динамика туберкулезного процесса оценивалась по рентгенологической картине, интервал контроля составлял 3 месяца.

Результаты исследования

У всех больных отмечался рост культур МБТ и подтвержденная устойчивость к противотуберкулезным препаратам первого ряда, за исключением 1 больного, у которого было подозрение на устойчивость. Сочетание устойчивости к комбинации HRSE было выявлено в 183 (73,8%) случаях, HRS – в 62 (25%), HR – в 2 (0,8%), SE – в 1 (0,4%). Среди исследуемых больных на основании ранее прове-

денного лечения были выявлены следующие типы: пациентов из 1 категории (новые случаи) – было 65 (26,1%), из 2 категории (рецидивы) – 93 (37,3%), неудачи лечения – 19 (7,6%), лечение после перерыва – 16 (6,4%), другие – 36 (14,5%), переведенных больных – 20 (8,03%). Среди исследуемых бактериовыделителей было 143 пациента, что составило 57,4% случаев, причем 54 из них получали лечение по линии КЗС. Конверсия мазка мокроты бактериоскопическим методом наступила к концу интенсивной фазы лечения препаратами резервного ряда по линии КЗС в 100% случаев, т.е. у всех 54 пациентов. При этом следует заметить, что через 1 месяц лечения конверсия мокроты наступила у 34 (62,96%) больных, через 2 месяца – у 13 (24,1%), 3 месяца – у 1 (1,1%), 4 месяца – у 2 (3,7%), 5 месяцев – у 3 (5,6%), 6 месяцев – у 1 (1,1%) больного. Из выше изложенного следует, что прекращение бактериовыделения у большинства, т.е. у 47 (87,03%) больных, получавших препараты по линии КЗС, произошло через 2 месяца от начала химиотерапии. Среди остальных 89 бактериовыделителей, получавших лечение в режиме DOTS-Plus, конверсия мокроты к концу интенсивной фазы наступила у 86 (96,6%) больных. При этом основное влияние на сроки прекращения бактериовыделения оказывала распространенность туберкулезного процесса. Закрытие полостей распада в конце интенсивной фазы (6 месяцев) лечения было достигнуто у 41,8 % больных, получавших препараты по линии КЗС, тогда как у остальных больных этот показатель к соответствующему сроку составил 35,6%. По-видимому, это связано с тщательным отбором больных на лечение препаратами по линии КЗС. Побочные реакции на препараты резервного ряда имели место у 25 (28,7%) больных. Своевременная корректирующая терапия побочных реакций привела к их устранению и продолжению химиотерапии. По окончании интенсивной фазы химиотерапии больные продолжили лечение в режиме DOTS -Plus в амбулаторных условиях.

Таким образом, результаты наблюдения показали, что большинство больных МЛУ ТБ – это рецидивы и неудачи лечения; а эффективность стационарного лечения данных больных резервными препаратами по линии КЗС в виде конверсии мокроты достигнута в 100 % случаев, закрытия полостей распада в 41,8 % случаев.

Литература

1. Мишин В.Ю., Григорьев Ю.Г. Лекарственно-устойчивый туберкулез легких, М., 2001, 24 с.

2. Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М., Берикова Э.А. и др. // Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан.- Алматы, 2009.- 108с.

ТҰЖЫРЫМ

2010 жылдың басынан бастап Ақтөбе қ. облыстық туберкулезге қарсы диспансерінде көпдәріге төзімді туберкулезбен күресуде ұлттық бағдарламаның тікелей дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету үшін, Зеленый Свет Комитетінің желісі бойынша екінші қатардағы препараттарды жеткізу бағдарламасы жөнге келтірілген. Зерттеудің мақсаты Ақтөбе қ. ОТҚД өкпе терапиясы бөлімшесіндегі 249 науқастың сырқатнама тарихы талданылып, химия терпия түрі бойынша қарқынды емдеу кезеңіндегі көпдәріге төзімді науқастарды емдеудің тиімділігі зерттелінген. Бұлардың арасында 87 науқас Зеленый Свет Комитетінің желісі бойынша дәрі-дәрмектерімен емделген. Нәтижесінде, туберкулездің көпдәрілік төзімділіктегі науқастардың басым көпшілігі ауруы қайталанғандар мен емінің сәтсіз аяқталғандары, ЗСК желісі бойынша қосалқы препараттармен стационарлық түрде емделген науқастардың қақырықтың конверсиялық түрінде емнің тиімділігі 100% жетті, қуыстың жабық түрдегі ыдырауы 41,8% көрсетті. Бұл химия терапия түрінде емдеуді бастағаннан 2 айдан кейін 47 (87,03%) көрсеткішпен науқастардың басым көпшілігінде бактерия бөлінгіш азайды.

РЕЗЮМЕ

Начиная с середины 2010 года, в областном противотуберкулезном диспансере г. Актобе, наряду с непосредственным обеспечением препаратами национальной программой борьбы с МЛУ ТБ, налажена программа поставки ПВР по линии Комитета Зеленого Света (КЗС). С целью изучения эффективности лечения больных МЛУ ТБ препаратами

резервного ряда в конце интенсивной фазы режима химиотерапии были проанализированы истории болезни 249 больных, находившихся в легочнотерапевтическом отделении ОПТД г. Актобе. Среди них препаратами по линии КЗС пролечились 87 пациентов. Результаты наблюдения показали, что большинство больных МЛУ ТБ – это рецидивы и неудачи лечения; а эффективность стационарного лечения данных больных резервными препаратами по линии КЗС в виде конверсии мокроты достигнута в 100 % случаев, закрытия полостей распада в 41,8 % случаев. Причем прекращение бактериовыделения у большинства - 47 (87,03%) больных произошло через 2 месяца от начала химиотерапии.

SUMMARY

Since a half of 2010 for the Oblast -TB dispensary of Aktobe, along with the direct provision with anti-TB drugs by National Programme for MDR TB fighting, the programme of provision with anti-TB drugs of the second line through Green Light Committee (GLC) was open. To study the treatment effectiveness in patients with MDR TB treated with anti-TB drugs of the second line, there were analyzed the disease histories of 249 patients hospitalized at the Department of Therapy of Pulmonary TB of the Aktobe Oblast' TB Dispensary . There were treated 87 patients with anti-TB drugs of the second line provided by GLC. Results of our observation showed that majority of patients with MDR TB were the cases of relapses and treatment failure, and effectiveness of the clinical treatment for those patients with anti-TB drugs of the second line provided by GLC was confirmed by sputum smear conversion in 100%, destruction cavity closing in 41.8%. At this sputum negativation in the majority of patients - 47 (87.03%) occurred 2 months later chemotherapy starting.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЛУ ТБ С УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВТОРОГО РЯДА

*Берикова Э.А., Абилдаев Т.Ш, Исмаилов Ш.Ш.
НЦПТ МЗ РК, г. Алматы*

Туберкулез является одним из основных инфекционных заболеваний, от которого ежегодно умирает от двух до трех миллионов людей в мире. Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ), известный как туберкулез с устойчивостью микобактерий *in vitro*, как минимум, к изониазиду и рифампицину, способствует росту заболеваемости и смертности от туберкулеза во всем мире (Iseman M.D, Goble M., Pablos-Mendes A. et al).

Цель исследования - изучить влияние резистентности микобактерии туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам второго ряда (ПВР) у больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) на эффективность лечения.

Дизайн исследования

Дизайн научного фрагмента основан на аналитическом исследовании, в частности *case – control study*, 275 больных туберкулезом.

В зависимости от наличия или отсутствия резистентности больные были разделены на 2 группы.

Основная группа состояла из 149 больных с первичной резистентностью к 2 и более ПВР, а контрольная - из 126 больных с сохраненной чувствительностью МБТ к ПВР или с наличием резистентности только к одному ПВР.

Основная группа, в свою очередь, была разделена на подгруппы в зависимости от наличия резистентности к двум, трем, четырем ПВР и суперрезистентности. Так, из 149 больных основной группы с наличием первичной резистентности МБТ к двум и более ПВР резистентность установлена: к двум препаратам - в 63 (22,9%), к трем - в 42 (15,3%), к четырем ПВР - в 14 (5,1%) и широкая лекарственная резистентность - в 30 (10,9%) случаях.

В соответствии с вышеуказанными данными основная группа разделена на 4 подгруппы: первая - больные с резистентностью МБТ к 2 ПВР, вторая - к трем ПВР, третья - к четырем ПВР и четвертая - с широкой лекарственной устойчивостью.

Проведена сравнительная эффективность лечения больных в группах сравнения.

Методология

В аналитическое исследование включены больные туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью старше 18 лет, госпитализированные в отделение для лечения легочного туберкулеза с МЛУ №1 РГКП НЦПТ РК. В этот анализ включались все больные, получавшие лечение МЛУТБ в течение 4 или более месяцев в период с января 2006 по декабрь 2007 года в ЛТО-1 НЦПТ, затем продолжавшие лечение в амбулаторных условиях, и у которых имелись данные ТЛЧ к ПВР.

Все пациенты получали лечение ПВР в стандартных режимах под контролем в течение 4 - 5 месяцев в стационаре, затем амбулаторно до 18 – 24 месяцев. Лечение состояло из 2 фаз: интенсивной и поддерживающей. В интенсивной фазе больные получали капреомицин или амикацин в/м, протионамид или этионамид, офлоксацин (левофлоксацин), циклосерин, пиразинамид и этамбутол при сохраненной чувствительности МБТ к нему, *per os* от 4 и более месяцев. Данная фаза лечения проводилась в условиях стационара. Поддерживающая фаза с применением тиомидов, офлоксацина (левофлоксацин), циклосерина осуществлялась в амбулаторных условиях. Длительность общего курса химиотерапии составила 18-24 месяцев в зависимости от тяжести исходного специфического процесса.

Разработана и проанализирована индивидуальная карта для больных данных групп. В научной разработке подробному анализу подверглись результаты исследований по общеклиническим методам, включающим общие анализы крови, мочи, биохимические анализы крови, в том числе определение сахара крови, гликемического профиля, микробиологические (бактериоскопия мокроты и посев на МБТ), рентгеномографические, УЗИ органов брюшной полости и почек. Тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) выполнялся методом абсолютных концентраций.

Для статистической обработки полученных нами данных мы использовали программу SPSS для Windows версии 16.0 (Чикаго, США). В частности, для анализа мы применили метод определения

рисков для исследуемых переменных. Результаты оценивались по следующим критериям: если при расчете единица лежала в пределах 95% доверительного интервала, то разница была статистически достоверной.

Полученные результаты

Нами проведена сравнительная оценка результатов лечения ПВР больных МЛУ ТБ, в том числе с ШЛУ. Сравнивались 5 групп больных, из которых 4 основных и 1 контрольная. В таблице 1 представлено распределение анализируемых больных по полу.

Таблица 1 - Распределение больных по полу в сравниваемых группах

пол	Основные группы								Контрольная		Всего	
	Первая		Вторая		Третья		Четвертая					
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Муж	30	47,6	25	59,5	9	64,3	12	40,0	71	56,4	147	100,0
Жен	33	52,4	17	40,5	5	35,7	18	60,0	55	43,6	128	100,0
Итого	63	100,0	42	100,0	14	100,0	30	100,0	126	100,0	275	100,0

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что если в контрольной группе и второй и третьей подгруппах основной группы преобладали больные

мужского пола, то в первой и четвертой подгруппах – лица женского пола.

Таблица 2 - Нозологическая структура больных в группах сравнения

Клинические формы туберкулеза	Основные группы								контроль.	
	Первая		Вторая		Третья		Четвертая			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Инфильтративный	31	49,2	20	47,6	3	21,4	17	56,7	61	48,4
Фиброзно-кавернозный	27	42,8	19	45,2	11	78,6	10	33,3	55	43,7
Казеозная пневмония	3	4,8	1	2,4	-	-	2	6,7	5	3,95
Диссеминированный	2	3,2	2	4,8	-	-	1	3,3	5	3,95
Итого	63	100,0	42	100,0	14	100,0	30	100,0	126	100,0

По данным таблицы 2 видно, что в обеих группах чаще диагностировались инфильтративный и фиброзно-кавернозный туберкулез. Особенно высок был удельный вес фиброзно-кавернозного туберкулеза (78,6%) среди больных с резистентностью к 4 ПВР, тогда как среди больных с лабораторно подтвержденным ШЛУ преобладал инфильтративный туберкулез (56,7%). В остальных группах сравнения, в том числе в контрольной, удельный вес фиброзно-кавернозного и инфильтративного туберкулеза был практически одинаковым.

В 74 (49,7%) случаях в основной и в 27 (21,4%) случаях в контрольной группах наблюдались различные осложнения основного заболевания.

В основной группе частота наблюдения осложнений была достоверной, и доверительный интервал составил 1,502.

Среди осложнений во всех группах чаще диагностировалась легочно - сердечная недостаточность - от 7,1% случая в контрольной группе до 64,3% - в первой основной группе. Статистически достоверная разница по частоте легочно-сердечной

недостаточности установлена в третьей группе, т.е. среди больных с наличием резистентности МБТ к четырем ПВР.

Кровохарканье достоверно чаще наблюдалось во второй группе (47,6% случаев), т.е. у больных с резистентностью МБТ к трем ПВР по сравнению с первой и контрольной группами (3,2 и 4,0% случаев соответственно).

Нами также проанализирован из анамнеза болезни больного контакт с туберкулезным больным как один из возможных факторов риска развития первичной лекарственной резистентности МБТ.

Контакт с туберкулезным больным установлен у 66 (44,3%) больных основной и у 52 (43,1%) больных контрольной групп. В основных группах удельный вес (32,9%) больных из семейного контакта оказался несколько выше по сравнению с контрольной группой (27,8%), но разница оказалась статистически недостоверной. Другие виды контакта (производственный, родственник и в местах лишения свободы) примерно с одинаковой частотой устанавливались во всех сравниваемых группах.

Статистически достоверного доказательства того, что резистентные штаммы МБТ к ПВР чаще передаются в условиях семейного контакта, нами не выявлено.

Результаты лечения данных больных в режиме DOTS-Plus оценивались по срокам конверсии мазка мокроты методом микроскопии и посева, а также по

исходам заболевания к завершению общего курса химиотерапии.

Частота и сроки прекращения бактериовыделения, определенные культуральным методом, представлены в таблице 3. До начала лечения бактериовыделение было установлено данным методом у всех больных сравниваемых групп.

Таблица 3 - Сроки прекращения бактериовыделения, определенные методом посева в сравниваемых группах

Группы		Частота и сроки прекращения бактериовыделения методом посева (мес.)								Всего	
		1 мес.		2 мес.		3 мес.		4 мес.		абс.ч	%
		абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%	абс.ч	%		
основная	первая n - 63	19	30,2	17	27,0	12	19,1	7	11,1	55	87,3
	вторая n - 42	17	40,5	11	26,2	7	16,7	2	4,8	37	88,1
	третья n - 14	4	28,6	3	21,4	4	28,6	-	-	11	78,6
	четвертая n - 30	10	33,3	9	30,0	5	16,7	1	3,3	25	83,3
n - 149		48	32,2	43	28,9	31	20,8	11	7,4	133	89,3
конт-рольная n - 126		28	22,2	27	21,4	42	33,3	27	21,4	124	98,4

По данным таблицы 3, эффективность лечения в режиме DOTS-Plus по критерию прекращения бактериовыделения, подтвержденного методом посева у больных с первичной резистентностью к 2 и более ПВР, также оказалась достаточно высокой (в 89,3% случаев). Однако, по сравнению с больными с сохраненной чувствительностью или с резистентностью только к этионамиду (в 98,4% случаев), она была несколько ниже.

В целом достоверной статистической разницы в эффективности лечения ПВР по критерию прекращения бактериовыделения, подтвержденного методами микроскопии и посева в зависимости от отсутствия и наличия резистентности МБТ к ПВР, нами не установлено; по данному критерию результаты лечения больных МЛУ ТБ оказались высокими, независимо от спектра лекарственной чувствительности МБТ к ПВР.

Вместе с тем прекращение бактериовыделения по посеву у больных с резистентностью к двум и более ПВР достигалось в более ранние сроки по сравнению с больными с сохраненной чувствительностью. При этом у данной группы больных прекращение бактериовыделения в более поздние сроки лечения достигалось значительно реже. В связи с этим в случаях, когда негативация мокроты по посеву не достигается после 3 месяцев контролируемого лечения в стандартном режиме ПВР, необходимо думать об усилении химиотерапии с дополнительным назначением противотуберкулезных препаратов третьего ряда, заменой фторхинолонов на более поздние поколения и инъекционных ПВР.

Мы также проанализировали исходы по завершению 24-месячного курса лечения в режиме DOTS-Plus у больных МЛУ ТБ в зависимости от данных ТЛЧ к ПВР. Исходы лечения больных в группах сравнения представлены в таблице 4.

Таблица 4 - Исходы лечения больных в сравниваемых группах

группа		Исход лечения							
		Вылечено		Нарушение режима		Неудача лечения		Умер	
		Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
основная	первая	50	79,4	6	9,5	4	6,4	3	4,8
	вторая	34	81,0	3	7,1	3	7,1	2	4,8
	третья	12	85,7	-	-	2	14,3	-	-
	четвертая	26	86,7	-	-	3	10,0	1	3,3
итого		122	81,9	9	6,0	11	7,4	7	4,7
контрольная		121	96,0	2	1,6	3	2,4	-	-

По данным таблицы 4, клинко-рентгенологическое и бактериологическое излечение к завершению полного курса лечения по DOTS-Plus констатировано в 81,9% случаях основной и в 96,0% - контрольной групп.

Летальный исход в процессе лечения был констатирован в 7 (4,7%) случаях с резистентностью к двум и более ПВР. При сохраненной чувствительности МБТ к ПВР летальных исходов не было.

Неудача лечения к концу лечения установлена у 7,4% больных основных и у 2,3% - контрольной групп.

Девять больных с резистентностью к двум и более ПВР и 2 больных с сохраненной чувствительностью не завершили назначенный курс лечения.

При этом следует отметить, что больные с устойчивостью к четырем ПВР и ШЛУ были более привержены к непрерывному лечению и среди них нарушителей режима не выявлено.

Число неблагоприятных исходов было больше среди больных с установленной первичной резистентностью к 2 и более ПВР, чем среди больных с сохраненной чувствительностью.

Таким образом, эффективность лечения больных МЛУ ТБ при наличии первичной резистентности к двум и более ПВР в стандартном режиме DOTS-Plus оказалась достаточно высокой и составила 89,3% случаев по прекращению бактериовыделения методом посева и 81,9% всех излеченных случаев. Но по сравнению с результатами лечения больных с сохраненной чувствительностью МБТ к ПВР данные результаты были ниже на 1,1% и 1,2% соответственно.

Выводы:

1. Эффективность лечения больных МЛУ ТБ при наличии первичной резистентности к двум и более ПВР в стандартном режиме DOTS-Plus оказалась достаточно высокой и составила 89,3% случаев по прекращению бактериовыделения методом посева и 81,9% всех излеченных случаев,

2. Отсутствие конверсии мокроты к концу 3 месяца контролируемого лечения ПВР у больных с резистентностью МБТ к 3 и более ПВР, в том числе ШЛУ, должно служить для врачейстораживающим сигналом о возможности получения неблагоприятных исходов. В данных случаях необходимо думать об усилении схемы лечения.

3. Усилением схемы лечения для больных с резистентностью МБТ к 3 и более ПВР, в том числе ШЛУ, при отсутствии конверсии мокроты к концу 3

месяца контролируемого лечения ПВР является дополнительное назначение ПТП третьего ряда, замена фторхинолонов более раннего поколения на моксифлоксацин, замена инъекционного ПВР.

4. Удельный вес излеченных больных оказался ниже среди больных с резистентностью к 2 ПВР (79,4%) по сравнению с больными с сохраненной чувствительностью и другим спектром резистентности МБТ, но данный факт был связан не с отсутствием эффекта от специфического лечения, а большим числом больных, не завершивших назначенный курс лечения ПВР.

5. Больные с первичной резистентностью МБТ к четырем и более ПВР, в частности ШЛУ, оказались более привержены к непрерывному курсу лечения.

Литература

1. Iseman MD, M. Goble M. Multidrug-resistant tuberculosis. N Engl J Med 1996; 334 (4): 267.
2. Pablos-Mendes A, Raviglione MC, Laszlo A, Binkin N, Rieder HL, Bustreo F, Cohn DL, Lambregts-van Weezenbeek CS, Kim SJ, Caulet P, Nunn P. Global surveillance for antituberculosis-drug resistance, 1994-1997. World Health Organization-International Union against Tuberculosis and Lung Disease Working Group on anti-tuberculosis drug resistance surveillance. N Engl J Med 2003; 338 (23): 1641-1649.

ТҰЖЫРЫМ

Зерттеудің мақсаты көпдәріге төзімді туберкулез науқастарын туберкулезге қарсы екінші қатардағы препараттармен тиімді емдеу үшін, туберкулездің микобактериясының резистенттілігінің ықпалын зерттеу болды. Ғылыми фрагменттік түрдегі 275 туберкулез науқастары case – control study жиілігі аналитикалық зерттеуге негіз. Негізгі топта 149 науқас құраса, оның екеуі екінші қатардағы препараттармен емделгендер, ал бақылау тобындағы екінші қатардағы препараттармен емделетін, туберкулездің микобактериясының сезімталдығы сақталынған 126 науқаста резистенттілік сақталынған. Негізгі топтағы суперрезистенттілікпен екінші, үшінші, төртінші қатардағы препараттармен емделгендер арасында алғашқы ресистентті туберкулездің болуына қарай екінші топқа бөлінді. Демек, негізгі топтағы туберкулездің микобактериясы бар 149 науқастан екі немесе одан да көбі екінші қатардағы препараттармен емделіп, туберкулездің резистенті түріндегі екіншіге 63 (22,9%), –үшіншіге 42

(15,3%), төртіншіге - 14 (5,1%) және күрделі дәрілік резистенттікке - 30 (10,9%) препарат тағайындалды. Салыстыру тобындағы туберкулезге қарсы екінші қатардағы препараттармен емдеудің тиімділігіне салыстыру бағалары жүргізілді. DOTS-Plus стандартты түрде екінші қатардағы препараттармен ем алған алғаш рет туберкулездің резистентті түрі табылған туберкулездің көпдәрілік тұрақтылықтағы науқастарды емдеудің тиімділігі жоғарғы көрсеткішті көрсетуде, себінді зерттеуі бойынша зерттелген бактерия бөлетін жағдай 89,3% төмендеп, барлық емделгендер 81,9% құрайды. Туберкулездің микобактериясына сезімталдығы сақталынған науқастарды емдеудің нәтижесін салыстырғанда, қазіргі нәтиже 1,1% көрсеткішпен төмендеді және 1,2% сәйкес келеді.

РЕЗЮМЕ

Целью исследования было изучить влияние резистентности микобактерии туберкулеза (МБТ) к противотуберкулезным препаратам второго ряда (ПВР) на эффективность лечения больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Дизайн научного фрагмента основан на аналитическом исследовании, в частности case – control study 275 больных туберкулезом. Основная группа состояла из 149 больных с первичной резистентностью к 2 и более ПВР, а контрольная - из 126 больных с сохраненной чувствительностью МБТ к ПВР или с наличием резистентности только к одному ПВР. Основная группа была разделена на подгруппы в зависимости от наличия резистентности к двум, трем, четырем ПВР и суперрезистентности. Так, из 149 больных основной группы с наличием первичной резистентности МБТ к двум и более ПВР: резистентность к двум препаратам установлена - в 63 (22,9%), к трем - в 42 (15,3%), к четырем ПВР - в 14 (5,1%) и широкая лекарственная резистентность - в 30 (10,9%) случаях. Проведена сравнительная оценка

эффективности лечения больных противотуберкулезными препаратами второго ряда в группах сравнения. Эффективность лечения больных МЛУ ТБ при наличии первичной резистентности к двум и более ПВР в стандартном режиме DOTS-Plus оказалась достаточно высокой и составила 89,3% случаев по прекращению бактериовыделения методом посева и 81,9% всего излеченных случаев. Но по сравнению с результатами лечения больных с сохраненной чувствительностью МБТ к ПВР данные результаты были ниже на 1,1% и 1,2% соответственно.

SUMMARY

Target of this investigation was to study the influence on treatment effectiveness of the resistance of *M. tuberculosis* (MBT) isolated from patients with multidrug resistant tuberculosis (MDR TB) to anti-TB drugs of the second line. Design of this scientific fragment is based on the analytical study, in particular, case – control study, of 275 patients. The main group constituted from 149 patients with primary resistance to 2 drugs or more, while the control group included 126 patients with susceptibility of MBT to anti-TB drugs of the second line or with resistance to one drug of the second line only. The main group was divided in sub-groups depending on presence of the resistance to 2, 3, 4 drugs of the second line and MDR. Out of 149 patients of the main group resistance to anti-TB drugs of the second line was found-out to 2 drugs in 63 (22.9%) cases, to 3 - in 42 (15.3%), to 4 – in 14 (5.1%), and XDR – in 30 (10.9%) cases. It was conducted the comparative evaluation of effectiveness of the treatment for patients with anti-TB drugs of the second line in the groups to be compared. Effectiveness of the treatment of patients with MDR TB with primary resistance to 2 drugs or more in the standardized DOTS-Plus regimens was rather effective and reached up to 89.3% of cases confirmed culturally and 81.9% of all cases cured.

ЛЕКАРСТВЕННО – УСТОЙЧИВЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Джайшева К.Т., Даулетов Ж.Н., Кулдеева Н.З., Кадырова Б.М.,
Тлеуова К.С., Орынбасарова Н.К., Бекназарова А.А., Перерва Т.В.
ЗКГМУ им. М.Оспанова, ОПТД, ОЦ СПИД, ОЦ ЗОЖ г. Актобе*

Во всем мире вызывают опасение растущие эпидемиологические показатели по лекарственно-устойчивому туберкулезу, в том числе и среди ВИЧ-инфицированных лиц, что представляет потенциальную угрозу для успешной реализации программ по контролю над туберкулезом [1-4].

Целью настоящего исследования является изучение имеющихся данных о распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью среди ВИЧ-инфицированных больных, состоящих на диспансерном учете в ОПТД и ОЦ СПИД г.Актобе.

Материалы и методы исследования.

Была изучена документация ВИЧ-инфицированных больных, находившихся и состоящих на учете в ОПТД г. Актобе с 2001 по 2010 гг.

Результаты обсуждения. ВИЧ-инфицированные изучались нами как одна из основных групп риска заболевания лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза. Выявлено, что с 2001 по 2010 гг. на диспансерном учете с диагнозом ВИЧ/СПИД состояли 32 больных. Обращает на себя внимание тот факт, что, если за период с 2001- по 2007 г.г. на диспансерном учете состояло 19 больных, то за 2008 г.- 2010 г.г. взяты на учет 13 больных, т.е. отмечается увеличение удельного веса этого контингента больных почти в 1,5 раза. К тому же, если за период с 2001г. по 2000г. преобладали в половом соотношении мужчины, то за последние 3 года из 13 больных, взятых на учет 8 (61,5 %) – женщины. У 10 этих больных получено лабораторное подтверждение о наличии какой-либо формы лекарственно-устойчивого туберкулеза: МЛУ ТБ - у 8 (80,0%) больных, полирезистентность – у 2 (20,0%). 5 больных с лекарственной устойчивостью прибыли из мест лишения свободы, у одного контакт с больным МЛУ ТБ не выяснен. Все они являются постоянными нарушителями режима контролируемого лечения как на этапе стационарного, так и амбулаторного лечения. Возраст больных с ВИЧ/СПИД и МЛУ ТБ варьировал от 24 до 62 лет. От 20 до 29 лет состояло на учете – 6 (46,2%), 30-39 лет – 3 (23,2 %), 40-49 лет – 2 (15,4%), 50-59 лет – 1 (7,6

%) и 60 лет и старше – 1 (7,6%) больных. Установлены следующие клинические формы туберкулеза: очаговый туберкулез легких – у 2 (15 %), инфильтративная форма – у 6 (46,2%), диссеминированная у 1 (7,6%), фиброзно-кавернозный туберкулез легких – у 5 (38,4%). Бактериовыделение отмечено у 67,7% больных. Распад легочной ткани отмечался в 76,4% случаев. В 97,3% случаев туберкулез был выявлен по обращаемости. Наличие туберкулезного контакта отметили 44,8% больных, из них в местах лишения свободы - 38,4%. Злоупотребляли приемом алкоголя 35,4%, употребляли наркотики 65,8% больных. Не имели постоянного места жительства 46,1 %, не работали 76,9 % больных. Туберкулез развился на фоне ВИЧ-инфекции у 62,7%, в 37,3% случаев туберкулез предшествовал ВИЧ-инфицированию. Определение случаев туберкулеза показало: новый случай зарегистрировану 3 (23,1%) больных, рецидив - у 3 (23,1%), хронический процесс - у 5 (38,4%), лечение после перерыва - у 1 (7,7%), неблагоприятный исход - у 1(7,7 %) больных. У большинства больных с сочетанной патологией преобладали III (59,3%) и IV (40,7%) стадии ВИЧ-инфекции. Сопутствующая патология в виде хронического вирусного гепатита В и С отмечалась у 72,8 %, кандидозы – у 54,1%, дерматиты у 19,4 %, хронический пиелонефрит у 38,4%, состояли на диспансерном учете с онкологическим заболеванием 7,7% больных. Лечение по I категории получили 23,7%, по II категории – 18,6%, по IV категории – 37,7% больных. Эффективность лечения больных с ВИЧ-ассоциированной инфекцией выглядела следующим образом: неблагоприятный исход отмечен у 10 (76,9%) больных, из которых умерли 5 (38,4%), переведены во II группу диспансерного учета 3 (23,7%).

Таким образом, среди ВИЧ-инфицированных с лекарственно-устойчивым туберкулезом за последние годы отмечено:

- преобладание лиц молодого возраста (46,6 %), женского пола (61,5 %);
- у 77% больных выявлена лекарственно-устойчивая форма туберкулеза;

- большинство больных относится в асоциальной группе риска для обеих инфекций;
 - туберкулез выявлен в (59,3 %) и IV (40,7 %) стадии ВИЧ-инфекции;
 - отмечена низкая эффективность проводимого лечения.

Литература

- 1, Хауадамова Г.Т. и др. Лечение и наблюдение ВИЧ-инфицированных больных туберкулезом: Методические рекомендации. – Алматы, 2002. – 20 С.
2. Якубовяк В., Корибицын А., Малахов К. // Пробл. туб.- 2005. - №4. – С. 40-63.
3. Муминов Т.А., Ракишева А.С. и др.// Фтизиопульмонология. – 2005. - №2(8). –С.20-21.
4. Джайшева К.Т. и др. Туберкулез среди ВИЧ-инфицированных больных.// Астана мед. жур. – 2009. - № 5 (57) - С.161.

ТҰЖЫРЫМ

Автор мақалада қазіргі таңда ЖИТБ-инфекциясымен қосарланған туберкулездің емге тұрақты түрлерімен ауыратын науқастар саны

көбейгеніне назар аударады. Сонымен қатар, соңғы 3 жыл аралығында осы контингент ішінде жас әйелдер саны басымды болуына, олардың әлеуметтік нашар тобына жататындығына және алған ем тиімділігінің төмен болуын көрсеткен.

РЕЗЮМЕ

Авторы в своей статье обращают внимание на увеличивающееся количество больных с ВИЧ-ассоциированным лекарственно-устойчивым туберкулезом, отмечают увеличение среди этого контингента больных за последние 3 года числа женщин молодого возраста, из асоциально адаптированных слоев населения и низкую эффективность химиотерапии.

SUMMARY

In this paper authors take attention to the growth of number of patients with HIV-associated MDR TB, and they note the increase in number of women of the younger age from socially desadapted groups of population among those patients and the low effectiveness of chemotherapy.

НПО «ПАРТНЕРЫ ВО ИМЯ ЗДОРОВЬЯ» В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

*Едильбаев А.Б., Джазыбекова П.М., Амантаева М.Б.
 НПО ПВИЗ, г.Алматы*

Неправительственная организация «Партнеры во имя здоровья», США (ПВИЗ), одна из крупнейших некоммерческих корпораций в США, которая реализует программы по лечению больных туберкулезом и СПИД в разных регионах земного шара - в Перу, Гаити, Малави, Гватемале, Мексике, Руанде, Лесото, США, России и Казахстане. Головной офис находится в городе Бостон, штат Массачусетс, США. Принцип, которым руководствуется организация «Партнёры во имя здоровья» - каждый человек вне зависимости от своего социального положения имеет равные права на высокие стандарты медицинского обслуживания. В 2008 году, по результатам независимого рейтинга AIDSPAN, опубликованного в

бюллетене GLOBAL FUND OBSERVER, организация «Партнёры во имя здоровья» заняла второе место по категории «Основные получатели средств Глобального Фонда» среди 114 организаций, ответственных за реализацию грантов Глобального Фонда более чем в 100 странах мира. Организация «Партнеры во имя здоровья» также вошла в группу 27 Основных получателей средств, получивших наивысшие оценки за реализацию проектов Глобального Фонда.

Учитывая многолетний опыт работы в области борьбы с МЛУ ТБ, директор Национального центра проблем туберкулеза МЗ РК от имени Министерства здравоохранения Республики Казахстан в апреле 2008 года официально пригласил организацию

«Партнёры во имя здоровья» для оказания технической и методологической помощи по дальнейшему расширению и укреплению программы DOTS-Plus в Республике Казахстан. В январе 2010 года был подписан Меморандум о взаимопонимании и сотрудничестве между Министерством здравоохранения РК, Комитетом Уголовно-исполнительной системы МЮ РК и ПВИЗ. С 1 мая 2010 года организация «Партнёры во имя здоровья» осуществляет свою деятельность в Республике Казахстан в рамках реализации проекта Глобального Фонда по борьбе со СПИД, Туберкулезом и Малярией 8 раунда по вопросам менеджмента лекарственно-устойчивого туберкулеза в Республике Казахстан в качестве субполучателя гранта.

На протяжении своей деятельности в Казахстане Партнёры во имя здоровья, принимали активное участие в проведении мероприятий, направленных на снижение бремени лекарственной устойчивости в стране, улучшении нормативных документов программных и клинических документов по менеджменту МЛУ ТБ и ШЛУ ТБ. Деятельность ПВИЗ осуществляется в четком соответствии с требованиями законодательства и нормативных документов Республики Казахстан и международными рекомендациями Всемирной организации здравоохранения.

С 2010 года ПВИЗ проводит ежеквартальные мониторинговые визиты по менеджменту МЛУ ТБ в гражданском и пенитенциарном секторах Карагандинской и Павлодарской области, а также, начиная с 2011 года, дополнительно в четырех областях, в которых находятся противотуберкулезные учреждения пенитенциарного сектора – Акмолинской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской и Восточно-Казахстанской областях. В мониторинге принимают участие специалисты Казахстанского и Российского проектов, международные клинические консультанты ПВИЗ совместно с представителями областных противотуберкулезных служб гражданского и пенитенциарного сектора. Во время каждого мониторингового визита обсуждаются все вопросы, касающиеся диагностики лекарственной устойчивости и клинического ведения больных МЛУ ТБ, методов повышения приверженности к лечению и развития стационарозамещающих инициатив, инфекционного контроля, лекарственного менеджмента, политической поддержки и прочее. Кроме того, детально обсуждаются рекомендации по возникающим вопросам, требующим улучшения, и проводится обучение на рабочем месте по большинству возникающих во-

просов менеджмента МЛУ ТБ с врачами и средними медицинскими работниками. Клинические аспекты обсуждаются в виде обучения во время клинических разборов каждого случая МЛУ ТБ, который получает лечение как в рамках проекта ГФ, так и из средств Республиканского бюджета.

За время работы в РК специалистами неправительственной организации ПВИЗ проведены 15 семинаров по программному и клиническому менеджменту МЛУ ТБ, в том числе 2 международных семинара в Томской области, Россия. Всего охвачено обучением более 300 специалистов противотуберкулезных служб гражданского и пенитенциарного сектора и сети ПМСП. Программа каждого обучающего семинара построена с учетом требований Национальной программы по борьбе с ТБ и МЛУ ТБ в Казахстане, международных рекомендаций ВОЗ и опытом работы ПВИЗ во многих регионах мира, включая Томский проект в России. В качестве преподавателей привлекаются специалисты организации ПВИЗ, имеющие многолетний программный и клинический опыт менеджмента МЛУ ТБ во многих регионах мира, Томского проекта DOTS-Plus, представители НЦПТ МЗ РК и являющиеся международными и национальными преподавателями по вопросам менеджмента МЛУ ТБ.

В рамках проекта Глобального Фонда 8 раунда в 2010 году специалисты нашей организации совместно с представителями Томского проекта DOTS-Plus разработали новую методологию, направленную на создание групп «советников по соблюдению режима лечения» из числа средних медицинских работников. Были разработаны и внедрены к дальнейшему использованию на примере Карагандинской и Павлодарской областей 10 образовательных модулей для советников по соблюдению режима лечения, каждый из которых охватывал отдельную тему по профилактике и лечению больных ТБ и МЛУ ТБ. Каждый модуль включает в себя лекционный и практический материал по определенной теме, предназначенный непосредственно для советника и пациента. Обучающий материал и рекомендуемая дополнительная литература используются в качестве вспомогательных инструментов для проведения занятий с пациентами. Всего было проведено 6 трехдневных обучающих семинаров в Карагандинской и Павлодарской областях и подготовлено 107 специалистов из числа средних медицинских работников гражданского сектора здравоохранения и КУИС, осуществляющих контролируемое лечение

на стационарном и амбулаторном этапах. Огромную помощь по созданию новой методологии, подготовке специалистов из Казахстана и внедрению оказали специалисты Российского проекта ПВИЗ и Томского проекта DOTS-Plus.

На сегодня, группы подготовленных советников по соблюдению режима лечения, в свою очередь, проводят серию каскадных тренингов для других средних медицинских работников, которые в дальнейшем будут проводить обучение пациентов во всех местах лечения, включая отдаленные районы сельской местности. С 2011 года НПО ПВИЗ проводит регулярный мониторинг работы групп советников во всех местах лечения во время мониторинговых визитов в Карагандинскую и Павлодарскую области.

Очень большое внимание ПВИЗ уделяет созданию и развитию стационарозамещающих инициатив, направленных на повышение приверженности к лечению среди больных ТБ и МЛУ ТБ, используя опыт работы в других регионах мира. Аналогично Томскому проекту DOTS-Plus в рамках и при финансировании проекта Глобального Фонда 8 раунда в Казахстане созданы мобильные патронажные группы в городе Караганде и Павлодаре, оказывающие лечение на дому пациентам, вероятность отрыва которых по тем или иным социальным и личным причинам очень высока. Предварительные результаты работы в Караганде и Павлодаре показали высокую эффективность и значительное повышение уровня приверженности к лечению. При технической помощи и по рекомендации ПВИЗ в 3 и 4 кварталах 2010 года в Карагандинской и Павлодарской областях проводилась работа по созданию рабочих групп, работа которых направлена на обсуждение вопросов и принятие решений, связанных с перерывами и отрывами от лечения в гражданском секторе, и в отношении пациентов, освобождающихся из учреждений КУИС областей и нуждающихся в продолжении лечения. Рабочие группы принимают решения по оказанию социальной помощи больным ТБ и МЛУ

ТБ из средств Проекта ГФ 8 раунда, психологической помощи и доступных мер по повышению приверженности к лечению из государственных источников финансирования. Мероприятия по поддержке пациентов ЛУ ТБ (повышение приверженности к лечению) основаны на коллегиальном решении рабочих групп в обеих областях и основаны на рекомендациях ежеквартальных мониторинговых визитов представителей ПВИЗ в регион.

Начиная с 3 квартала 2010 года, ПВИЗ проводит работу по проведению операционного исследования по улучшению учетно-отчетной документации по менеджменту МЛУ ТБ на примере Карагандинской и Павлодарской областей. В 3 и 4 квартале 2010 года были разработаны учетные формы по контролируемому лечению и по мониторингу побочных реакций, протокол операционного исследования, инструкции по заполнению форм, определены ответственные лица, места, и проведена подготовительная работа по началу исследования. Сбор данных проводился в течение 1 и 2 квартала 2011 года в Карагандинской и Павлодарской областях. Анализ и предоставление результатов запланированы на 3-4 кварталы 2011 года.

Во всех мероприятиях, проводимых нами в Казахстане, активное участие принимают специалисты ПВИЗ, являющиеся международными экспертами по менеджменту МЛУ ТБ, консультантами Всемирной организации здравоохранения и Комитета Зеленого Света – Салман Кешавджи, Майкл Рич, Джоя Мукерджи, Эдвард Нарделл, Александр Голубков, Ирина Гельманова, Александра Соловьева, Виктория Лившиц, Наталья Земляная, Сергей Янов, Татьяна Федоткина и многие другие.

Партнеры во имя здоровья, используя большой опыт по борьбе с МЛУ ТБ, делают все возможное для снижения эпидемиологического бремени лекарственной устойчивости в нашей стране и планируют продолжать свою деятельность на многолетней основе совместно с Национальной программой по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан.

ТУБЕРКУЛЕЗ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Ибраимханова Р.Ж., Копбосынова Д.Д., Сахтапова Э.С., Турсынбеков Н.Н., Матбаев А.А.
Алматинский ОПТД, г. Талдыкорган*

Мультирезистентный туберкулез (МЛУ ТБ)- это особая форма туберкулеза, при которой возбудитель заболевания становится устойчивым к наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам основного ряда - изониазиду и рифампицину. Из года в год отмечается рост числа больных с множественной лекарственной устойчивостью.

Учеными отмечено, что основными факторами увеличения лекарственной устойчивости МБТ являются искусственно созданными, вследствие непродолжительного лечения или несоблюдения принципов лечения. Больные с неудачами лечения становятся дополнительным и очень опасным резервуаром для распространения ЛУ штаммов МБТ в обществе.

Целью данного исследования явилось изучение и проведение сравнительного анализа за 3 года МЛУ ТБ по Алматинской области.

По Алматинской области эпидситуация по туберкулезу осложняется наличием и распространением туберкулеза с множественной лекарственной

устойчивостью. В области за 2010г. при снижении общего показателя заболеваемости в структуре всех форм туберкулеза отмечается рост числа больных 4 категории, в том числе туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Так, в 2008 г. больные 4 категории составили 29,4% (641), в 2009 г. – 37,9 % (722), а в 2010г. этот показатель вырос до 47,2 % (913), что указывает на имеющийся большой резервуар трудно излечимой формы туберкулеза. Особенно вызывает тревогу распространенность МЛУ ТБ. В 2010г. количество впервые выявленных больных МЛУ ТБ увеличилось с 440 в 2008г. до 718 человек, а на диспансерном учете в 2010г. наблюдается 830 больных МЛУ ТБ против 565 в 2008 году. Удельный вес среди контингента составил 26,0 % в 2008г. и 43,0% в 2010г.

Если темп роста заболеваемости по МЛУ ТБ в 2009г. сравнительно с 2008 годом составил 2,7%, то в 2010г. темп роста за 1 год составил 4,3% (в 1,6 раз).

Таблица 1 - Заболеваемость МЛУ ТБ за 2008-2010гг. по области на 100 тыс. населения

Годы	Абс. число «новых случаев» МЛУ ТБ	Заболеваемость на 100тыс. населения
2008	146	8,9
2009	195	11,6
2010	293	15,9

Анализ сравнительных данных указывает на увеличение числа как первичных, так и вторичных лекарственно-устойчивых форм туберкулеза.

При анализе возрастного контингента из числа впервые выявленных больных МЛУ ТБ количество детей с данной клинической формой, взятых на учет, имеет тенденцию к увеличению. Так, в 2010г. количество детей, страдающих устойчивыми формами заболевания, увеличилось с 7 больных (в 2008г.) до 11 детей, а сравнительно с 2009г. – рост составил 0,6 %. Удельный вес зарегистрированного

подтвержденного МЛУ ТБ взрослого населения сохраняется на высоком уровне и имеет тенденцию к росту.

Самая высокая заболеваемость из года в год регистрируется в возрасте 18-34 лет: 29,9 % мужчин и 20,4 % женщин.

В структуре впервые выявленных больных МЛУ ТБ количество внелегочных форм туберкулеза увеличилось по области с 4 случаев в 2008 г. до 9 случаев в 2010г.

Таблица 2 - Клинические формы больных с внелегочным МЛУ ТБ

№	Клинические формы	2008год	%	2009год	%	2010 год	%
1.	Туберкулезный плеврит	2	50	3	75	7	77,8
2.	КСТ	1	25	1	25	1	11,1
3.	ТБ кишечника, суставов, брыжеечных лимфоузлов	1	25	---		---	
4.	ТВГЛУ	---		----		1	11,1
5.	Всего	4	100,0	4	100,0	9	100,0

Динамика роста внелегочных форм туберкулеза с МЛУ отмечается за счет увеличения случаев плевритов туберкулезной этиологии: в 2010г. это было 77,8% , что на 22,7% больше, чем в 2008г.

Наблюдается тенденция заболевания внелегочными формами МЛУ ТБ раннего молодого и работоспособного возраста. Если в 2008 – 2009г.г. поражение туберкулезом костей и суставов отмечалось у зрелого возраста (66 и 60 лет), а другими внелегочными формами – старше 20 лет, то в 2010г. преобладает поражение туберкулезом костей и суставов среднем возрасте - 32 года, тубплевритом с 15 лет, с 6 лет ТВГЛУ.

Хирургическая помощь больным с бактерио-выделением и лекарственной устойчивостью оказывается в ЛХО ОПТД и в условиях РГКП НЦПТ МЗ РК. Сравнительно с предыдущими годами, в 2010г. отмечается повышение хирургической активности, в частности, среди больных 4-ой категории: с 3,2% в 2008г. до 21,1% в 2010г., в том числе МЛУ ТБ с 3,2% в 2008г. до 10,0% в 2010г.

Выводы

1. Эпидемиологическая ситуация по МЛУ ТБ в Алматинской области остается напряженной.

2. Высокая заболеваемость устойчивыми формами туберкулеза наблюдается среди больных молодого и трудоспособного возраста (18-34 лет).

3. Отмечается тенденция к увеличению использования хирургического метода лечения среди больных МЛУ ТБ.

Литература:

1. Исмаилов Ш.Ш., Абилдаев Т.Ш. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан.- Алматы, 2008 - 2010г.

2. Исмаилов Ш.Ш. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в Республике Казахстан. Алматы, 2009г.

3. Приказ МЗ РК №218 от 25.04.2011г. «О некоторых вопросах по борьбе с туберкулезом».

ТҰЖЫРЫМ

Зерттеудің мақсаты 2008-2010 жж аралығындағы туберкулездің көпдәріге төзімді түріндегі науқастардың талдауларын салыстыру мен зерттеуді өткізу. 2008 жылы 4 санаттағы науқастар 29,4% (641) құраса, 2009 жылы 37,9 % (722), 2010 жылы бұл көрсеткіш 47,2 % (913) дейін өскен. Алматы облысы бойынша эпидемиологиялық жағдайдың көрсеткіші өзекті мәселенің бірі болып отыр. Көпдәріге төзімді түріндегі туберкулездің көрсеткіші көбіне жастар мен еңбекке қабілеті бар адамдар (18-34 жас) арасында жиі кездеседі.

РЕЗЮМЕ

Целью данного исследования явилось изучение и проведение сравнительного анализа заболеваемости МЛУ ТБ за 3 года (2008-2010г.г.) по Алматинской области. Так, в 2008г. больные 4-ой категории составили 29,4% (641), в 2009 году – 37,9 % (722), а в 2010г. этот показатель вырос до 47,2 % (913). При общем снижении заболеваемости ТБ эпидемиологические показатели заболеваемости МЛУ ТБ в Алматинской области имеют тенденцию к росту. Высокая заболеваемость туберкулезом с множественной устойчивостью наблюдается среди лиц молодого и трудоспособного возраста (18-34 лет).

SUMMARY

Target of this study was to conduct the investigation and comparative analysis of MDR TB incidence for 3 years (2008-2010) over Almaty oblast. Thus, In 2008 patients of the 4th category constituted 29.4% (641), in 2009 37.9% (722) and in 2010 this indicator increased up to 47.2% (913). At general reducing of TB incidence the epidemiological indicators of MDR TB incidence in Almaty oblast tend to grow. The high MDR TB incidence is observed among patients of young and working age group.

ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ И ШИРОКОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В КАЗАХСТАНЕ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Исмаилов Ш.Ш.

Группа реализации проекта ГФСТМ при НЦПТ РК, г.Алматы

В Казахстане бремя туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) остается на высоком уровне. Так, первичный МЛУ ТБ составил в 2010г. 20,4%, приобретенный –53,0%. По данным экспертов ВОЗ, частота МЛУ ТБ выше 2-3% является критически высокой.

Основными причинами роста множественной лекарственной устойчивости являются: 1. нозокомиальная передача МЛУ ТБ в стационарах при контакте больных с устойчивыми формами туберкулеза другим пациентам, так как сегодняшние меры изоляции условные; 2. нет постоянного контроля над приемом противотуберкулезных препаратов, особенно в поддерживающей фазе.

Для реализации противотуберкулезных мероприятий Правительством Казахстана принята программа развития здравоохранения – «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015гг., в которую включены основные рекомендации «Пекинского призыва к действию...» и «Берлинской декларации...» в борьбе с глобальной угрозой МЛУ и ШЛУ туберкулеза. В стране выполняется Межведомственный рабочий План по координации реализации противотуберкулезных мероприятий на 2008-2012гг. Вместе с этим нам необходимо выполнение данных мероприятий совместно с сетью ПМСП, КГСЭН, ведомственными учреждениями Министерства внутренних дел РК, Министерства обороны РК, Министерства труда и социальной защиты РК и другими. Главными направлениями должно стать реформирование системы противотуберкулезной помощи в стране, путем создания приоритетности амбулаторного (стационарзамещающего) лечения больных всеми формами туберкулеза. При этом обязательным компонентом должно быть полное социальное сопровождение больных и персонала для формирования высокой приверженности к непрерывному контролируемому лечению. Стационары должны работать для тяжелых бациллярных больных туберкулезом, при этом следует соблюдать все меры инфекционного контроля. Такой принцип осуществляется во всех передовых странах мира.

В связи с опасностью ситуации по МЛУ и ШЛУ туберкулезу, необходима реализация следующих основных задачи: 1. рационально выполнять тест на лекарственную чувствительность (ТЛЧ) к противотуберкулезным препаратам (ПТП); 2. наращивать охват адекватным лечением ПТП второго ряда в режиме DOTS-Plus; 3. с целью профилактики роста и распространения МЛУ/ШЛУ ТБ повсеместно внедрить мероприятия инфекционного контроля; 4. полностью охватить социальным сопровождением всех нуждающихся больных ТБ; 5. создание условия для непосредственно наблюдаемого лечения, адвокации, коммуникации и социальной мобилизации.

На сегодняшний день Казахстан является одной из немногих стран в СНГ, где во всех 16 областных бактериологических лабораториях при противотуберкулезных диспансерах внедрены ускоренные тесты на лекарственную чувствительность методом ВАСТЕС-MGIT-960 (БМ). Соответственно, диагностика МЛУ ТБ в 2010г. выполнена более чем у 91% больных туберкулезом. Наряду с этим актуальным является повышение качества бактериологической диагностики путем рационального использования методов БМ, которые необходимо применять в основном бациллярным больным с неизвестным ТЛЧ и в тяжелых случаях туберкулеза. Традиционные методы ТЛЧ необходимо применять всем больным туберкулезом. ТЛЧ к ПТП второго ряда методом БМ следует выполнять всем больным до начала лечения в режиме DOTS-Plus и повторно при отсутствии эффекта лечения ПТП второго ряда, а методом Левенштейна-Йенсена в рамках операционных исследований и по протоколу.

На основании разработанной стратегии контроля над МЛУ ТБ, при дополнительном финансировании из грантов проектов 6 и 8 раундов Глобального фонда по борьбе с ВИЧ, туберкулезом и малярией (ГФСТМ), ежегодно увеличивается охват адекватным лечением больных МЛУ ТБ в режиме DOTS-Plus. Так, если в 2008г. число больных, взятых на лечение, составляло 2714 то, в 2010г. – 5215 больных, из них 2260 больных из средств ГФСТМ. Охват

лечением больных МЛУ ТБ противотуберкулезными препаратами II ряда до настоящего времени недостаточный. Соответственно, необходим правильный прогноз потребности в ПТП второго ряда, ошибочным является пролонгация начала лечения после получения информации о ТЛЧ у больных с наличием бактериовыделения микроскопическим методом. Сложно принять правильное решение у больных ТБ с отрицательными результатами микроскопии мокроты, но наличием МЛУ ТБ только по данным БМ или на основании HAIN-теста. При тяжелой клинической картине, наличии контакта с МЛУ ТБ больными, точных деструктивных изменениях следует применить лечение в режиме DOTS-Plus, в других случаях необходимо продолжать лечение ПТП первого ряда и ждать подтверждения МЛУ ТБ традиционными методами.

По данным когортного анализа эффективности лечения больных МЛУ ТБ в РК за 2007г., «вылечено» 72,2%, «лечение завершено» -11,2%, «неблагоприятный исход» -4,7%, «умерло» -3,6%, «нарушение режима» -4,0%, «переведен» -4,3%. Предварительные данные за 2008-2009г. указывают на снижение эффективности лечения, что связано с более широким охватом лечением, недостаточной длительностью интенсивной фазы и низкой приверженностью к непрерывной химиотерапии. Данные факты указывают на то, что чем ниже результаты лечения в режиме DOTS-Plus, тем выше уровень ШЛУ ТБ, лечение которого чрезвычайно сложное и эффективность в выборочных группах (при ограниченных процессах) не превышает 25%. При распространенных процессах и ШЛУ ТБ повторные курсы лечения препаратами 2 и 3 ряда неэффективны.

Как и во многих странах СНГ, особую тревогу вызывает высокий уровень распространения МЛУ ТБ в учреждениях уголовно-исполнительной системы. По данным лаборатории УКУИС, первичная МЛУ составляет - 40-60%, вторичная МЛУ - 80-90%. Для улучшения диагностики и эффективного лечения больных МЛУ ТБ в системе КУИС начато внедрение ускоренных методов бактериологической диагностики, разработана маршрутная карта для передачи больных после освобождения, проводится реструктуризация коечного фонда в соответствии с правилами инфекционного контроля. С 2010г. начаты мероприятия по внедрению пилотных проектов DOTS-Plus в 2-х областных тубучреждениях УИС, с последующим распространением на другие области и охватом лечением в 2011г. более 700 осужденных

больных МЛУ ТБ. Наряду с этим следует указать, что многие ОПТД отказывают в выполнении исследования материала из пенитенциарного сектора на ТЛЧ методом БМ, охват лечением крайне недостаточен, меры инфекционного контроля в туберкулезных учреждениях КУИС соблюдаются формально.

Для успешного выполнения «Комплексного плана действий по профилактике и борьбе с туберкулезом с множественной и широкой лекарственной устойчивостью в 2011-2015гг.», который рекомендуется для внедрения Европейским региональным бюро ВОЗ, необходимы следующие действия:

1. усиление приверженности больных МЛУ ТБ к непрерывному лечению путем разработки точных механизмов социальной поддержки.
2. реформирование кадрового потенциала, работающего с больными МЛУ ТБ, с перераспределением сил и средств на стационарзамещающие технологии.
3. включение противотуберкулезных мероприятий в единую систему реформирования здравоохранения.
4. разработка нормативной базы мероприятий инфекционного контроля в противотуберкулезных учреждениях.
5. создание условий для повсеместного внедрения адвокации, коммуникации и социальной мобилизации (АКСМ).

В заключение следует отметить, что в Казахстане имеется устойчивая тенденция к улучшению общей эпидемиологической ситуации по туберкулезу. Вместе с этим проблемы МЛУ ТБ, при высокой региональной миграции, опасности ситуации в пенитенциарном секторе, экономических и экологических изменениях, призывают нас наращивать усилия как внутри страны, так и на международном уровне.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада еліміздегі көпдәріге төзімді түрінің негізгі өсу себептері көрсетілген. Түберкүлездің көпдәріге төзімділігімен күресудің бастапқы бағыты, елімізде түберкүлездің барлық түрлерін амбулаторлық жүйеде емдеуді жүргізу жолымен, түберкүлезге қарсы көмектің жүйесін қалыптастыру. Бұл үшін науқастарды толық әлеуметтік жағдайын қолдап және медицина қызметкерлері емдеуді үзіліссіз бақылау жасау жолын ұстануы қажет.

РЕЗЮМЕ

В статье указаны основные причины роста мно-

жественной лекарственной устойчивости в стране. Отмечено, что главным направлением в борьбе с МЛУ ТБ должно стать реформирование системы противотуберкулезной помощи в стране, путем создания приоритетности амбулаторного лечения больных всеми формами туберкулеза. При этом обязательным компонентом должно быть полное социальное сопровождение больных и персонала для высокой приверженности к непрерывному контролируемому лечению.

SUMMARY

Main reasons of multidrug resistance growth in the country are indicated in the article. It is noted that the main directions in fight against MDR TB should be reforming of TB care system in the country through creation of outpatient treatment priority for all TB forms patients. At the same time full social support for patients and TB staff should be an obligatory component for high adherence to continuous controlled treatment.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ К ПРЕПАРАТАМ, ПОЛУЧЕННЫМ ПО ЛИНИИ КЗС В АЛМАТЫ

*Молдахметова К.Н., Мукушев Н.Р., Тулепова Г.Э., Коккозов Т.М., Сапиева Ж.А.
ГККП Межрайонный противотуберкулезный диспансер*

Введение

В городе Алматы, для повышения эффективности лечения больных МЛУ ТБ, совместно с «Инициативой Горгаса» по туберкулезу, Университет Алабамы в Бирмингеме, США внедрен проект «Создание модели системы управления случаев мультирезистентного туберкулеза в г. Алматы». При заверше-

нии данного проекта была подготовлена заявка на получение противотуберкулезных препаратов второго ряда по линии Комитета Зеленого Света (ВОЗ). После утверждения заявки в августе 2008г. были получены препараты второго ряда по линии Комитета Зеленого Света (КЗС) по 6 раунду.

Таблица 1 – Больные, набранные на лечение согласно графика, поквартально

№ когорты	Год	квартал	Количество больных
1	2008	3	80
2		4	30
3	2009	1	30
4		2	30
5		3	30
6		4	45
7	2010	1	45
8		2	45
9		3	45
10		4	35
11	2011	1	15
12		2	15
Итого			445

На лечение больные брались, согласно решения ЦВКК МЛУ ТБ, независимо от сопутствующей

патологии (алкоголизм, наркомания, БОМЖи и т.д.), обязательно с подтвержденным МЛУ ТБ. Коррек-

ция лечения и отмена ПТП проводится только через ЦВКК МЛУ ТБ. Вся документация на данных больных маркирована, в журнале ТБ 11 также имеется маркировка. Ведется отдельный анализ промежуточных исходов, согласно выше перечисленных когорт.

Результаты лечения больных: 1 - 3 когорты.

Стандартный режим лечения по инструкции назначался строго по весу больного, включая пять новых препаратов (капреомицин, фторхинолоны, тиамиды, циклосерин, ПАСК). Шестым препаратом включался пиразинамид или этамбутол, при сохра-

нении к нему чувствительности. Больные продолжают принимать ПАСК и в поддерживающей фазе лечения.

Длительность интенсивной фазы лечения составляет 6 месяцев. При этом доза капреомицина составляет 180 доз. Длительность поддерживающей фазы – минимум 18 месяцев. При переводе больных в другие регионы препараты передавались каждые 3 месяца и запрашивались результаты анализов и исход.

Таблица 2 - Эффективность лечения больных МЛУ ТБ, взятых на лечение ПВР по КЗС в 1 - 3 когорте

№ когорты	Взято на лечение (чел)	Успешное лечение (вылечен и лечение завершено)		Неудача лечения		Нарушение режима		умерло		Продолжают лечение	
		абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1	80	59	73,7	10	12,5	4	5,0	4	5,0	3	3,7
2	30	19	63,3	3	10,0	2	6,7	3	10,0	3	10,0
3	30	16	53,3	1	3,3	4	13,3	3	10,0	6	13,3

Таким образом, как видно из таблицы, успех лечения в среднем составляет 67,1%, но необходимо учесть, что ни одна когорта еще не закрыта, так как 12 больных (8,6%) продолжают лечение. Ожидаемый успех лечения в среднем составит 75,7%.

Нами был проведен анализ неблагоприятных исходов, при этом выявлено, что в 36,4% у больных отмечалось наличие широкой лекарственной устойчивости, также у 36,4% больных с неудачей лечения отмечались пропуски в поддерживающей фазе лечения, нерегулярный прием (суммарно от 73 до 202 доз). Больные с ШЛУ в настоящее время продолжают лечение препаратами третьего ряда по показаниям.

Выводы

Соблюдение стандартной схемы лечения и длительности лечения не менее 24 месяцев позволит получить эффективные результаты лечения у 67,1% больных с МЛУ ТБ, ожидаемый успех лечения по завершении 36 месяцев составит 75,7%, так как у 8,6% больных длительность лечения больше чем 24 месяца. На эффективность лечения оказывает влияние наличие у больных широкой лекарственной устойчивости и наличие пропусков в лечении.

ТҰЖЫРЫМ

ҚДТ ТБ науқастарының контингентіне (ілеспелі аурулар-маскүнемдік, нашарлық және т.б.) қарамастан ұзақтығы кем дегенде 24 ай стандартты емдеу режимін сақтау кезінде, қажет болса ем ұзақтығын ұзарту кезінде емдеу тиімділігі 67,1%, құрайды, күтілетін ем жетістігі 75,7%.

РЕЗЮМЕ

При соблюдении стандартного режима лечения длительностью не менее 24 месяцев, независимо от контингента больных (наличие сопутствующих заболеваний – алкоголизм, наркомания и т.д.), при продлении, по необходимости, длительности лечения МЛУ ТБ эффективность лечения составила 67,1%, ожидаемый успех лечения 75,7% .

SUMMARY

At observation of the standardized treatment regimen duration of chemotherapy not lesser than 24 months independently from categories of patients (i.e. those with concomitant diseases such as alcoholism, drug abuse etc.), when duration was prolonged if needed, treatment effectiveness constituted 67.1% while the expected success 75.7%.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ В ПАНФИЛОВСКОМ РАЙОНЕ

Ниязова Э. О.

Жаркентская туберкулезная больница Алматинская область

Туберкулез в Панфиловском районе, как и во всей республике, остается важнейшей проблемой здра-

воохранения района. Важными критериями, определяющими тяжесть эпидемиологической ситуации в районе, являются показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза, а также распространенность множественной лекарственной устойчивости.

Сравнительный анализ эпидемиологических показателей в районе по туберкулезу по итогам 2008-2010 гг. свидетельствует о снижении показателя заболеваемости (64,0 в 2010 году против 73,7 в 2008 году на 100 тыс. населения; снижение на 13,6).

Таблица 1 - Сравнительный анализ заболеваемости туберкулезом за 2008-2010г.г.

Годы	РК	Алматинская область	Панфиловский район
2008г	125,6	100,5	73,7
2009г	105,5	90,9	64,7
2010г	95,5	81,5	64

В области и по району, при снижении общего показателя заболеваемости в структуре всех форм туберкулеза, увеличение количества больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью вызывает озабоченность. Устойчивость к противотуберкулезным лекарственным средствам является серьезной проблемой общественного здравоохранения, создающей угрозу успешному применению DOTS – подхода, рекомендованного ВОЗ для выявления и лечения туберкулеза, а также глобальной борьбы с туберкулезом.

В контроле за мультирезистентным туберкулезом основной доказательной базой является бактериологическая диагностика посредством теста на лекарственную чувствительность (ТЛЧ). Начиная с 2007 года, в связи с принятием в стране приказа МЗ

РК № 723 по ведению больных МЛУ ТБ, начато проведение ТЛЧ всем впервые выявленным и повторно леченым больным туберкулезом. Казахстан является единственной страной в СНГ, где ТЛЧ диагностика МЛУ ТБ выполняется во всех областях, в том числе и в Алматинской области. С 2010 года внедрен экспресс-метод определения ТЛЧ аппаратом ВА-СТЕС MGIT-960 и ускоренная диагностика МЛУ ТБ путем применения метода генотипирования HAIN-test. Новая технология - ускоренная диагностика МЛУ ТБ - позволяет выявлять его своевременно. Так, в 2010 году число больных по 4 категории выросло с 29 в 2008 году до 57 в 2010 году. Из них число больных МЛУ ТБ по району составило 55 в 2010 году против 29 больных в 2008 году.

Таблица 2 – Анализ заболеваемости МЛУ ТБ среди взрослых, подростков и детей, впервые выявленных за 2008-2010г.г.

Годы	Всего больных	из них МЛУ ТБ	в том числе		
			взрослые	подростки	дети
2008г	29	29	29	-	-
2009г	40	36	35	1	-
2010г	57	55	53	2	-

Анализ соотношения МЛУ ТБ по полу показал, что мужчины заболевают чаще, чем женщины. Анализ возрастного состава показывает, что самая

высокая заболеваемость МЛУ ТБ из года в год регистрируется в возрасте 18-34 лет.

Таблица 3 – Половозрастная сравнительная характеристика больных МЛУ ТБ за 2008-2010г.г.

Годы	всего	0-14		15-17		18-34		35-54		55-64		65 и >	
		м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж	м	ж
2008	29					6	7	13	2	1			
2009	36					14	6	10	1	3	1	1	
2010	55				2	23	7	11	4	6	1	1	

По клиническим формам преобладают больные с инфильтративным туберкулезом легких в фазе распада. При анализе клинических форм заболевания у больных резистентным туберкулезом установлено, что преобладали распространенные двусторонние процессы, с наличием осложнений и

сопутствующих заболеваний. Во всех случаях имелись полости распада, все больные были бактериовыделителями, что подтверждалось бактериологическими и культуральными методами. У большинства больных установлена резистентность к 4-м препаратам.

Таблица 4 - Анализ по типам случаев и локализации туберкулеза среди больных МЛУ ТБ за 2008-2010г.г.

Годы	Дисп. группы		Случай					Локализация	
	1 «В»	1 «Г»	новый случай	неудача лечения	рецидив	перевед.	друг.	легочн.	внеп.
2008	23	6	2	9	4	3	11	27	2
2009	30	6	6	8	10	1	11	36	
2010	49	6	9	9	23	2	12	54	1

Выявление и лечение лекарственно-устойчивых форм туберкулеза должно быть составной частью национальных программ борьбы с туберкулезом. Решением проблемы контроля над распространением лекарственно-устойчивого туберкулеза является

применение альтернативных курсов химиотерапии противотуберкулезными препаратами (ПТП) второго ряда в комплексе с противоэпидемическими мероприятиями.

Таблица 5 – Лечение больных, в т.ч. МЛУ ТБ, по IV категории по годам (2008-2010г.г.)

Годы	Всего больных	из них МЛУ ТБ	Получают лечение		На симптом. лечение
			ПВР	ППР	
2008г	29	29	20	4	5
2009г	40	36	26	6	8
2010г	57	55	40	10	7

Лечение в режиме DOTS - Plus проводилось в стандартном режиме, длительностью до 18-21-24 месяцев. Стандартный режим химиотерапии как более надежный получали большинство больных. Прием препаратов осуществлялся только в ежедневном режиме на протяжении всего курса лечения, под непосредственным контролем медработников. Продолжительность интенсивной фазы лечения ре-

зервными препаратами в основном составила от 5 до 7 месяцев.

Окончательные результаты лечения имеются только у больных, получивших лечение в 2008 году. У больных, взятых на лечение в 2009-2010 годах, исходы не оценены, поскольку ряд больных не завершили полный курс лечения.

Таблица 6 – Исходы лечения больных в режиме DOTS – Plus за 2008г.

Взято на лечение						Оцененные случаи исходов	Исходы лечения по DOTS – Plus													Неоцен. случ.
Всего больных	Первичная уст.	Приобретенная устойчивость					Вылечен	Лечение завершено		Неудача лечения		Наруш. режима		Перевод		Умер		Снят с DOTS		
		рецидив.	перевед.	неудача	другие			абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		абс.	
29	2	4	3	9	11	20	17	85	1	5					2	10				

Таким образом, больные с мультирезистентной формой туберкулеза легких представляют собой сложную категорию, среди них преобладают лица с распространенными деструктивными процессами и наличием осложнений. Применение резервных препаратов у больных резистентным туберкулезом, получавших адекватное лечение, показало высокую клиническую эффективность.

Литература

1. Исмаилов Ш.Ш. Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в РК – Алматы, 2009г.

ТҰЖЫРЫМ

Аудан бойынша жылдан- жылға туберкулез ауруының азайуына қарамастан, туберкулезге қарсы негізгі дәрі-дәрмектерге тұрақтылық түрлері, оның ішінде жаңадан ауырғандар арасында туберкулездің осы түрі көбейіп келеді. Туберкулез науқастарының туберкулезге қарсы негізгі дәрі-дәрмектерге

тұрақтылығы анықталса, оларды екінші қатардағы дәрі-дәрмектермен емдеудің тиімділігі жоғары.

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось определение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в районе и эффективности лечения больных МЛУ ТБ препаратами резервного ряда. Применение резервных препаратов у больных резистентным туберкулезом, получавших адекватное лечение, показало высокую клиническую эффективность. Но на эффективность лечения оказывает влияние наличие у больных сопутствующей патологии (алкоголизм и наркомания).

SUMMARY

Despite of the fact that every year in the area the total number of TB patients decreases, the number of patients with MDR-TB form increased especially among newly reported cases of MDR-TB form. In case of identifying patients with MDR-TB form, treating them with anti-TB drugs of the second line gives us the series with the best effects.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ УСТОЙЧИВОСТЬ МБТ У ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ И ПОВТОРНЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ФАЗЕ

Сақыбаева С. А., Рашитов М.Р., Таджиханов Т.И., Атемов Т. А., Бектемир Т. К., Касаева Л.Т.

Областной противотуберкулезный диспансер Южно-Казахстанской области, г. Шымкент

При создавшейся неблагоприятной ситуации по туберкулезу с ростом лекарственно-устойчивых форм, совершенствование пути лечения больных

туберкулезом с множественной-лекарственной устойчивостью (ТБМЛУ) является одной из актуальных задач фтизиатрии, и в настоящее время все

большее значение приобретает наличие резистентности микобактерий туберкулеза (МБТ) у впервые выявленных туберкулезом легких и у больных, заболевших повторно. Резистентность МБТ, особенно множественная лекарственная устойчивость (МЛУ), изменяет течение заболевания и эффективность лечения больных [1].

Данные литературы о частоте лекарственной устойчивости МБТ отличаются разнообразием. Однако авторы констатируют увеличение частоты туберкулеза, вызванного устойчивыми штаммами. Показатели приобретенной устойчивости превосходят величину первичной лекарственной резистентности.

Данные об эффективности лечения больных с устойчивыми формами МБТ противоречивы. Одни авторы отмечают худшие результаты терапии у больных с лекарственной резистентностью. Другие полагают, что при этом имеет значение число препаратов, к которым МБТ устойчивы. Монорезистентность не влияет на эффективность терапии [2].

Целью настоящей работы явилось исследование частоты и характера лекарственной резистентности МБТ у впервые выявленных и повторных больных, возрастной состав, социальное положение, пол и эффективность лечения больных, пролеченных в мультирезистентном отделении областной противотуберкулезной больницы за период 2008-2009 г.г.

Приказом департамента здравоохранения Южно-Казахстанской области от 26.12.2003г. за № 1048-П «Об увеличении коечного фонда областной противотуберкулезной больницы» с 1.01.2004 года было открыто отделение на 60 коек для лечения больных с МЛУ из районов и городов Южно-Казахстанской области, что стало недостаточным для своевременного охвата лечением в интенсивной фазе больных с МЛУ в связи с увеличением их количества с каждым годом. И приказом Управления здравоохранения Южно-Казахстанской области № 181-П от 17.03.2010г. количество коек в отделении МЛУ ТБ доведено до 150, из них для МЛУ ТБ с МБТ(+) – 75 коек и для МЛУ ТБ с МБТ(-) - до 75 коек.

Из числа поступивших в течение двух лет 373 больных мужчин было 237 (63,5%), женщин было 136 больных (36,5%).

Анализ возрастного состава показывает (таблица 1), что большинство больных с МЛУ приходится на возраст от 20 до 40 лет – 257, что составляет 69%, а удельный вес больных свыше 40 лет - 101 (27,0%).

Количество больных моложе 19 лет составило всего 15 (4%), т.е. среди больных, поступивших к нам с МЛУ на стационарное лечение, встречались чаще лица молодого, трудоспособного возраста, а при сравнении двух лет число поступивших больных свыше 50 лет увеличилось в 5 раз.

Таблица 1 - Возрастной состав больных, поступивших с МЛУ

	Возрастной состав	Кол-во больных				всего	%
		2008г	%	2009г	%		
1.	16-19	4	3.1	11	4.5	15	4.01
2.	20-30	53	41.1	87	37.5	140	37.5
3.	31-40	49	38.0	68	27.9	117	31.4
4.	41-50	15	11.6	38	15.6	53	14.2
5.	Свыше 50 лет	8	6.2	40	16.3	48	12.9
6.	Итого	129	100	244	100	373	100

Социальное положение больных с МЛУ показывает, что доля безработных и малообеспеченных составила 60,6% (226 больных). Очень высок удельный вес больных инвалидов по болезни – 108 (28,9%), тогда как число больных с МЛУ среди рабо-

тающих составило 33 (9,0%), и пенсионеров 1,5% (5 больных). Среди поступивших больных каждый седьмой – 13,6% (51) составляют лица, заболевшие в местах лишения свободы, а 28,3 % больных имеют семейный контакт.

Таблица 2 - Структура заболеваемости больных, поступивших за 2008-2009г.г.

№ пп	Диагноз	2008	%	2009	%	Всего	%
1	Инфильтративный туб-з	92	71,3	142	58,2	234	62,7
2	Диссеминированный ту	3	2,3	5	2,0	8	2,1
3	Казеозная пневмония	3	2,3	2	0,8	5	1,3
4	Кавернозный туберкулез	-	-	1	0,4	1	0,2

№ пп	Диагноз	2008	%	2009	%	Всего	%
5	Фиброзно-кавернозный	31	24,0	92	37,7	123	32,9
6	Туберкулезная эмпиема	-	-	2	0,8	2	0,5
	ИТОГО	129		244		373	

Из таблицы 2 видно, что среди поступивших больных большее место занимает инфильтративная форма туберкулеза – 234 больных – 62,7%, фиброзно-кавернозный туберкулез составляет 32,9% (123), а удельный вес казеозной пневмонии,

как тяжело протекающая форма туберкулеза составил 1,3% (5), на диссеминированный, кавернозный туберкулез и туб.эмпиему приходится соответственно 2,1%, 0,2% и 0,5%.

Таблица 3 - Динамика устойчивости МБТ у впервые выявленных и повторных больных к различному количеству препаратов, в том числе с МЛУ за 2008-2009г.г. из числа поступивших

Впервые выявленные									
Год	Общее число	Устойчивость к препаратам						Клин.резист.	
		К 1-2	Из них Н+R	К 3 и более	Из них Н+R	Общее число больных с МЛУ		абс	%
						абс	%		
2008	12	1		10	10	10	83,3	1	8,3
2009	31	4	3	22	21	24	77,4	5	16,1
Повторные больные									
Год	Общее число	Устойчивость к препаратам						Клин.резист.	
		К 1-2	Из них Н+R	К 3 и более	Из них Н+R	Общее число больных с МЛУ		абс	%
						абс	%		
2008	117	7	1	106	98	99	84,6	4	3,4
2009	213	27	12	138	130	142	66,6	48	22,5

В таблице 3 представлены данные о наличии резистентности МБТ к различному количеству препаратов, в их числе выделены больные с МЛУ.

В 2008 году МЛУ МБТ у впервые выявленных больных было 83,3% среди всех первичных, а в 2009 году отмечается снижение этого показателя до 77,4%, в то же время идет увеличение больных с клинической резистентностью от 8,3% до 16,1% среди впервые выявленных больных.

Таким образом, первичная лекарственная устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам в различных их сочетаниях ежегодно незначи-

тельно снижается, в то же время идет рост больных с клинической резистентностью, что и подтверждается среди повторных больных и составляет соответственно 3,4% и 22,5% в 2008 и 2009 г.г.

Лекарственная устойчивость МБТ, выявленная у впервые заболевших туберкулезом легких, указывает также на то, что в настоящее время все большее значение при заражении приобретает экзогенная инфекция.

Этот показатель среди повторных больных также находится на высоком уровне и составляет соответственно 84,6% и 66,6% в 2008 и 2009г.г.

Таблица 4 - Устойчивость МБТ к ПТП за 2008-2009г.г. среди первичных и повторных больных из числа поступивших

Группа больных	Устойчивость МБТ к ПТП													Без устойчивости
	Всего	H	S	HE	SE	HS	RS	HR	HRE	RSE	SHE	HRS	HSRE	
в/в	43					1	1	3	1	1		6	24	6
%						2,3	2,3	6,9	2,3	2,3		13,9	55,8	13,9
рецидивы	330			1	5	10	5	13	10	3	5	58	168	52
%				0,3	1,5	3,0	1,5	3,9	3,0	0,9	1,5	17,5	50,9	15,7
Всего	373			1	5	11	6	16	11	4	5	64	192	58
%				0,2	1,3	2,9	1,6	4,2	2,9	1,0	1,3	17,1	51,4	15,5

Результаты изучения устойчивости МБТ к разным препаратам и их комбинациям показали (таблица 4), что среди первичных и повторных больных за два года наиболее часто устойчивость отмечалась к четырем препаратам (соответственно 55,8% и 50,9%)

В целом мультирезистентная форма туберкулеза (HRS, HRE, HR, HSRE) диагностирована у 75,6% больных с устойчивыми штаммами МБТ.

Идет небольшой рост этого показателя среди первичных больных и составляет 78,9%, тогда как этот показатель среди повторных больных составил 75,3%.

Но, следует отметить, что с каждым годом идет значительный рост больных с клинической резистентностью, и он соответственно составляет 3,8% и 21,7 % (5 и 53) при общем показателе 15,5% (58). И эти больные были госпитализированы на основании ухудшения клинко-рентгенологических данных без наличия ЛУ.

Лечение этих больных нами проводилось по стандартной схеме программы DOTS-Plus.

Одним из основных показателей эффективности лечения на интенсивной фазе является конвер-

сии мазка мокроты. Из выписанных 267 больных было достигнуто абациллирование у 236 больных, что составляет 88,3%, у 31 больных (11,7%) не достигнуто конверсии мазка из-за того, что 6 больных умерло (2,2%), из них у двоих причиной смерти явилось профузное легочное кровотечение, четверо умерли от нарастающей легочно-сердечной недостаточности, шестеро больных (2,2%) прервали лечение из-за систематических нарушений режима лечения, пятеро были переведены в ЛХО Областного противотуберкулезного диспансера (1,8%), трое больных сняты с DOTS-Plus в связи с непереносимостью противотуберкулезных препаратов (1,1%), трое отказались от лечения (1,1%), пятеро больных (1,8%) были оформлены на принудительное лечение в специализированное отделение ОПТБ.

Средняя длительность пребывания больного на койке в 2008г. составила 132,8 дней, а в 2009 году - 134,8 дней.

В таблице 5 приведены данные исходов лечения и зависимости сроков абациллирования от количества и сочетания препаратов, к которым имелась устойчивость МБТ

Таблица 5 - Исходы лечения

Устойчивость к препарату-там	Всего	Из них		Впервые выявленные			Повторные больные									
		Первич	Повтор	Абациллирование (мес)			Умерло	Абациллирование (мес)			Умерло	Леч. прервано	Переведено	Снят с DOTS+	Отказ от леч.	Перев. на принуд. леч
				3	4	5-8		3	4	5-8						
1-2п																
(без H+R)	21	2	19	2				15	3						1	
%				100				78,9	15,7							
3-4п	186	25	161	19	4	2		122	10	6	4	4	6	2	2	5
%				76,0	16,0	8,0		75,7	6,2	3,7						
H+R	14	2	12	1			1	9	2			1				
%				50,0				75,0	16,6							
Клин. резист.	46	5	41	3	1		1	21	10	6		1	2	1		
ИТОГО	267	34	233	25	5	2	2	167	25	12	4	6	8	3	3	5

Из таблицы видно, что при резистентности к 1-2 препаратам (без H+R) абациллирование среди первичных наступило в конце третьего месяца у 100% больных, а среди повторных в конце 3-го и 4-го месяцев - соответственно 78,9% и 15,7%.

При устойчивости к трем и более препаратам

эффективность лечения оказалась ниже, как среди первичных, так и повторных, и оказалось, что абациллирование в конце 3-го и 4-го месяцев составило 76,0% и 16,0% среди первичных, среди повторных 75,7% и 6,2%.

У больных с устойчивостью только в сочетании с препаратами H+R конверсия мазка на 3-4 месяцах среди впервые выявленных больных составила 50%, (из 2 больных – 1 экзотировал), а среди повторных этот показатель конверсии оказался выше и равнялся 75,0% и 16,6%.

Выводы

1. Больные МЛУ ТБ – в основном лица молодого, трудоспособного возраста - 68,9% .

2. В структуре заболеваемости преобладает инфильтративная форма туберкулеза - 62,7%, также возросла доля фиброзно-кавернозного туберкулеза - 32,9%.

3. Несмотря на уменьшение общего числа поступающих больных с первичной лекарственной устойчивостью МБТ к противотуберкулезным препаратам в различных их сочетаниях, ежегодно их количество незначительно снижается, среди первичных с 83,3% до 77,4% и повторных с 84,6% до 66,6%.

4. Идет рост больных с клинической резистентностью, среди первичных с 8,3% до 16,1% и повторных с 3,4% до 22,5% .

5. Мультирезистентная форма туберкулеза диагностирована у 75,6% больных с устойчивыми штаммами МБТ.

6. Конверсия мазка через 3 месяца достигнута в 71,9%, через 4 месяца у 83,1% больных.

Литература

1. Худушина Т.А., Волошина Е.П., Адамович

Н.В., Пробл. туб. и болезней легких - 2005г. № 12. С.37-39.

2. Ильина Т.Я., Жангиреев А.А., Сидоренко О.А. Проблемы туберкулеза и болезней легких –2003г № 5 с.19-21.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада 2008-2009 жылдардың Оңтүстік Қазақстан аймағында алғаш анықталған және қайталап ауырған науқастарда туберкулез микобактериясының түрлі дәрілерге тұрақтылығы, клиникалық резистенттілігі, қарқынды емдеу сатысындағы нәтижелері туралы мәселе айтылып отыр.

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные результатов эффективности лечения впервые выявленных больных и с рецидивами после завершения интенсивной фазы, данные о лекарственной устойчивости, клинической резистентности, клинических форм заболевания за 2008-2009 годы по Южно-Казахстанскому региону.

SUMMARY

Data on effectiveness of treatment of newly detected persons with relapses after intensive phase completion and data on drug resistance, clinical resistant forms of TB disease in South Kazakhstan region over 2008-2009 are given in this paper.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ЮКО

Сақыбаева С. А., Корганбаева С.Н., Есжанова Г.А., Утегенова Н.Т., Баймамутова Г.К.
Областной противотуберкулезный диспансер ЮКО, г.Шымкент

Учет резистентных форм туберкулеза по ЮКО ведется с 2000г. Анализ динамических показателей указывает на увеличение числа случаев туберкулеза с выявленной лекарственной устойчивостью МБТ. Так, в I группе диспансерного учета в 2007г. наблюдались в регионе 101 больной, в 2008г. - 73, 2009г.

– 90. Из них с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза в 2007г. было 11 (10,8%), в 2008г. – 34 (46,5%) и в 2009г. -20 (22,2%) человек. С первичной множественной лекарственной устойчивостью из этих больных в 2007г. было 5 (45,4%), в 2008г. -14 (41,1%), в 2009г.-7 (35%).

Таблица 1 - Количество больных МЛУ ТБ за период 2007-2009г.г.

Год	2007	2008	2009
Контингент I группы	101	73	90
Из них МЛУ ТБ	5	14	7
Первичный МЛУ ТБ	5	14	7

По ЮКО взято на лечение препаратами второго ряда в 2007 г.- 5, в 2008г. - 14, в 2009г. – 7.

Отбор на лечение препаратами второго ряда проводился соответственно приказу №723 МЗ РК от 07.12.2007г. Больные рассматривались на ЦВВК, с представлением подробного анамнеза, с эпизодами предыдущего лечения, анализов мокроты с тестом на лекарственную чувствительность и рентгено-томографическими снимками.

Все больные в интенсивной фазе лечения находились в условиях НЦПТ РК, исследование мокроты проводилось бактериоскопическим и культуральным методом.

Нами проведен анализ историй 26 больных подростков в возрасте от 15 до 18 лет, взятых на лечение в указанный выше период. По полу больные были распределены следующим образом: 2007г. мальчиков – 0, девочек -5 (19,2%), в 2008г. мальчиков – 3 (11,5%), девочек – 11 (42,3%), в 2009г. мальчиков – 0, девочек – 7 (26,9%).

Сопутствующие заболевания у больных, пролеченных препаратами II ряда в 2007г., наблюдались в 8 случаях: анемия – 4; хронический холецистит -1; катаральный эндобронхит - 2; хронический бронхит – 1.

В 2008г. - в 11 случаях: анемия - 8; эндемический диффузный зоб I ст.- I, катаральный эндобронхит – 2;

В 2009г. - в 7 случаях: анемия – 4, хронический гастроудоденит – 1, катаральный эндобронхит - 2;

По социальному статусу из 26 больных, 21 (80%) подростков были из многодетных семей с неудовлетворительными материально-бытовыми условиями. Все больные до лечения препаратами 2-го ряда ранее принимали лечение в режиме I-II категории препаратами основного ряда, без эффекта. При культуральном исследовании мокроты выявлена лекарственная устойчивость к препаратам I ряда.

Клиническая структура больных приведена в таблице ниже.

Таблица 2 - Клиническая структура туберкулеза легких (в абсолютных числах), 2007-2009г.г.

Клинические формы	2007	2008	2009
Диссеминированный туберкулез	0	1	0
Инфильтративный туберкулез	5	13	7
Всего	5	14	7

У всех больных был выявлен деструктивный процесс с бацилловыделением.

При госпитализации в стационар у всех больных в мокроте были обнаружены микобактерии туберкулеза бактериоскопическим методом. Определена лекарственная устойчивость у 26 больных к 4 препаратам.

в 2007г. – 1 (3,8%), к 3 препаратам – 1 (3,8%) к 2 препаратам – 3 (11,5%);

2008г. к 4 препаратам – 11 (42%), к 3 препаратам – 3 (11,5%);

2009г. к 4 препаратам – 5 (19,2%), к 3 препаратам – 2(7,6%).

В период проведения поддерживающей фазы лечения препаратами 2-го ряда у некоторых больных отмечались артралгии, которые после проведения симптоматического лечения исчезали без отмены препаратов.

Все 26 больных были пролечены в интенсивной фазе в НЦПТ РК и переведены в ОПТД для проведения лечения в поддерживающей фазе.

Эффективность лечения больных туберкулезом за 2007-2009г.г. была высокой: конверсия мазка была достигнута на 3-ем месяце лечения в 100% случаев.

Таблица 3 - Исходы лечения больных МЛУ ТБ по годам

Год	Исходы лечения							
	Вылечен		Лечение завершено		Неудача лечения		Умер	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	А.ч	%
2007	3	60	2	40	-	-	-	-
2008	11	78,5	3	21,4	-	-	-	-
2009	6	85,7	-	-	1	14,2	-	-

На основании вышеизложенного следует сделать выводы:

1. МЛУ ТБ чаще встречается у девочек (3 мальчика, 23 девочки)

2. Из всех клинических форм преобладает инфильтративный туберкулез (инфильтративный туберкулез - 25, диссеминированный туберкулез - 1).

3. Конверсия мазка в 100% случаях наступила на 3-ем месяце лечения ПВР.

Исходы лечения в основном благоприятные:

1. Вылечен – 20 (76,9%)

2. Лечение завершено – 5 (19,2%)

3. Неудача лечения - 1 (3,8%)

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада 2007-2009 жылдардағы Оңтүстік Қазақстан аймағындағы туберкулездің мультирезистентті түріндегі жасөспірім науқастарын емдеудің тиімділігінің талдауы келтірілген,

жағындының конверсиясы, емнің нәтижесі және клиникалық үлгілері туралы мәліметтер жазылған.

РЕЗЮМЕ

В статье приведены данные анализа эффективности лечения подростков, больных мультирезистентным туберкулезом Южно-Казахстанского региона за период 2007-2009гг. Приведены данные о клинических формах, конверсии мазка, исходах лечения.

SUMMARY

Outcomes of treatment of 26 patients with pulmonary TB in 2007-2009 are presented there. All the patients had the duration of treatment regimen no less than 21-24 months. Effectiveness of treatment with anti-TB drugs of the second line, namely sputum smear conversion reached up to 95%, accordingly indicators of cure during the period over 2007-2009 grown to 96.1%.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Сапиева Ж.А.

ГККП Городской противотуберкулезный диспансер Медеуского района, г.Алматы

В настоящее время туберкулез остается одной из актуальных проблем здравоохранения и является не просто длительно текущим инфекционным заболеванием, представляющим опасность для здоровья населения, но и сложной медико-социальной и экономической проблемой [1].

Больные туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью после установления диагноза и в ходе лечения переживают целую гамму

эмоций, у них резко меняются жизненные планы, перспективы на будущее, изменяется мотивация, т.е., помимо медицинского, присутствуют также психологический и социальный аспекты.

Болезнь сопровождается стрессом. Известно, что туберкулез сопровождается развитием у больного субдепрессивного состояния, нарушением в эмоциональной и волевой сферах [2]. Многими авторами были изучены клинико-социальные харак-

теристики больных туберкулезом. В данной работе проводится целенаправленный анализ социальных последствий у больных МЛУ ТБ.

Целью анализа является изучение социальных последствий у больных МЛУ ТБ.

Объект и методы исследования

Были обследованы 30 больных с впервые диагностированным туберкулезом и 30 больных с МЛУ ТБ, проходивших лечение в ГПТД Медеуского района с 2009 по 2010 год.

Возрастные категории больных - от 20-58 лет, распределение по половому признаку: мужчин-42, женщин-28. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 2-лет. Диагноз туберкулеза был установлен решением ЦВКК на основании общепринятых клинических, рентгенологических, лабораторных исследований.

Для изучения социальных последствий была принята анкета из 24 вопросов, с которыми пациент должен был либо согласиться, либо нет.

Каждый пациент отвечал на вопросы самостоятельно. Каждый анкетированный был извещен о том, что обследование анонимное, что анализируются только его ответы, без указаний фамилий. Анкета позволяет выявить выраженные социальные последствия больных МЛУ ТБ в сравнении с категорией впервые диагностированных больных.

Так, анкета изучает следующие параметры: изменение социального, финансового, семейного по-

ложения, образа жизни, круга интересов и общения, жизненных планов, перспективы на будущее, условий труда; отношения окружающих, родственников к больному после заболевания; потребность больного в эмоциональной и материальной поддержке. Результаты анкетирования позволяют изучить социальные последствия заболевания больных МЛУ ТБ.

Результаты

Результаты проведенного анкетирования были статистически обработаны. На каждый вопрос были положительные, так и отрицательные ответы, которые суммировались и анализировались. Положительные ответы пациентов на вопросы в анкетах (табл.1) позволяют определить социальные последствия больных МЛУ ТБ.

Результаты, представленные в табл.1, свидетельствуют о том, что из-за заболевания, особенно в категории больных МЛУ ТБ, отношение окружающих к больным ухудшилось, и это привело к ограничению их контактов. У части больных МЛУ ТБ заболевание послужило причиной изменения семейного положения - распада семьи. Болезнь нарушила жизненные планы пациентов. После заболевания положение больного в обществе ухудшилось, так же как материальное положение, условия труда; изменился образ жизни, сузился круг интересов.

86% больных обследованных больных указали, что нуждаются в финансовой поддержке.

Таблица 1 - Социальные последствия для больных ТБ

Перечень последствий заболевания ТБ	Положительные ответы больных ТБ, %	Впервые диагностированные больные ТБ
Больные МЛУ ТБ		
Ухудшение финансового положения	63	80
Ухудшение отношения родных	6	40
Ухудшение отношения окружающих	30	73
Ухудшение положения в обществе	40	43
Ухудшение условий труда	63	83
Ограничение контактов	40	63
Нарушение жизненных планов	80	93
Распад семьи	6	23
Сужение кругов интересов	40	63
Изменение образа жизни	63	86
Потребность в материальной поддержке	73	86
Потребность в моральной поддержке близких	60	83

Обсуждение результатов

Анализ результатов проведенного обследования показал, что отношение окружающих стало хуже

как к больным с впервые диагностированным туберкулезом, так и больным МЛУ ТБ. Однако ухудшение отношения окружающих коснулось большего числа

больных МЛУ ТБ. Ухудшение отношения окружающих именно к категории больных МЛУ ТБ объясняется страхом заражения устойчивой формой ТБ. Так как при МЛУ ТБ длительность заболевания продолжительная, напрямую увеличивается число людей, информированных и диагнозе, и, соответственно, число лиц, негативно относящихся к больному МЛУ ТБ.

Ограничение социальных контактов коснулось как больных с впервые диагностированным ТБ, так и больных МЛУ ТБ. В данном случае длительность заболевания не имеет значения, туберкулез приводит больных к социальной изоляции.

Социальная изоляция приводит к социальной фобии, меняет характер взаимодействия с окружающими, мотивацию, поведение [3].

Длительность заболевания у больных МЛУ ТБ влияет на жизненные планы больного, которые нарушаются.

Туберкулез приводит к изменению отношения родственников и близких, и если к небольшой части больных с впервые выявленным ТБ родные начали проявлять повышенное внимание и заботу, то больные МЛУ ТБ отметили только ухудшение отношения к себе. К отрицательным эмоциям, вызванным самой болезнью, добавляются переживания, связанные с негативным отношением родственников.

А между тем более половины всех больных ТБ, независимо от длительности процесса, испытывают потребность в моральной помощи: больным людям необходима эмоциональная поддержка со стороны близких людей, понимание, ободрение.

Однако ухудшение отношения со стороны родственников является не самым страшным последствием ТБ больных. Больных ТБ могут бросить супруги. Возможность быть брошенными актуальна для больных МЛУ ТБ: так, распад семьи у них наблюдается в 3,8 раз чаще, чем у больных ТБ.

Результатом болезни явилось также ухудшение условий труда. Некоторые пациенты по собственному желанию уточняли в анкете условия труда и характер изменения. Они работали в частных фирмах без оформления официальной документации или имели сезонные, нестабильные заработки. Данный фактор также высок среди больных МЛУ ТБ.

Больные МЛУ ТБ, получая пенсию по инвалидности, старались найти еще возможность дополнительного заработка. Ухудшение условий труда отметило большее количество больных МЛУ ТБ.

Ухудшение материального положения отметили обе категории больных. Из анкет было выявлено,

что деньги необходимы для приобретения препаратов, дополнительного питания, а также транспортных расходов на поездки в диспансер за приемом лекарств.

Социальные последствия больных МЛУ ТБ требуют работы психолога в диспансерах, систематической материальной поддержки, организации социальной занятости.

В г.Алматы социальная помощь за период 2009-2010 года в среднем предоставлена только 33% больным МЛУ ТБ.

Выводы

1. Социальные последствия и изоляция в результате заболевания выявлены у всех больных ТБ, но среди больных МЛУ ТБ они выражены больше.

2. Социальные последствия заболевания туберкулезом требуют разработки стратегического плана и нормативных документов для оказания социальной помощи больным.

3. Больным МЛУ ТБ и их близким необходима профессиональная помощь психолога для проведения психотерапевтического лечения, направленного на стабилизацию психоэмоционального здоровья больных, что в целом позволит повысить эффективность лечения и качество жизни пациентов.

Литература

1. Берестова А.В. Туберкулез; медико-социальные аспекты // Арх. патологии. - 1999. - С.81-84.
2. Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. Психологическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких. // Пробл. туб. - 1991. - №10. - С.41-43.
3. Гурылева М.Э., Герасимова О.И. // Пробл. туб. - 2002. - №8. - С. 7-10,
4. Ноннк А.А. Исследование качества жизни в медицине / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 304с.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада туберкулездің көпдәріге төзімді түріндегі 30 науқас пен туберкулез деп алғаш анықталған 30 науқастың әлеуметтік салдары ұсынылған. Науқастанунәтижесімен жекеленген және аурудың әлеуметтік салдары барлық науқастарда анықталды, дегенмен туберкулездің көпдәріге төзімділіктен науқастардың көрсеткіші басымдау. Әлеуметтік салдары жағынан ТБ ҚДТ түріндегі науқастар диспансерде психолог маманының

қызметін, материалдық қолдауды, әлеуметтік жұмыс бастылықты қажет етеді.

РЕЗЮМЕ

В статье представлен анализ социальных последствий у 30 больных с впервые диагностированным туберкулезом и 30 больных МЛУ ТБ. Социальные последствия и изоляция в результате заболевания выявлены у всех больных ТБ, но среди больных МЛУ ТБ выражены больше. Социальные последствия больных МЛУ ТБ требуют работы психолога в диспансерах, систематической материальной поддержки, организации социальной занятости.

SUMMARY

In this paper analysis of the social consequences for 30 patients diseased with TB and 30 patients diseased with MDR TB is present. Social consequences and isolation due to the disease are determined for all patients with TB but for those with MDR TB they are expressed faster. The social consequences for patients with MDR TB require the work of a psychologist at a Dispensary, regular material support, and organization of some social job for them.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

*Танжарыкова Г.Н., Алмагамбетова А.С., Абдрахманова Р.И.,
Ермуханова Л.К., Сарбаев А.У.*

ЗКГМУ им. Марата Оспанова, ОПТД, г. Актобе

В современных условиях особое опасение вызывает появление больных детей и подростков туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Одной из главных причин развития МЛУ ТБ у детей и подростков является контакт с взрослыми больными туберкулезом с лекарственно-устойчивыми штаммами МБТ [1,3]. Риск формирования вторичной лекарственной устойчивости у детей минимален, и, как правило, у них устанавливается первичная устойчивость к противотуберкулезным препаратам, которая оказывает влияние на эффективность лечения [2]. В этой связи целью нашего исследования явилось изучение факторов риска развития и эффективность лечения МЛУ ТБ у детей и подростков, завершивших интенсивную фазу лечения.

Материалы и методы

Проведен анализ историй болезни 30 детей и подростков с наличием лекарственной устойчивости, находившихся на стационарном лечении в детском отделении ОПТД г. Актобе с 2008 по 2011 годы. Среди исследуемых подростков было 22, детей – 8, что составляет 73,3% и 26,7% соответственно.

Как у подростков, так и у детей преобладают лица женского пола – 13 (59%) и 6 (75%) случаев соответственно. Выявлены при профосмотре 18 случаев туберкулеза, что составляет 60%, а остальные - по обращаемости – 12 (40%).

Результаты и обсуждение

В результате проведенного исследования удалось выявить, что одной из причин развития туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью у детей и подростков является как семейный, так и родственник контакт, что имело место у 20 исследуемых и составило 66,7%, а в 10 (33,3%) случаях источник заражения не установлен. Среди клинических форм туберкулеза наибольший процент составил инфильтративный туберкулез – 66,7%, реже диагностирован ПТК - в 23,3% случаях, ТВГЛУ – в 6,7%, диссеминированный туберкулез – в 3,3%. При поступлении в стационар больные дети жаловались на кашель в течение 2 недель – в 13 (43,3%) случаях, на боли в грудной клетке – в 4 (13,3%); кровохарканье отмечалось у 2 пациентов (6,7%), симптомы интоксикации встречались у 9 (30%) детей. В мокроте бактериоскопическим методом выявлено МБТ+ у 7

(23,3%) детей и подростков, тогда как методом посева – у 23 пациентов, что составило 76,7%. Все больные в прошлом получали лечение препаратами основного ряда: по I категории – 20 (66,7%) детей, по II категории – 9 (30%) человек и по IV категории – 1 (3,3%) пациент. Наличие полости распада отмечалось у 19 больных, что составило 63,3%. Обращает на себя внимание то, что у больных детей и подростков имеются сопутствующие заболевания, которые могут оказать влияние на эффективность лечения: железодефицитная анемия – 12 (40%), хронический гастрит – 5 (16,8%), хронический пиелонефрит – 7 (23,3%), аскаридоз – 3 (10%). У больных детей осложнения встречались в виде кровохарканья у 2 (6,6%) пациентов, экссудативного плеврита, ателектаза и дыхательной недостаточности I-II степени - по 1 (3,3%) случаю. Лечение детей и подростков ПВР проводилось в стандартных режимах DOTS-Plus с ежемесячной коррекцией веса ребенка. Длительность в ИФ лечения резервными препаратами составила 6 месяцев у 22 (73,3%) больных, 7 месяцев - у 1 (3,3%) больного, 8 месяцев пролечился 1 (3,3%) пациент, 5 (16,7%) детей получали лечение в течение 9 месяцев. Конверсия мазка мокроты бактериоскопическим методом наступила через 2 месяца - у 2 (28,6%) пациентов, через 3 месяца – у 1 (14,3%), через 4 месяца – у 4 (57,1%) больных. Конверсия мокроты методом посева произошла через 2 месяца у 4 (17,4%) больных, тогда как через 3 месяца – у 7 (30,4%) больных, через 4 месяца – у 4 (17,4%), через 5 месяцев - у 7 (30,4%), а через 6 месяцев - у 1 (4,4%) больного. Закрытие полости распада как показатель эффективности лечения было достигнуто у 17 больных, что составило 89,5%. Побочные реакции на ПТП резервного ряда встречались у 9 (30%) больных детей и подростков в виде: аллергического дерматита – у 4 (13,3%), желудочно-кишечных проявлений – у 7 (23,3%), психомоторного возбуждения – у 1 (3,3%). Временная отмена препаратов и назначение корригирующей терапии способствовало устранению побочных проявлений, только у 2 больных был отменен ПАСК. В поддерживающую фазу лечения в режиме DOTS-Plus было переведено 28 (93,3 %) больных, их них в санаторий «Чайка» - 19 (63,3%), и 9 (30%) пациентов ушли на амбулаторное лечение.

Таким образом, на основании полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Основная масса детей и подростков (66,7%), взятых для лечения МЛУ ТБ по стандартным схемам,

ранее специфического лечения не получали, т.е. имеет место первичная лекарственная устойчивость к препаратам основного ряда.

2. Факторами риска развития МЛУ ТБ у детей и подростков является близкий контакт (66,7%) с больными туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.

3. Эффективность лечения больных детей и подростков МЛУ ТБ характеризуется 100%-ной конверсией мазка мокроты, доказанной бактериоскопическим и культуральным методами, а также закрытием полостей распада в 89,5% случаев.

Литература

1. Туберкулез у детей и подростков / Под ред. Аксеновой. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.

2. Исмаилов Ш.Ш., Аденов М.М., Берикова Э.А. и др. //Руководство по менеджменту случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью в РК.– Алматы, 2009.- 108 с.

3. Серикбаева К.С., Кастыкбаева Л.В., Игликова Ш. и др. // Фтизиопульмонология. – 2002.- №1 (1). – С.68-69.

ТҰЖЫРЫМ

Зерттеудің негізгі мақсаты Ақтөбе қаласындағы Облтубдиспансерінің балалар бөлімінде 30 бала және жасөспірімде туберкулездің тұрақты түрінің даму факторларын және ҚДТБ-ның қосалқы қатарындағы препараттарымен қарқынды сатысындағы емнің тиімділігін анықтау болды. Зерттеудің нәтижесінде ҚДТБ-ның қосалқы қатарындағы препараттарымен емделген балалар мен жасөспірімдерінің көбісі (66,7%) бұрын спецификалық туберкулезге қарсы емін алмаған, яғни оларда алғашқы тұрақтылық табылып тұр. Балалар мен жасөспірімдердің ҚДТБ-ның 66,7 пайызы туберкулездің тұрақты түрімен ауырған науқастарымен жақын қатынаста болғаны анықталған. Қақырықтың бактериоскопия және себінді арқылы зерттеуінің 100% конверсиясы және сонымен бірге ыдыраудың 89,5% жабылуы ҚДТБ-ның түрімен ауырған балалар және жасөспірімнің емінің тиімділігі деп бейнеленді.

РЕЗЮМЕ

Целью исследования явилось изучение факторов риска развития МЛУ ТБ и эффективность лечения препаратами резервного ряда у 30 детей и подростков, завершивших интенсивную фазу лечения в условиях детского отделения ОПТД города Актөбе.

Полученные результаты позволили установить, что основная масса детей и подростков (66,7%), взятых на лечение МЛУ ТБ по стандартным схемам, ранее специфического лечения не получала, т.е. имеет место наличие первичной лекарственной устойчивости. Фактором риска развития МЛУ ТБ у детей и подростков является близкий контакт (66,7%) с больными туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. Эффективность лечения больных детей и подростков МЛУ ТБ характеризуется 100%-ной конверсией мазка мокроты, подтвержденной бактериоскопическим и культуральным методами, а также закрытием полостей распада в 89,5% случаев.

SUMMARY

Target of this study was to investigate the risk

factors of MDR TB development and effectiveness of treatment with anti-TB drugs of the second line in 30 children and adolescents completed the intensive phase of treatment at the Paediatric TB Department of the Oblast TB Dispensary of Aktobe. The results obtained allowed to state that the majority of children and adolescents with MDR TB (66.7%) treated by standardized schemas did not treated earlier from specific disease, i.e. presence of primary drug resistance took place. Risk factor for MDR TB development is the close contact with MDR TB patients. Effectiveness of treatment of children and adolescents is confirmed bacteriologically and culturally in 100% of sputum smear conversion and destruction cavity closing in 89.5% of cases.

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ХИМИОПРЕПАРАТЫ У БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Ташпулатова Ф.К.

Республиканский специализированный медицинский научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, Ташкент

В современной фтизиатрии особую актуальность приобретают вопросы лечения больных, выделяющих МБТ, устойчивые к химиопрепаратам. Для этой цели широко используются противотуберкулезные препараты основного и резервного ряда (Чуканов В.И., 2001; Мишин В.Ю., 2002). В лечении лекарственно-устойчивого (ЛУ) туберкулеза легких используется большой арсенал лекарственных средств, какого нет для лечения ни одного другого инфекционного заболевания. Количество противотуберкулезных препаратов, которые рекомендованы экспертами ВОЗ по лечению полирезистентного туберкулеза, достигает 7-9, также необходим длительный период приема препаратов (18-24 месяцев). Вместе с тем, применение химиопрепаратов, нередко осложняется побочными реакциями (ПР), что в значительной мере затрудняет соблюдение основных принципов химиотерапии и ухудшает результаты лечения (Казакон К.С. и соавт., 1999; Ливчане Э., 2003; Мишин В.Ю. и соавт., 2003; Исмаилов

Ш.Ш. и соавт., 2003). Частота ПР у больных туберкулезом легких при наличии ЛУ к химиопрепаратам колеблется от 45,3% до 72,4% (Мишин В.И. и соавт., 2003). Частота и характер ПР при туберкулезе связаны с особенностями биотрансформации лекарств, дозой препарата, способом их введения, наличием сопутствующих заболеваний (Voloshyn Y. et al., 2006).

ПР при туберкулезе легких могут проявляться со стороны любых органов: кожи, нервной системы, ЖКТ, печени, почек и т.д. (Лысов А.В. и соавт., 2006).

Лекарственные осложнения, которые возникают в процессе лечения, осложняют течение туберкулеза, удлиняют сроки стационарного лечения, способствуют хронизации.

Цель - выяснение частоты и характера ПР на химиопрепараты при разных схемах лечения у больных с ЛУ туберкулезом легких.

Материалы и методы

Нами было обследовано 256 больных туберкулезом легких, в возрасте от 20 до 65 лет. Сопутствующие заболевания установлены у 50,1% больных.

Обследованные больные разделены на 2 груп-

пы: 176 больных туберкулезом легких с наличием лекарственной устойчивости (ЛУ) и 2 группа - 80 больных с лекарственной чувствительностью (ЛЧ) к химиопрепаратам. Частота клинических форм туберкулеза легких приведена в таблице 1.

Таблица 1 - Частота клинических форм туберкулеза легких у обследованных больных

Клинические формы туберкулеза легких	Группа больных с ЛУ	Группа больных без ЛУ
Инfiltrативный	49(27,8%)	63(78,8%)
Диссеминированный	11(6,3%)	12(15,0%)
Кавернозный	9(5,2%)	1(1,2%)
Фиброзно- кавернозный	107(60,7%)	4(5,0%)
Всего	176(100%)	80(100%)

Среди больных с ЛУ преобладали больные ранее леченные - 152 (86,3%), а среди больных с ЛЧ туберкулезом легких впервые выявленные- 75 (93,7%).

Результаты и обсуждение

В процессе лечения побочные реакции от химиопрепаратов отмечены у 121 (68,7±3,5%) больных с ЛУ.

В группе больных с ЛЧ туберкулезом легких, леченных по ДOTS программе, лекарственные осложнения отмечены в 2,4 раза реже - у 22 (27,5 ±5,0%) больных (P<0,001).

Установлено, что наиболее высокая частота ПР отмечена у больных с наличием лекарственной

устойчивости при лечении схемой канамицин (капреомицин)+ офлоксацин+ протионамид+ пиразинамид+ циклосерин (ПАСК) - у 62(74,0±4,7%) из 84 больных, леченных в отделении ДOTS+.

Частота ПР у 38 больных, пролеченных по схеме пиразинамид+этамбутол+протионамид+канамицин (амикацин)+ фторхинолоны в/в+рег ос составила- 25 (65,7 ±7,7%). У 54 больных с ЛУ, леченных в режиме 2 категории ДOTS, лекарственные осложнения отмечены в 34 (63,0±6,5%) случаях.

Среди ПР у больных первой группы преобладали синдромы поражения печени (32,2%) и желудочно- кишечного тракта (ЖКТ-16,5 %, табл.2)

Таблица 2 - Частота и характер ПР у больных туберкулезом легких

Характер ПР	Больные с ЛУ n=176	Больные без ЛУ n=80
Всего больных с ПР	121 (68,8±5,1%).	22 (27,5±5,0%) P <0,001
КАС	12 (9,9 ± 2,7%)	9 (41,0±13,5%)
Поражение печени	39 (32,2± 4,2 %)	6 (27,2±9,4%)
Поражение ЖКТ	20 (16,5 ±3,3 %)	5 (22,7±9,0%)
Нейротоксические реакции	15 (12,4± 3,0%)	2 (9,1±6,1%)
Артропатия	18 (14,9 ±3,3%)	-
Поражение ССС	11 (9,1 ±2,7 %)	-
Сочетанные	6 (5,0±2,0 %)	-

Нейротоксические поражения и кожно-аллергические (КАС) отмечены у 12,4±3,0 и 9,9±2,7% больных соответственно. Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы (ССС) возникло у 9,1±2,7% больных с ЛУ. Артропатия наблюдалась только у больных с ЛУ туберкулезом легких (14,9±3,3%). Сочетание нескольких синдромов (поражение ЖКТ и нервной системы) отмечены у

5,0±2,0% больных с ЛУ. В то же время у больных с ЛЧ туберкулезом легких чаще наблюдались КАС (41,0±13,5%), поражение печени (27,2±9,4%) и ЖКТ (22,7±9,0 %).

Таблица 3 - Характер ПР у больных с лекарственной устойчивостью в зависимости от химиопрепаратов (%)

ХП	ПР	КАС	Синдромы поражения					
			ЖКТ	печени	нерв.	суставов	ССС	Сочетан.
Z	37 30,5±4,2	-	-	17 46±8,1	-	18 48,6±8,2	-	2 5,4±3,7
H	2 1,6±%			2 100				
Ft	12 9,9±2,7	3 25±2,7	5 41,6±14,2		4 33,4±13,6			
Pr	20 16,5±3,4		3 15±7,9	13 65±10,6				4 20±9
K	10 8,3±2,5	7 70±14,9			3 30±14,9			
HREZ	19 15,7±3,3		7 36,8±11	9 47,4±11,4	3 15,8±8,3			
Cm	13 10,7±2,8	2 5,4±10					11 84,6±10	
Cs	3 2,6±1,4				3 100			
PASC	5 4,2±1,8		5 100					

Примечание: Z- пиазинамид; H- изониазид; Ft- фторхинолоны; Prt- протионамид; K(A)- канамицин(амикацин); HREZ- комбинированный препарат КИТ; Cm- капреомицин; Cs- циклосерин; PASC- ПАСК.

Наиболее часто ПР у больных с лекарственной устойчивостью были вызваны в 30,5±4,2% случаев - пиазинамидом (поражение печени и артропатии), в 16,5±3,8% случаев – протионамидом (диспепсия со стороны печени и ЖКТ), в 10,7±2,8% случаев капреомицином (поражение ССС), в 9,9±2,7% случаев - фторхинолонами (диспепсия со стороны ЖКТ и нейротоксические реакции), в 7,4±2,3% случаев аминогликозидами (КАС и токсическое поражение слуха, табл.3).

У больных, леченных по 1 и 2 категориям DOTS, наиболее часто ПР отмечены на стрептомицин в виде КАС и нейротоксического поражения, диспепсии со стороны ЖКТ и печени на одновременный прием комбинированного препарата КИТ(HRZE).

У больных с ЛУ туберкулезом легких преобладали лекарственные осложнения средней тяжести (38,0±4,5%) и тяжелые (35,5±4,3%).

В то же время у больных с ЛЧ туберкулезом легких наблюдались лекарственные осложнения только легкой (68,2±9,9%) и средней тяжести (31,8±9,9%, табл.4).

Таблица 4 - Степень тяжести ПР у больных с лекарственной устойчивостью к химиопрепаратам

Группа больных с ПР	Степень тяжести		
	легкие	Средне- тяжелые	Тяжелые
Больные с ЛУ n=121	32 (26,4±4,0%)	46 (38,0±4,5%)	43 (35,5±4,3%)
Больные без ЛУ n=22	15 (68,2±9,9%) P <0,05	7 (31,8±9,9%) P >0,05	-

Примечание: P- достоверность разницы между группами.

Неустранимые побочные реакции были отмечены у 25 (20,6±8,8%) у больных с ЛУ. В основном эти реакции были связаны с приемом протионамида, капреомицина и циклосерина. У больных с ЛЧ

туберкулезом легких частота неустранимых лекарственных осложнений составила 13,6±7,3%.

Таким образом, применение резервных противотуберкулезных препаратов в лечении

лекарственно-устойчивого туберкулеза легких вызывает значительное число побочных реакций, что затрудняет проведение качественного лечения данной категории больных и требует регулярного клинико-лабораторного контроля.

Выводы

1. Частота ПР на резервные химиопрепараты у больных ЛУ туберкулезом легких составляет 67,8%. В то же время в группе больных с ЛЧ туберкулезом легких ПР реакции отмечены у 27,5% обследованных.

2. Наиболее часто ПР у больных с лекарственной устойчивостью вызываются пиразинамидом, протионамидом, капреомицином и фторхинолонами. У больных, леченных в режиме 1 и 2 категории ДОТС, наиболее часто ПР отмечаются на стрептомицин и на комбинированный многокомпонентный противотуберкулезный препарат КИТ(HRZE).

3. В целях повышения общей эффективности лечения больных с наличием ЛУ необходимо включать в комплексную терапию патогенетические методы профилактики и устранения лекарственных осложнений от химиопрепаратов.

Литература

1. Исмаилов Ш.Ш. и др. // Фтизиопульмонология.-2003.-№1 (3).-С.68-71.
2. Казаков К.С., Ташпулатова Ф.К. // Вестник Ассоциации пульмонологов Центральной Азии. –Ташкент, 1999.- Вып.3 (№ 1-4).- С.107-112.
3. Карачунский М.А., // Пробл.туб. и болезней легких. - 2004.- № 9.- С.25-27.
4. Колпакова Т.А. и др. //Материалы 8-го Российского съезда фтизиатров.-М.,2007.-С.437.
5. Ливчане Э. Лекарственная непереносимость, методы ее диагностики и коррекция при лечении больных туберкулезом легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда: Автореф. дис. ... канд. мед.наук.- М., 2003.- 20 с.
6. Лысов А.В., Мордык А.В., Затворницкий В.А и др. //Пробл. туб. и болезней легких. -2006.-№ 9.- С.45-49.
7. Мишин В.Ю., Васильева И.А., Макиева В.Г. и др. // Пробл.туб. и болезней легких. - 2003.- № 7.- С.24-29.

8. Мишин В.Ю. Медикаментозные осложнения комбинированной химиотерапии туберкулеза легких // - М., 2007.- 245 с.

9. Чуканов В.И., Каминская Г.О., Ливчане Э. // Пробл. туб. и болезней. легких- 2004.- № 10.- С.6-10.

10. Voloshyn Y. //Turkish Thoracic society 6 the Annual Congress Abstract Book.-2006.-P.11

ТҶҶЫРЫМ

Өкпе туберкулезінің сезімталдық түрі мен дәрілік төзімді түріндегі науқастардың химиялық препараттарға жанама әсерлерінің айрмашылығы мен жиілігі зерттелді. Туберкулездің дәрілік төзімді түріндегі науқастардың химиялық препараттармен емделудегі жанама әсерінің жиілігі 67%, ал туберкулездің дәріге сезімталдығы 22% көрсеткен. Химиялық препараттарға қарағанда дәріге сезімталдығы бар науқастардың химиялық препараттарға жанама әсерінің ауыр түрі мен ерекшелігінің айрмашылықтары көрсетілген.

РЕЗЮМЕ

Изучены частота и характер побочных реакций на химиопрепараты у больных с лекарственной устойчивой и чувствительными формами туберкулеза легких. Установлено, что частота побочных реакций от химиопрепаратов у больных с лекарственно-устойчивой формой туберкулеза составляет 67%, а при лекарственно - чувствительном туберкулезе 22%. Показана разница в характере и тяжести побочных реакций на химиопрепараты у больных в зависимости от наличия лекарственной устойчивости к химиопрепаратам.

SUMMARY

Frequency and character of complications due to the chemotherapy with anti-TB drugs in patients with drug resistant and drug sensitive pulmonary TB forms were studied. It was stated that incidence of adverse reactions to anti-TB drugs in patients with drug-resistant form of pulmonary TB constituted 67% while those from drug sensitive ones did 22%. Difference in character and heaviness of adverse reactions due to anti-TB drugs depending on presence of drug resistance was shown.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ КАК ЧАСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ

Темирбаев А.А.

ГУ «Областной противотуберкулезный диспансер», г. Караганда

Хирургические вмешательства входят в состав комплексного лечения туберкулеза легких, являются приоритетным направлением в стратегии излечения пациентов с лекарственно-устойчивым туберкулезом (1,3). Даже в категории больных с лекарственно-чувствительным туберкулезом с деструктивными формами хирургическое лечение является мерой курабельности и надежды на выздоровление (1,2). Среди впервые выявленных больных после окончания лечения не излечиваются 30-40%, а среди хроников – до 70%(3,4). На таком фоне представляется логичным увеличение хирургической активности как среди впервые выявленных больных, так и в группе хроников (3). В условиях увеличения множественной лекарственной устойчивости и деструктивных форм легочного туберкулеза хирургическое лечение является важным, необходимым, а во многих случаях – единственно возможным и эффективным методом

лечения (3). Хирургическая активность у больных с деструктивной формой у впервые выявленных составляет 6-7%, среди хроников – 5% (3), в то время как потребность в хирургической помощи в 2-3 раза выше (3).

С момента внедрения стратегии DOTS-Plus в Карагандинской области с 2001 г. по 2009г. по поводу легочного туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью уровень хирургической помощи находился в пределах 7-8%, что составило 81 больных. С 2009 года отмечается увеличение охвата больных с мультирезистентной формой туберкулеза и уже в 2010 году хирургическая активность возросла до 76 оперированных больных, или на 11,4%. Увеличение охвата больных препаратами резервного ряда обусловлено усилением финансирования стратегии DOTS-Plus, ранним определением наличия чувствительности или резистентности методом ВАСТЕС.

Таблица 1 - Структура нозологических форм

	2001-2009		2010	
	Абс.число	%	Абс.число	%
Фиброзно-кавернозный	48	60,8	38	50
Кавернозный	6	7,6	12	15,8
Туберкулома	23	29,1	20	26,3
Туб.эмпиема плевры	2	2,5	6	7,9
Всего	81	100	76	100

Таблица 2 - Объемы проведенных операций

	2001-2009		2010	
	Абс.	%	Абс.	%
Экономные резекции	10	12,3	21	27,6
Лобэктомия	25	30,9	21	27,6
Комбинированная резекция	13	16	13	17,1
Пулмонэктомия	11	13,6	4	5,3
Комбинированная резекция+ торакопластика	5	6,2	-	-
Лобэктомия+торакопластика	4	4,9	-	-
Торакопластика	8	9,9	13	17,1
Кавернопластика+торакопластика	2	2,5	-	-
Кавернэктомия+торакопластика	1	1,2	-	-
Плеврэктомия	1	1,2	3	3,9
Торакокаустика	-	-	1	1,3
Всего	81	100	76	100

В 2010 году до операции бактериовыделение сохранялось у 21 больного, в интенсивной фазе из 76 больных оперировано 47. Деструктивных форм среди туберкулом было 15 случаев. В 2010 году послеоперационных осложнений было 1 (1,3%), а послеоперационной летальности не отмечено. В 2001-2009 годы осложнений после операции было 5 (6,2%), а летальность после операции составила 1,2% (1 больной). Все осложнения были ликвидированы повторными оперативными вмешательствами с благоприятным исходом. Абациллирование и закрытие полости распада отмечены за эти годы во всех случаях. Нозологические формы в обеих группах идентичные, деструктивные формы составили в обеих группах 75-80%. Структура оперативных вмешательств состояла из резекций и коллапсохирургических операций: в 2010 году доля коллапсохирургических операций составила 22,4%, что на 7,6% больше, чем за 2001-2009г. В 2010 году выполнено много пульмонэктомий, но более чем в 2 раза больше выполнено экономных резекций. Увеличение экономных резекций связано с ранним выявлением лекарственной устойчивости на этапе основного лечения и приверженности больного к лечению. Уменьшение пульмонэктомии и увеличение коллапсохирургических пособий обусловлено увеличением распространенных форм, когда резекция легкого невозможна в результате обсеменения обоих легких. При лекарственно-устойчивом туберкулезе за все годы практически нет видеоторакоскопических и видеоассистированных операций на легком и плевре за исключением одной торакокаустики.

Выводы

1.Эффективность комплексного лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких противотуберкулезными препаратами резервного ряда с использованием хирургического метода остается высокой на уровне 98-100%.

2.Остается достаточно частым использование коллапсохирургических вмешательств, что обусловлено наличием распространенных форм, когда резекция легкого невозможна.

3.Отсутствие операций при помощи видеоторакопии обуславливает необходимость освоения объемных операций резекционного и коллапсохирургического плана.

Литература

1. Стрелис А.А. Хирургическое лечение лекарственно-устойчивого туберкулеза легких и кли-

ническая реабилитация больных: Дис. д-ра. мед. наук - Томск, 2005. - 318 с.

2. Некрасов Е.В. Хирургическое лечение впервые выявленных больных легочным туберкулезом в условиях краткосрочных курсов химиотерапии: Дис. канд. мед. наук., - Томск, 2004. -154 с.

3. Перельман М.И., Отс О.Н., Акгацев Т.В. Хирургическое лечение туберкулеза легких при устойчивости микобактерий к химиопрепаратам. – Consilium Medicum, №3 - Т.13..

4. Мишин В.Ю. Оптимизация лечения впервые выявленных больных туберкулезом легких на основе принципов доказательной медицины. – Consilium Medicum, - №3 - Т. 10.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада 2001-2009 және 2011 жылдар арасындағы хирургиялық әдіспен екінші қатардағы препараттар қолданылған өкпе туберкулезін дәрілік төзімді түрімен кешенді емдеудің салыстырмалы нәтижелері ұсынылған. Алдыңғы жылдар мен 2010жылды салыстырғанда туберкулездің мультирезистентті түрін хирургиялық түрде емдеудің басымдылығы анықталған, екінші қатардағы препараттармен кешенді емдеу тиімділігі 98-100%. Бұл жерде видеоторакоскопияның көмегімен операция жасалмаған, яғни резекциялық және коллапсохирургиялық жоспардың мөлшерінде видеоторакоскопиялық және видеоассистирлі операцияны меңгеруді қажет етеді.

РЕЗЮМЕ

В статье представлены сравнительные результаты комплексного лечения лекарственно-устойчивого туберкулеза легких препаратами резервного ряда с использованием хирургического метода за 2001-2009 и 2010 годы. Отмечается увеличение хирургической активности при лечении мультирезистентного туберкулеза в 2010 году в сравнении с предыдущими годами, высокая эффективность комплексного метода лечения препаратами второго ряда до 98-100%. Практически нет операций при помощи видеоторакопии, что требует освоения видеоторакоскопических и видеоассистированных операций объемного характера резекционного и коллапсохирургического плана.

SUMMARY

In this paper there are presented the comparative results of the comprehensive treatment of drug resistant tuberculosis with anti-TB drugs of the second line

with implementing surgical method for 2001-2010. Increasing in surgical activity in 2010 compared with precedent years, obtaining the level of effectiveness of the comprehensive method of treatment with anti-TB drugs of the second line up to time of 98-100%. Virtually

the operations conducted through videothoracoscopy implementation were not performed, and this fact require the implementation of voluminous videothoracoscopic and videoassistent operations of resection or collapsosurgical type.

ИММУНОФИТОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЛЕКАРСТВЕННО-УСТОЙЧИВЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К., Шкурина Н.Ю., Тарасова Н.В.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии МЗ РУз, г. Ташкент

Как одну из особенностей патоморфоза туберкулеза в последнее время отмечают рост случаев острого и прогрессирующего течения туберкулеза легких как у впервые выявленных больных, так и у больных с рецидивами заболевания. Одной из причин прогрессирования является наличие лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза (МБТ) к химиопрепаратам. Проблема повышения эффективности лечения больных деструктивными формами лекарственно-устойчивого туберкулеза легких (ЛУТЛ) является в настоящее время крайне актуальной и не до конца решенной (Мишин В.Ю с соавт., 2004). Как известно, выраженные проявления туберкулеза сопряжены с иммунодепрессией, что снижает клинический эффект проводимой терапии. Накоплен большой клинический опыт по применению иммуномодулирующих препаратов во фтизиатрии у больных туберкулезом легких (Батян А.Н., 1995; Хонина И.А., 2000). Однако у больных с наличием лекарственной устойчивости к химиопрепаратам и прогрессирующим течением туберкулеза не всегда классическая схема применения медикаментозных иммуномодуляторов дает ожидаемый эффект.

В последние годы все чаще публикуются научные разработки по применению фитотерапии во фтизиатрии (Убайдуллаев А.М. с соавт., 2008). Повышенный интерес фармакологов и клиницистов к фитопрепаратам обусловлен целым рядом факторов. Прежде всего, учитывается тот факт, что многие фитохимические препараты представляют собой сложные нативные смеси биологически активных веществ, которые в комплексе проявляют более активное дей-

ствие, в то время как их отдельные составные части оказываются малоэффективными (Петков В. 1988; Барнаулов О.Д. 1989; Полесская М.М. с соавт., 1991; Алехин Е.К. с соавт., 1994).

Цель: Изучить некоторые показатели иммунитета и разработать схемы комплексной иммунофитотерапии с использованием череды - *Bidens Tripartita* L.с. у больных туберкулезом легких с наличием лекарственной устойчивости к химиопрепаратам.

Материал и методы исследования.

Для достижения поставленной цели было обследовано 109 ранее леченных больных с лекарственной устойчивостью (ЛУ). Среди клинических форм преобладали больные с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких - 90 (82,5±3,6%), инфильтративный туберкулез составил 10 (9,1±2,7%), диссеминированный - 9 (8,2±2,6%) случаев. У 12 (11,0±2,9%) больных процесс протекал по типу казеозной пневмонии. Все больные получали следующую химиотерапию: изониазид внутривенно + офлодекс 800мг+ пиперазид 1,5мг+ канамицин (амикацин) 1,0+протионамид 0,75. Дополнительно 30 больным был назначен циклосерин по 0,75.

В качестве иммунокорректора использовали тималин и циклоферон. В качестве иммунофитопрепаратов были выбраны лекарственные травы череда, душица, корень солодки, которые произрастают в Средней Азии.

По данным ряда исследователей, череда обладает иммуномодулирующим действием, стимулирует гуморальный иммунитет, увеличивает количество Е-РОК и Е-АОК. (Суяров А.Ю, 2005). Доказано, что

череда подключает изотопы В-лимфоцитов, синтезирующих IgE (CD23+ маркерных клеток), на изотопы В-лимфоцитов синтезирующих Ig A, M, G, и достоверно снижает уровень CD23+(Конопля А.Н. с соавт., 1984; Нанаева М.Т. с соавт., 1995).

Душица, главным компонентом которой являются эфирные масла, усиливающие секрецию бронхиальных и пищеварительных желез, улучшает функцию кишечника, кроме того, трава содержит дубильные вещества, аскорбиновую кислоту и флавоноиды. Корень солодки содержит глицирризин. Благодаря содержанию в солодке большого количества слизистых веществ, она эффективна при заболеваниях дыхательных путей.

Согласно экспериментальным данным, настои корня солодки и душицы существенно усиливают формирование ЕАС-РОК (Барнаулов О.Д. 1988).

Все обследованные больные в зависимости от характера иммунокоррекции были разделены на 4 группы:

1 группа - 24 больных, получавших дополнительно иммунокорректор циклоферон по 2,0 №5, затем тималин по 1,0 №10 по схеме внутримышечно. Дополнительно больные принимали настой череды в течение 2 месяцев.

2 группа 20 больных получали 2 курса разработанной схемы иммунофитотерапии.

3 группа - 35 больных, получавших в качестве иммуномодулирующего средства настой из душицы, череды, корня солодки. В качестве контроля обследовано 30 больных туберкулезом легких, леченных без иммунокоррекции.

Все группы были идентичными по возрасту, полу, клиническим формам туберкулеза. Проводили

Таблица 1 - Динамика иммунологических показателей у больных с ЛУ, получавших разные схемы коррекции (%)

Группа больных	Е-РОК%	ЕАС-РОК%	Фагоцитоз
1 группа - 1 курс циклоферон+ тималин+череда n=24	45,2±2,5 57,1±2,6 P<0,01	10,2±2,5 14,3±1,7 P<0,05	43±1,9 52,0±2,1 P<0,01
2 группа - 2 курса циклоферон+ тималин+череда n=20	45,1±1,3 60,4±2,1 P<0,001	10,9±1,3 14,3±1,7 P<0,01	43,7±1,2 58,0±1,2 P<0,001
3 группа - фитосбор n= 35	47,3±0,98 50,5±1,7 P>0,05	11,4±1,2 3,1±1,3 P>0,05	44,3±1,6 49,6±2,1 P>0,05
4 группа - контроль n=30	42±1,5 45±2,8 P>0,05	9,1±1,2 10,7±0,1 P>0,05	40,6±0,55 43,7±0,2 P>0,05
Здоровые n=15	64±1,6	16±0,6	58,1±1,1

Примечание: P- достоверная разница до и после лечения

комплексное клинико-лабораторное, иммунологическое и биохимическое обследование.

Для оценки иммуногенетического статуса определяли: Т и В-розеткообразующих клеток Е-РОК и ЕАС-РОК по методу Jondal с соавт. (1972). Состояние неспецифической реактивности оценивали по интенсивности фагоцитоза, а специфический противотуберкулезный иммунитет – по реакции бластотрансформации лимфоцитов с туберкулином (РБТЛ с ППД) в модификации В.Я.Гергерта (1970).

Результаты и обсуждение

Изучение иммунологического статуса показало, что у больных с ЛУ туберкулезом легких, получавших 1 курс циклоферона и тималина с настоем череды, отмечено повышение Е-РОК с 45±2,5 до 57,1±2,6% (N - 64±1,6%), ЕАС-РОК – с 10,2±2,5 до 14,3±1,7% (N – 16,06±0,56%), фагоцитоз с 43,0±1,9 до 52,0±2,1%, P<0,01. (N – 58,1±1,1%).

У больных 2 группы, получивших 2 курса циклоферона + тималин с настоем череды, определены самые высокие результаты показателей иммунного статуса в динамике: повышение Е-РОК – с 45,1±1,3 до 60,4±2,1%, ЕАС-РОК – с 10,9±1,3 до 16,8±1,2%, фагоцитоз с 43,7±1,2 до 58±1,2%, P<0,001(табл.).

У 80% больных, получивших 2 курса циклоферона с тималином и их комбинации с настоем череды, уже в конце 1 месяца лечения отмечена выраженная положительная динамика клинических симптомов: уменьшение или исчезновение кашля с мокротой, нормализация температуры тела, исчезновение потливости, появление аппетита, прибавка массы тела. В то же время в других группах положительная динамика была отмечена только к концу 2 или 3 месяца терапии (таблица 1).

Изучение эффективности лечения показало, что через 3-4 месяца комплексной терапии у больных, получивших тималин, циклоферон и настой череды, конверсия мазка была на 1,5-1,6 раза выше, чем в контрольной группе: $83 \pm 5,6\%$ (контрольная группа - $55 \pm 11,0\%$, $P < 0,05$). В группе больных, получивших 2 курса иммунокорригирующей терапии, конверсия мазка составила $90 \pm 4,5\%$, $P < 0,05$. В группе больных, получивших в качестве иммунокорректора фитосбор, конверсия мазка отмечена у $60,0 \pm 8,5\%$ больных.

Положительные рентгенологические изменения в динамике отмечены в виде уменьшения каверны и значительного или частичного рассасывания инфильтрации, очагов диссеминации.

Уменьшение размеров каверны отмечено в группе больных, получивших в качестве иммунокорректора один курс тималина, циклоферона и настоя череды, в $50 \pm 10,2\%$ и рассасывание инфильтрации в $33 \pm 9,5\%$ случаев. В то же время, в группе больных, получивших 2 курса предложенной схемы иммунофитотерапии, уменьшение размеров каверны отмечено у $60,0 \pm 10,9\%$ и значительное рассасывание инфильтрации у $45 \pm 11,1\%$ больных.

Самые низкие показатели эффективности лечения отмечены у больных, получивших только комплексную терапию без иммунокоррекции - $40,0 \pm 8,9$ и $26,6 \pm 8,1\%$ соответственно.

Результаты проведенных исследований показали, что больных с ЛУ отмечается снижение Т- и В-лимфоцитов и фагоцитарной активности нейтрофилов. Установлено, что сочетанное применение тималина, циклоферона и настоя череды дает наиболее высокий положительный эффект со стороны иммунологического статуса по сравнению с другими группами. По-видимому, череда, которая обладает противовоспалительным, десенсибилизирующим действием потенцирует действие циклоферона и тималина, кроме того, по экспериментальным и клиническим данным настой череды стимулирует формирование гуморального иммунного ответа, увеличивает выработку CD23+ CD16+ маркерных клеток.

Выводы

1. Предложены новые подходы применения иммунофитотерапии (медикаментозные иммунокорректоры - тималин и циклоферон и их комбинация с настоем череды) у больных туберкулезом с ЛУ. Наиболее эффективным явилось применение 2-х курсов предложенной схемы, в результате чего изученные

показатели иммунного статуса нормализовались и повысились в 1,4 раза.

2. Изучение эффективности лечения показало, что через 2-3 месяца комплексной терапии у больных, получивших дополнительно разработанную схему лечения с включением тималина, циклоферона и настоя череды, конверсия мазка происходила в 1,5-1,6 раза чаще, чем в контрольной группе. Полученные результаты показали перспективность применения иммунофитотерапии у больных с ЛУТЛ.

Литература

1. Алехин Е.К., Лазерева Д.Н. // Экспериментальная и клиническая фармакология.-1994.-Том 57.№ 4.-С.3-6.
2. Барнаулов О.Д. Поиск и фармакологическое изучение фитопрепаратов, повышающих резистентность организма к повреждающим воздействиям, оптимизирующих процессы репарации и регенерации: Дис. ... д-ра мед.наук.- Л., 1989.- 486 с.
3. Батян А.Н. Иммунологические нарушения у больных туберкулезом легких и пути повышения эффективности лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1995.- 35 с.
4. Конопля А.И., Дрозд Г.А., Кедровская И.А. // Фармация. -1988.-№2.-С.17-19.
5. Мишин В.Ю., Чуканов В.И., Васильева И.А. // Пробл. туберкулеза.- 2004.- № 8.- С.7-12.
6. Нанаева М.Т., Зурдинов А.З., Сабиров Т.С. и др. // Центральнo-Азиатский медицинский журнал.- 1995.- Том.1.- № 2.- С.104-110.
7. Полесская М.М., Медведева Л.Г. Новые лекарственные формы. - М.:1991. - Вып.3.-С-2-7.
8. Современная фитотерапия Под ред. В. Петкова: София: Медицина и физкультура.-1988.- С.501.
9. Убайдуллаев А.М., Ташпулатова Ф.К // Пробл. туб. болезней легких. - 2008. №6.-С.3-6.
10. Хонина И.А., Никонов С.Д., Шпилевская С.В. и др. // Пробл. туберкулеза.- 2000.- № 1.- С.-30-32.

ТҰЖЫРЫМ

Полирезистентті өкпе туберкулезінің 109 науқастарының иммунологиялық жағдайын зерттегенде, қорғаныс күшінің төмендігі анықталды. Қорғаныс күшінің жағдайын күшейту үшін *Bidens Tripartita L.*, итошаған тоспасы мен циклоферан, тималин тәсілі анағұрлым тиімді екені дәлелденді.

РЕЗЮМЕ

Изучен иммунологический статус у 109 больных полirezистентным туберкулезом легких, установлено значительное угнетение показателей иммунитета. Доказано, что наиболее эффективной является комбинация циклоферона, тималина с настоем череды *Bidens Tripartita L.*, которая оказывает наиболее стимулирующее действие на показатели иммунного статуса.

SUMMARY

Immunological status was examined in 109 patients with pulmonary MDR TB and immunosuppression was established at them. It was proved that the most effective is the combination of cyclopheron+tymalin with *Bidens Tripartita L* extract which induces the mostly stimulating effect to the indices of the immunity status.

Кадыркеш Абильдиновна Байарстанова (к 70-летию со дня рождения)



2 июня 2011 года исполнилось 70 лет со дня рождения и 46 лет педагогической, врачебной и научной деятельности кандидата медицинских наук, доцента кафедры фтизиатрии, врача-фтизиатра высшей категории Байарстановой Кадыркеш Абильдиновне.

К.А. Байарстанова родилась 22 июня 1941 года. Окончила Карагандинский государственный медицинский институт в 1965 году по специальности лечебное дело.

Свою профессиональную деятельность начала в 1965 году врачом-фтизиатром в Токаревской районной больнице Карагандинской области. Уже тогда проявились способности молодого врача как грамотного специалиста, заслужившего уважение коллег и население района.

В 1969-1971г.г. работала участковым врачом противотуберкулезного диспансера Ленинского района г. Караганды.

В 1971-1972 г.г. прошла обучение в клинической ординатуре на кафедре фтизиатрии КГМИ. В 1972 г. стала аспирантом на кафедре фтизиатрии КГМИ. В 1975 г. досрочно закончила аспирантуру,

успешно защитив кандидатскую диссертацию на тему «Материалы по клинической характеристике хронической пневмонии у больных туберкулезом легких» под руководством известного ученого-фтизиатра, профессора, доктора медицинских наук Альберта Моисеевича Вильдермана, который сыграл большую роль в становлении ее как педагога и научного работника.

С 1975 года ассистент, а с 1991 года по настоящее время - доцент кафедры фтизиатрии КГМУ. На этой должности она активно работает, внося весомый вклад в подготовке высококвалифицированных специалистов. Ее лекции, практические занятия, разборы больных содержательны, соответствует современному уровню знаний в области фтизиатрии и смежных дисциплин.

На кафедре она руководила подготовкой многих клинических ординаторов и врачей-интернов фтизиатров. Воспитанники Кадыркеш Абильдиновны стали известными фтизиатрами – учеными, преподавателями и врачами.

В течение многих лет К.А. Байарстанова исполняла обязанности секретаря Научного общества фтизиатров области, а также была членом аттестационной комиссии по присвоению врачебной категории. Оказывает большую помощь практическому здравоохранению, проводя в областном противотуберкулезном диспансере консультативную работу, консилиумы, врачебные и патологоанатомические конференции, где ее рекомендации имеют важное значение в диагностике и лечении больных туберкулезом. Она постоянно приглашается на консультации и консилиумы в другие ле-

чебные учреждения области. Она читала лекции и консультировала больных в противотуберкулезных диспансерах Костанайской, Акмолинской, Северо-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях.

Лечебно-педагогическую деятельность К. А. Байарстанова совмещает с научной работой, она опубликовала более 110 научных работ, является автором инновационных патентов и методических рекомендации. Большинство научных работ посвящено совершенствованию диагностики и лечения больных туберкулезом. Доклады на научных конференциях и съездах фтизиатров привлекали внимание содержанием и формой изложения. Кадыркеш Абильдиновна помогает своим коллегам в подготовке научных статей, отчетов, докладов, рецензий.

К.А. Байарстанова была неоднократно награждена благодарственными и почетными грамотами. В 2005 году она награждена нагрудным знаком «Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау ісінің үздігі».

Кадыркеш Абильдиновна сегодня является не только педагогом и врачом, но и прекрасной супругой, мамой и бабушкой четырех внуков. Воспитала двух дочерей, которые трудятся в США. Старшая дочь, генный инженер, имеет статус «выдающегося ученого» США. Вторая дочь - советник ректора университета по финансовым делам студентов.

От всей души поздравляем Кадыркеш Абильдиновну с юбилеем, желаем ей крепкого здоровья и дальнейших творческих успехов!

**Медицинская
ассоциация фтизиатров
Карагандинской области**